

*A cura di  
Ufficio di Piano di  
Romano di Lombardia*

# PIANO DI ZONA AMBITO 14 2025-2027

**AMBITO TERRITORIALE 14**

**COMUNI DI:** Antegnate, Barbata, Bariano, Calcio, Civate al Piano, Cologno al Serio, Covo, Cortenuova, Fara Olivana con Sola, Fontanella, Ghisalba, Isso, Martinengo, Morengo, Pumenengo, Romano di Lombardia, Torre Pallavicina

Indice del documento

Pagina N.	Capitolo	Titolo	Pagina N.	Capitolo	Titolo
4	1	Introduzione	67	3.3.4	I dati sull'occupazione: l'età e il genere
5	1.1	Premessa generale	68	3.3.5	I dati sull'occupazione: i cittadini stranieri
6	1.2	Livelli di articolazione dell'attività di programmazione	69	3.3.6	I giovani Neet
7	1.3	Il prologo provinciale	70	3.3.7	Il collocamento mirato
8-23	1.4	L'integrazione socio-sanitaria: il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale e i Piani di zona del Distretto Bergamo Ovest	71	3.4	I dati sul reddito
24	2	Esiti della programmazione 2021-23	72	3.5.1	I dati sulla casa: la domanda per fragilità economica
25	2.1	Esiti della programmazione sociale 2021-23	73	3.5.2	I dati sulla casa: il mercato della locazione
26-39	2.2	Sintesi degli esiti della programmazione sociale 2021-23	74	3.5.3	I dati sulla casa: l'offerta del terzo settore
40	2.3	La nuove programmazione 2025-27	75	3.6	Le risorse impiegate nel settore sociale
41	2.4	La finalità della programmazione	76	4	Analisi dei soggetti e delle reti presenti sul territorio
42	2.5	Il percorso di costruzione del Piano di Zona	77	4.1	La rete delle unità di offerta sociali e dei servizi/progetti
43	3	Dati di contesto e quadro della conoscenza	78	4.2	Analisi delle risposte della rete territoriale: Area Non Autosufficienza Anziani
44-45	3.1	I dati di contesto	79	4.3	Analisi delle risposte della rete territoriale: Area Non Autosufficienza Disabilità
46	3.2	I dati demografici	80	4.4	Analisi delle risposte della rete territoriale: Area Minori e Famiglia
47	3.2.1	Andamento demografico	81	4.5	Analisi delle risposte della rete territoriale: Area Inclusione
48	3.2.2	Andamento demografico nei singoli comuni	82	4.6	Analisi delle risposte della rete territoriale: l'indice di offerta e di prevalenza
49	3.2.3	La densità demografica	83	5	Strumenti e processi di governance dell'Ambito Territoriale Sociale
50-52	3.2.4	La struttura delle popolazione	84	5.1	La governance: l'Azienda Speciale Consortile Solidalia
53	3.2.5	L'indice di natalità	85	5.2	Il modello di governance e di partecipazione del Piano di Zona
54	3.2.6	L'indice di vecchiaia	86	5.3	L'assemblea dei sindaci e l'Ufficio di Piano
55	3.2.7	L'indice di mortalità	87	6	Analisi dei bisogni e delle problematiche emergenti
56	3.2.8	L'indice di dipendenza strutturale	88	6.1	Il processo di raccolta dei bisogni
57-59	3.2.9	I cittadini stranieri	89	6.2	I workshop e la partecipazione
60	3.2.10	Tabella riassuntiva degli indici demografici per comune	90	6.2.1	L'Area Non Autosufficienza: Anziani
61	3.2.11	Proiezione demografica al 2042	91	6.2.2	L'Area Non Autosufficienza: Disabilità
62	3.3	I dati occupazionali	92	6.2.3	L'Area Minori e Famiglia
63-64	3.3.1	Il rapporto tra assunzioni e cessazioni a livello provinciale	93	6.2.4	L'area inclusione e contrasto alla povertà
65	3.3.2	Trasformazione dei contratti a tempo indeterminato	94	7	Individuazione degli obiettivi della programmazione 2025-2027
66	3.3.3	I settori di occupazione			

Indice del documento

Pagina N.	Capitolo	Titolo	Pagina N.	Capitolo	Titolo
95	7.1	Continuità e consolidamento della rete dei servizi	139-141	7.7.1	Area Inclusione sociale: Servizio di Inclusione Lavorativa
96	7.1.1	Continuità e consolidamento della rete dei servizi: Area Non Autosufficienza	142-144	7.7.2	Area Inclusione Sociale: Sistema Casa
97	7.1.2	Continuità e consolidamento della rete dei servizi: Area Minori e Famiglia	145	7.8	Area Trasversale
98	7.1.3	Continuità e consolidamento della rete dei servizi: Area Inclusione	146-148	7.8.1	Area Trasversale: Mediazione Culturale Territoriale
99	7.1.4	Continuità e consolidamento della rete dei servizi: Area Trasversale	149-151	7.8.2	Area Trasversale: Piano Locale GAP
100	7.1.5	Continuità e consolidamento della rete dei servizi: Ufficio di Piano	152-154	7.8.3	Area Trasversale: Potenziamento dei Servizi Sociali Comunali
101	7.2	L'elenco degli obiettivi/azioni per la triennalità 2025-27	155	8	Individuazione di un sistema rigoroso di indicatori qualitativi e quantitativi per il monitoraggio e la valutazione della costruzione e realizzazione degli interventi
102-103	7.3	Area Non Autosufficienza: Anziani		8.1	Il sistema di valutazione
104-106	7.3.1	Area Non Autosufficienza: PUA e Punti di Ascolto Decentrati		8.2	Gli indicatori
107-109	7.3.2	Area Non Autosufficienza: Valutazione Multidimensionale e potenziamento dei servizi domiciliari e di sollievo	156	8.3	Il sistema di valutazione e i flussi informativi
110-112	7.3.3	Area Non Autosufficienza: Promozione dell'invecchiamento attivo	157	9	Allegati
113	7.4	Area Non Autosufficienza: Disabilità	158		
114-116	7.4.1	Area Non Autosufficienza: Progetto di Vita	159		
117-119	7.4.2	Area Non Autosufficienza: Assistenza Educativa Scolastica di Plesso	160-209		Prologo Provinciale
120-122	7.4.3	Area Non Autosufficienza: Spazio Autismo			
123-124	7.5	Area Minori e Famiglia			
125-127	7.5.1	Area Minori e Famiglia: Sostegno alla Genitorialità e Prevenzione all'Allontanamento			
128-130	7.5.2	Area Minori e Famiglia: Politiche Giovanili			
132-133	7.5.3	Area Minori e Famiglia: Contrasto e Prevenzione alla Violenza Domestica			
134	7.6	Area Inclusione Sociale: Contrasto alla Povertà			
135-137	7.6.1	Area Inclusione sociale: Potenziamento delle Azioni di Contrasto alla Povertà			
138	7.7	Area Inclusione Sociale: Lavoro, Giovani NEET, Alloggio			

# Capitolo 1

## Introduzione

# 1.1 PREMESSA GENERALE

Il Piano di zona si configura come uno strumento strategico per la pianificazione, gestione e sviluppo di un sistema di welfare territoriale che risponda in modo efficace ai bisogni crescenti della popolazione. L’elaborazione del nuovo Piano si inserisce in un contesto di crescita e trasformazione, dove l’integrazione tra risorse pubbliche, privato sociale e la comunità stessa diventa cruciale per il benessere di tutti i cittadini.

Il Piano di zona è pensato per costruire un sistema di welfare che sia inclusivo, equo ed efficiente, con l’obiettivo di promuovere la qualità della vita e favorire l’autonomia delle persone, soprattutto quelle più vulnerabili. Tra gli aspetti centrali di questo piano, emerge con particolare rilevanza l’integrazione socio-sanitaria, un approccio che mira a superare le tradizionali separazioni tra il settore sociale e quello sanitario, promuovendo una visione unitaria e globale del benessere dei cittadini. L’integrazione socio-sanitaria è, infatti, un elemento chiave per garantire risposte concrete e personalizzate alle esigenze di una popolazione sempre più diversificata e complessa, spesso caratterizzata da bisogni multipli che richiedono un intervento congiunto di diverse professionalità e servizi. Il Piano di zona intende promuovere una forte collaborazione tra i servizi sociali e sanitari, con l’obiettivo di migliorare l’accesso e la qualità delle prestazioni offerte, e supportare i cittadini nel percorso di cura e inclusione sociale. In questo contesto, il Piano di zona si propone di creare una rete di servizi integrati, che mettano al centro la persona, la sua autonomia e il suo diritto alla salute e al benessere. L’adozione di un approccio integrato consente di affrontare in modo più efficace le situazioni di fragilità, come la disabilità, la non autosufficienza, le malattie croniche e le problematiche psicosociali, creando soluzioni personalizzate e continuative per i cittadini. L’orientamento verso l’integrazione socio-sanitaria si traduce anche in un lavoro di rete tra Enti locali, ASST, associazioni del Terzo Settore e altre realtà del territorio, per garantire un approccio coordinato e fluido che permetta di rispondere in maniera tempestiva ed efficiente alle necessità

emergenti.

Un obiettivo centrale in linea con la Legge di Bilancio 2022, che definisce i LEPS per la non autosufficienza, sarà garantire la continuità e l’unitarietà nell’assistenza, con particolare attenzione ai servizi per le persone con disabilità, in stretta relazione con le Case della Comunità, che svolgeranno un ruolo di coordinamento. La programmazione sociale e sanitaria sarà orientata a un modello di presa in carico integrata che preveda il supporto dei Punti Unici di Accesso (PUA) per garantire l’accesso ai servizi sociosanitari. La programmazione integrata si focalizzerà sull’armonizzazione dei Piani di Zona (PDZ) con i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT), utilizzando la co-programmazione e co-progettazione con il terzo settore per garantire una vera presa in carico personalizzata, mediante il coinvolgimento delle Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM). Sarà rafforzato il raccordo tra l’Area Sociale e l’Area Sociosanitaria, per garantire la continuità degli interventi e dei percorsi di presa in carico, con strumenti di monitoraggio che riguardano sia gli interventi sociali che sanitari (ad esempio, la cartella sociale informatizzata). Il confronto tra ASST, ATS ed Enti Locali sarà migliorato attraverso momenti di coordinamento, come la conferenza dei Sindaci in raccordo con ASST BG Ovest, il collegio dei Sindaci in raccordo con ATS e l’Assemblea dei Sindaci in raccordo con il Distretto.

# 1.2 I LIVELLI DI ARTICOLAZIONE DELL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE

Il presente Piano di zona si articola su tre livelli integrati a cui corrispondono anche documenti differenti:

- 1. un livello provinciale;
- 2. un livello distrettuale;
- 3. un livello di Ambito.

## Il Prologo Provinciale

In continuità con la precedente programmazione, anche nella prossima triennalità si è inteso consolidare a livello Provinciale la filiera integrata di servizi sociali e sanitari, attraverso un maggior raccordo e funzionamento delle modalità di lavoro e di confronto congiunto, tra Ambiti territoriali, ATS, ASST e il terzo settore. Il prologo provinciale è stato inserito nell'Allegato 1 del presente documento.

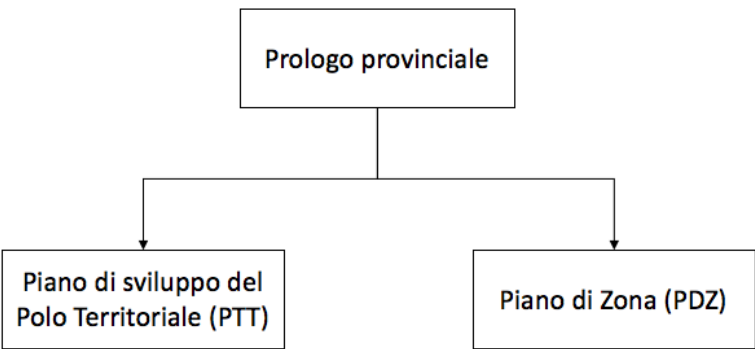
## Il raccordo con PPT ASST Bergamo Ovest

L'integrazione tra il sistema dei servizi degli Ambiti Territoriali Sociali e il Distretto sanitario, rende necessarie strategie di coordinamento e percorsi operativi che potenzino l'integrazione delle competenze. L'integrazione sociosanitaria passa per un'armonizzazione del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale dell'ASST Bergamo Ovest con gli obiettivi dei Piani di Zona del Distretto Bergamo Ovest. Gli elementi fondamentali del processo sono:

- Modalità di raccordo, organizzazione e gestione condivise tra i soggetti istituzionali per realizzare le diverse fasi di presa in carico della persona secondo quanto previsto dal LEPS di processo.

- Interventi sociosanitari che, attraverso percorsi assistenziali integrati, soddisfino i bisogni di salute, assicurando continuità tra cura e sostegno, e garantendo i livelli essenziali previsti.
- Un sistema di dialogo operativo e monitoraggio continuo del sistema integrato.

Lo schema seguente rappresenta graficamente i diversi livelli di articolazione dell'attività di programmazione:



# 1.3 IL PROLOGO PROVINCIALE

Nel prologo Provinciale redatto dal Collegio dei Sindaci della Provincia di Bergamo vengono indicati alcuni obiettivi individuati e approvati dai Sindaci che vanno mantenuti a livello provinciale per ragioni legate alla necessità di garantire coerenza, efficacia e integrazione nell’attuazione delle Politiche sociali e sanitarie.

Mantenere questi obiettivi a livello provinciale consente di affrontare le sfide comuni in modo strategico e coordinato, superando le eventuali differenze tra i vari Comuni e territori. Gli obiettivi contenuti nel prologo Provinciale ai Piani di Zona 2025- 2027 sono sinteticamente descritti di seguito e illustrati nell’ **Allegato 1**.

- a. 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. Continuità assistenziale: raccordo con le Unità d’Offerta sociosanitarie e sociali
  - 5. Sviluppo del welfare locale
  - 6. Organismo di coordinamento per la salute mentale e le dipendenze e le disabilità (OCSMD)

- 2. 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. Gruppo Tecnico Provinciale su Fragilità, Grave Emarginazione e Inclusione Sociale
  - 2. Lavoro
  - 3. Casa
  - 4. Sperimentazione dell’educatore di plesso e comunità
  - 5. Progetto di vita disabilità
  - 6. Digitalizzazione

# 1.4 L’INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

Gli indirizzi per la programmazione territoriale, declinati all’interno delle normative, nazionali e regionali, delineano nell’area della fragilità, della non autosufficienza e della disabilità, percorsi assistenziali e di presa in carico sempre più integrati tra il sistema sanitario e quello sociale. Obiettivo primario, così come definito nel Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-24 e nella 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”.

L’individuazione di diversi Livelli Essenziali delle Prestazione Sociali (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.

Comparando le diverse fonti normative è, quindi, possibile identificare sia gli aspetti comuni organizzativi e operativi già previsti da entrambi i sistemi, sia la necessità di meglio definire, in primis, a livello istituzionale tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali, i processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata per le persone in condizione di fragilità, disabilità e non autosufficienza.

Modalità gestionali e operative	L. 234/2022	DPCM 12/01/2017
Punti Unici d'Accesso	L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari avviene attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità».	Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
Valutazione multidimensionale	Viene garantita la valutazione multidimensionale della capacità biopsico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessari.	Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale».
Equipe multiprofessionali	Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS ( <i>ndr per ATS a livello nazionale si intendono gli Ambiti Territoriali Sociali</i> ).	I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali.



# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

Modalità gestionali e operative	L. 234/2022	DPCM 12/01/2017
Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)	L'equipe integrata procede alla definizione del PAI, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.	I Progetti di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Fonte PNNA 2022-24 – paragrafo 1.4

La già citata Legge n.234 del 30/12/2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) definisce, all'art. 1 commi 162, 163 e 164, sia i LEPS di erogazione che i LEPS di processo, poi ripresi ed approfonditi all'interno del PNNA 2022-24.

Nella fattispecie il LEPS di processo qui declinato definisce il Percorso assistenziale integrato soprattutto con riferimento agli interventi normati dal comma 163 della Legge 234/21 in cui sono previste per la sua realizzazione le seguenti macrofasi:

1. Accesso	Punto unico di Accesso (PUA)
2. Prima valutazione	
3. Valutazione multidimensionale	Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM)
4. Elaborazione del piano assistenziale individualizzato	
5. Monitoraggio degli esiti di salute	

Questo approccio è funzionale ad una presa in carico globale e complessiva, da un lato capace di accogliere e rilevare i bisogni e i desideri delle persone, integrando tutte le risposte di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria, dall'altro utile a richiamare gli operatori al lavoro di rete e all'indispensabile integrazione sociosanitaria. Tale percorso assistenziale è richiamato in modo costante non solo nella normativa nazionale ma anche in quella regionale (ved. DGR 1669/23 e 2033/24 – Piano operativo FNA triennio 2022-24) e per la cui realizzazione viene evidenziata e richiesta una sempre maggiore integrazione sociosanitaria finalizzata a garantire la piena esigibilità dei LEA e dei LEPS.

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

Il percorso assistenziale integrato definisce quindi una modalità di presa in carico della persona che richiede un'organizzazione e gestione sempre più raccordata tra il sistema dei servizi degli Ambiti Territoriali Sociali e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal PNRR M5C2 e M6C1 e, considerata 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. Per dare operatività a tale approccio le diverse normative hanno individuato e definito finalità, obiettivi e aspetti organizzativi relativamente a tre aspetti fondamentali: i PUA, servizio fondamentale nel garantire l'accesso ai servizi, alle **Equipe di valutazione multidimensionale** con riferimento alla prima valutazione e alla valutazione multidimensionale ed all'elaborazione del **piano assistenziale individualizzato**.

L'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria deve realizzarsi attraverso un percorso condiviso di armonizzazione del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale integrandolo con gli obiettivi dei Piani di Zona del Distretto Bergamo Ovest.

Questo percorso condiviso intende rafforzare un **processo di integrazione** che preveda:

- le modalità di raccordo, gli aspetti organizzativi e gestionali che i soggetti istituzionali sottoscrittori 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.

Con la nuova programmazione territoriale il tema dei livelli essenziali assume una rilevante centralità. Tra i differenti LEPS, Regione Lombardia ne sceglie alcuni definiti prioritari: Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato (nell'ambito del contrasto alla povertà); Prevenzione dell'allontanamento familiare (progetto P.I.P.I.); Servizi sociali per le dimissioni protette; Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM (nell'ambito del FNA); - potenziamento del servizio di assistenza domiciliare (sempre nell'ambito del FNA).

Attraverso la programmazione condivisa con ASST BG Ovest ci si propone di perseguire le seguenti finalità:

- realizzare concretamente un livello di programmazione unitaria attraverso un coordinamento tecnico-gestionale che renda più efficaci, più flessibili e meno frammentati gli interventi sociali e socio-sanitari, 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 sempre più agevole, integrato e partecipato il percorso di accesso e orientamento alla rete dei servizi da parte delle persone, delle famiglie e della comunità, attraverso il potenziamento/integrazione degli sportelli territoriali già in essere, valorizzando i sistemi informativi già in uso tra i servizi sociosanitari e sociali;
- definire composizione, funzioni, compiti e procedure di funzionamento delle Equipe di Valutazione Multidimensionale attivate sul territorio 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.

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

## Il Punto Unico di Accesso e i Punti di Ascolto Decentrati

L'accesso alla rete dei servizi costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui viene garantito l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e l'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 (PNNA 2022-2024).

Gli Ambiti Territoriali Sociali e l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Bergamo Ovest garantiscono l'accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA) e i Punti di Ascolto Decentrati, quale primo luogo di ascolto del cittadino, di accoglienza, di orientamento. Tale sistema di punti di accesso rappresenta la porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali garantita in via prioritaria attraverso Comuni/Ambiti e Distretto/ASST, rendendo disponibili risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

Tale sistema di punti di accoglienza, superando la settorializzazione degli interventi, definisce percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, migliorando le modalità di presa in carico unitaria al fine di eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per l'accesso e la fruizione dei servizi.

L'attività del PUA e dei Punti di Ascolto Decentrati si articola su tre livelli.

- 1. Front office** – questa funzione può essere svolta anche dai Punti di Ascolto Decentrati  
Informazione e orientamento: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- 2. Back office di I livello** – questa funzione può essere svolta anche dai Punti di Ascolto Decentrati  
Bisogno semplice e "complesso" qualora non richieda una presa in carico integrata: prima valutazione di ogni richiesta accolta presso il punto e proposta di un relativo percorso di presa in carico. Nel caso di richieste "semplici", direttamente risolvibili, al punto compete l'orientamento e/o l'invio ai servizi individuati al riguardo.  
Per le situazioni "complesse" che non richiedono una presa in carico integrata, o l'attivazione di servizi integrati, ovvero riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, il punto provvede ad avviare il

percorso di presa in carico, attivando direttamente i servizi necessari e mettendo a conoscenza il PUA.

- 3. Back office di II livello** – questa funzione deve obbligatoriamente essere svolta dal PUA in quanto presuppone la presenza di una EVM

Bisogno complesso che richiede una presa in carico integrata: riesamina e valuta le problematiche ritenute dal PUA più articolate e complesse, che richiedono una presa in carico integrata, avviando l'**Equipe di Valutazione Multidisciplinare** attivata all'interno del PUA (legge 234\21 art. 1 comma 163).

Obiettivi prioritari del PUA e dei Punti di Ascolto Decentrati, dovranno essere:

- promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in un'ottica di integrazione;
- 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 comunicazione tra diversi sistemi informatici;
- assicurare e rafforzare l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali, il sistema sanitario e il sistema sociosanitario, assicurando sia il livello dell'accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare, integrata anche con le reti della comunità locale.

Funzione fondamentale del PUA e dei Punti di Ascolto Decentrati è quella di intercettare il bisogno del cittadino, consentendo alle persone l'accesso appropriato ai servizi. Le funzioni del PUA rientrano, pertanto, sotto due principali categorie:

- accoglienza, informazione e orientamento;
- accompagnamento, definito come un percorso personalizzato di aiuto, sostegno e orientamento rivolto a cittadini/utenti in condizioni di particolare disagio.

Più specificatamente le attività principali del PUA e dei Punti di Ascolto Decentrati sono le seguenti:

- garantire un'attività di informazione e orientamento ai cittadini sui servizi sociali e sociosanitari e sulle modalità per accedervi;
- agevolare l'accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai cittadini (accompagnamento);
- garantire la valutazione multidimensionale delle persone fragili, disabili e non autosufficienti, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita;

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

- garantire, a seguito della valutazione, la definizione, a cura dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM), del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), contenente l'indicazione degli interventi necessari, modulati secondo l'intensità del bisogno;
- attivare i referenti territoriali della rete formale dell'utente per eventuali approfondimenti della richiesta a garanzia di risposta da parte di un sistema integrato;
- monitorare le situazioni di fragilità sociale, sociosanitaria e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno;
- promuovere e attivare reti formali e informali della comunità al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali e sociosanitari del territorio per la conoscenza dei problemi della comunità e delle risorse attivabili;
- monitorare e valutare l'esito dei processi avviati.

L'accesso al PUA e ai Punti di Ascolto Decentrati può avvenire spontaneamente da parte dell'assistito o dei suoi familiari oppure su indicazione dei Punti di Ascolto Decentrati, di MMG, IFeC, UCA, specialisti ospedalieri o servizi di dimissioni protette, Pronto Soccorso, assistenti sociali dei Comuni, Associazioni di Volontariato, Terzo Settore.

I **Punti Unici di Accesso (PUA)** hanno la sede operativa centrale presso tutte le Case di comunità, attivate dalle ASST sul territorio, al fine di garantire una diffusa ed idonea informazione ai cittadini e per dare risposte ai bisogni raccolti.

Presso il PUA opera un'equipe integrata composta da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali, con la presenza minima di:

- Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC);
- Assistente sociale (Comuni/Ambito e/o ASST).

I **Punti di Ascolto Decentrati** sono garantiti dagli Ambiti Territoriali Sociali con risorse proprie e sono caratterizzati dalla disseminazione di punti di ascolto e di raccolta della domanda sul territorio distrettuale. Tali punti sono collegati al PUA della CdC. Nel triennio 2025/27, gli Ambiti Territoriali Sociali garantiranno una sufficiente disseminazione sul proprio territorio di Punti di Ascolto Decentrati presidiati da operatori sociali con adeguate competenze.

L'evoluzione del concetto di PUA in termini innovativi è rappresentata per questo territorio dai seguenti

obiettivi.

- 1) Implementare un sistema di punti di accoglienza diffuso ed integrato, attraverso la creazione di più punti di accesso, e mettere ognuno di essi nella condizione di essere luogo di ascolto, informazione, accompagnamento in merito a tutto il sistema d'offerta, superando l'attuale frammentazione, connettendo e qualificando maggiormente l'esistente.
- 2) Promuovere una interconnessione del sistema di punti di accesso dal punto di vista informatico (PUA/Punti di Ascolto Decentrati digitalizzati), ovvero punto di accesso inteso non solo come luogo fisico, ma come un modello organizzativo di accesso unitario, integrato e universalistico facilitato da processi di digitalizzazione, attraverso la creazione di un unico supporto/strumento informatico, fruibile dagli operatori dei PUA, che consenta la ricomposizione del sistema d'offerta dei servizi sociali e sociosanitari.

Al fine di facilitare l'accesso ai servizi l'ASST BG Ovest e gli Ambiti Territoriali Sociali si propongono di realizzare una piattaforma digitale che permetta di orientare il cittadino nella scelta delle prestazioni con servizi differenziati per ogni Ambito Territoriale, con schede particolareggiate descrittive ed i riferimenti territoriali a cui potersi rivolgere per una pluralità di prestazioni.

*Per esempio, nell'area della non autosufficienza le schede potranno riferirsi ai seguenti servizi/interventi: Invalidità civile Legge 104/1992; Servizio di Assistenza Domiciliare Leggera (SADL e SAD); Cure Domiciliari (C-Dom o ADI); Sportello Assistenti familiari; FNA - Misura B1 e B2; Centro Diurno Integrato; Sollevio Temporaneo Domiciliare; RSA/RSA Aperta, Sollevio Temporaneo in RSA; Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC); Sindacati; Neuro Psichiatria Infanzia e Adolescenza/Assistenza Educativa Scolastica; ADH; Spazio Autismo; Salute mentale.*

Inoltre, vista la capillarità di attori presenti sui territori che intercettano, accolgono e rispondono a vario titolo ai bisogni delle persone in condizione di non autosufficienza e delle loro famiglie, si ritiene di includere nel sistema dell'accesso anche tali risorse, oltre a quelle istituzionali, in una logica di welfare di prossimità. Considerando che una funzione fondamentale del PUA è quella di intercettare il bisogno, consentendo alle persone un accesso più facile alla rete dei servizi, si prevede, a livello territoriale e in presenza di forti integrazioni con gli ambiti sociali, la possibilità di uno sviluppo funzionale dei Punti di Ascolto Decentrati, secondo le specificità di ciascun Ambito Territoriale Sociale, valorizzando la rete delle antenne sociali istituzionali (segretariato sociale, Terzo settore contrattualizzato da SSN o dal sociale, volontariato, parrocchie, ecc.) in modo da favorire ed ottimizzare l'intercettazione del bisogno (DGR 6760/22).

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

**Obiettivi congiunti Ambiti/ASST da svolgersi nel triennio**

- 1) *Definire le modalità operative di interazione tra PUA e Punti di Ascolto Decentrati, nella logica della facilitazione di accesso ai servizi da parte delle famiglie.*
- 2) *Sviluppare e realizzare uno strumento infografico di ricomposizione dei servizi sociosanitari da mettere a disposizione del PUA e Punti di Ascolto Decentrati, promuovendo omogeneità e unitarietà delle informazioni.*

**Tempi e azioni principali da realizzare nel 2025 - 2027**

- *Anno 2025*  
Costituzione e attivazione di Gruppi di miglioramento che vedano coinvolti ASST, Ambiti Territoriali Sociali per definire i punti, le informazioni e le modalità di integrazione
- *Anno 2026*  
Individuare una modalità informatica unitaria per il passaggio delle informazioni per la presa in carico integrata del cittadino
- *Anno 2027*  
Implementare i diversi settori di intervento attraverso la realizzazione di protocolli operativi

**Strumenti**

- *Gruppi di miglioramento territoriali*
- *Accordi territoriali ASST, Ambiti Territoriali*
- *Schede di monitoraggio*

**Monitoraggio**

- *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**

- *Incontri periodici di valutazione in merito all'andamento delle azioni attivate e definizione di modalità operative e strategie condivise.*

**Governance**

ASST, Ambiti territoriali

**Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM)**

L'attuale normativa, a partire dalla Legge di Riforma sanitaria della Regione Lombardia n. 23/2015, individua quale punto cardine della gestione dei cittadini fragili, disabili e non autosufficienti il processo di **valutazione multidimensionale**.

La dimensione multidimensionale garantisce la valutazione degli aspetti più significativi della persona fragile attraverso un approccio multiprofessionale considerando che le persone fragili e compromesse nell'autonomia, presentano varie problematiche e bisogni correlati di diversa tipologia, richiedenti più servizi e con il coinvolgimento di vari attori del sistema. A tal fine l'Ambito Territoriale Sociale e il Distretto sociosanitario di ASST BG Ovest costituiscono l'**Equipe di Valutazione Multidimensionale** integrata composta da personale adeguatamente formato, garantendo l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato.

Con riferimento alla valutazione multidimensionale ci si propone di:

- realizzare concretamente una adeguata valutazione dei bisogni della persona in condizioni di fragilità, al fine di favorire l'identificazione degli eventuali interventi di sostegno e una "presa in carico" integrata della persona e della sua famiglia;
- implementare un approccio coordinato e sinergico che renda il percorso di accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, delle famiglie e della comunità nel suo complesso sempre più trasparente, "facilitato" e partecipato, anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi integrati, già in uso tra i servizi sociosanitari e sociali;
- garantire la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, per assicurare la definizione di percorsi 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.

La valutazione multidimensionale si connota come lettura complessiva e misurazione dei bisogni sociosanitari e sociali della persona fragile e del suo nucleo familiare.

L'EVM ha il compito quindi di tradurre gli esiti della valutazione dei bisogni in un Progetto di vita a favore della persona fragile, predisposto d'intesa con la persona interessata e il caregiver familiare, quando presente, evidenziando le condizioni e il contesto di vita, gli interessi, i bisogni, le richieste, i desideri e le preferenze della persona stessa (Legge Regionale n.25/2022).

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

È essenziale che la valutazione includa:

- i bisogni, le aspettative e i desideri della persona e della famiglia;
- obiettivi e priorità, interventi da attivare, soggetti attuatori degli interventi e tempi di realizzazione;
- la chiara identificazione dell'operatore di riferimento (Case Manager) per la persona in situazione di bisogno e per il suo caregiver e/o famiglia, che durante lo svolgimento del Progetto Individualizzato assume un ruolo di raccordo e mediazione tra la persona, il caregiver/famiglia ed i diversi Enti e/o servizi chiamati ad intervenire;
- le diverse possibilità d'intervento integrativo dei servizi sociosanitari e sociali territoriali, con la valorizzazione degli eventuali contributi delle reti di sostegno di welfare comunitario e generativo.

Al fine della redazione del progetto individualizzato l'EVM si dota degli strumenti necessari per far emergere le esigenze della persona, avvalendosi della collaborazione della rete territoriale dei servizi, monitorando periodicamente l'andamento e l'efficacia del Progetto di vita.

L'accesso alla valutazione multidimensionale può avvenire tramite l'accesso diretto del cittadino al sistema dei punti di accesso del territorio, che valuterà in base al bisogno l'attivazione o meno dell'EVM, oppure a seguito di segnalazione di altri soggetti/servizi della rete territoriale e/o altri servizi del sistema che hanno in carico la persona (Servizi sociali comunali/Ambito, cure primarie, SMIA, ospedale, COT, percorsi di riabilitazione, ecc.).

L'EVM è prioritariamente individuata all'interno delle Case di Comunità ma può essere valutata la possibilità di prevedere delle ulteriori sedi in considerazione di fattori quali: numerosità e densità della popolazione, vie e mezzi di collegamento, analisi dei bisogni del territorio, soggetto segnalante e titolare del caso. Laddove necessario, è possibile organizzare EVM mobili, che consentano una maggiore prossimità della risposta.

L'operatività dell'EVM si basa essenzialmente sul principio di reciprocità tra ASST BG Ovest e Ambiti Territoriali, che mettono a disposizione le risorse necessarie al funzionamento delle equipe, in primis in termini di personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente a costituire un nucleo di valutazione di base.

**Obiettivi congiunti Ambiti/ASST da svolgersi nel triennio**

- 1) *Definire protocolli operativi di attivazione della valutazione multidimensionale nelle diverse aree della programmazione.*
- 2) *Accompagnare il processo realizzativo mediante costanti azioni di monitoraggio, valutazione e regolazioni.*

**Tempi e azioni principali da realizzare nel 2025 - 2027**

- *Anno 2025*  
Costituzione e attivazione di Gruppi di miglioramento che vedano coinvolti ASST, Ambiti Territoriali Sociali

per la stesura di un protocollo operativo

- *Anno 2026*  
Implementazione protocollo operativo e definizione di indicatori di esito per la valutazione dell'efficacia della presa in carico
- *Anno 2027*  
Analisi dei risultati e definizione di strategie di miglioramento

**Strumenti**

- *Gruppi di miglioramento territoriali*
- *Accordi territoriali ASST, Ambiti Territoriali*
- *Schede di monitoraggio*

**Monitoraggio**

- *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**

- *Incontri periodici di valutazione in merito all'andamento delle azioni attivate e definizione di modalità operative e strategie condivise.*

**Governance**

- *ASST, Ambiti territoriali*

Considerata la specificità dei processi e delle unità operative coinvolte si ritiene opportuno declinare l'attuazione e l'operatività dell'EVM nelle diverse aree della programmazione dei Piani di Zona e dei relativi LEPS, definendo l'integrazione con i processi sociosanitari per ciascuna area di policy.

**A. CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALL'EMARGINAZIONE SOCIALE E PROMOZIONE DELL'INCLUSIONE ATTIVA**

- LEPS: *Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato (Assegno di Inclusione - AdI).*  
L'EVM dei bisogni del nucleo familiare è finalizzata all'analisi preliminare, alla definizione di un progetto personalizzato e alla sottoscrizione del Patto per l'Inclusione Sociale (PaIS). Nel percorso di presa in carico di nuclei familiari con bisogni complessi è fondamentale che ci sia sinergia ed integrazione tra i servizi sociali e quelli sociosanitari territoriali.



# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

- QUANDO VIENE ATTIVATA: L'EVM è prevista per le situazioni di beneficiari dell'Adl in carico ai servizi specialistici (CPS e/o SERD) dove è presente un bisogno complesso, e dove è richiesto la compilazione del QUADRO DI ANALISI. Viene quindi attivata nella fase di analisi preliminare e quadro di analisi, ed è finalizzata alla costruzione del PaIS.
- Sono quindi prevedibili due diverse modalità: una convocazione sul caso, e una convocazione periodica di valutazione su più casi, e di rilettura della casistica in carico e delle tipologie.
- QUALE COMPOSIZIONE: A partire dall'equipe sociale minima (Case Manager + assistente sociale del comune di residenza del beneficiario Adl), si prevede il coinvolgimento dei servizi sociosanitari nelle figure specialistiche dell'assistente sociale, del medico psichiatra/medico curante e/o delle altre figure sanitarie attive sul caso (infermiere, psicologo, ecc.) dell'ASST BG-OVEST, che collaborino con il servizio sociale professionale e con eventuali figure di coordinamento di servizi del terzo settore che condividono la presa in carico del beneficiario.
  - COME AVVIENE LA SEGNALEZIONE: la segnalazione e la convocazione di attivazione della EVM viene fatta dal Case Manager Adl e/o dall'assistente sociale competente (AS Servizi Sociali territoriali/AS del servizio specialistico) che ha in carico la situazione complessa.
  - RESPONSABILITÀ: la responsabilità del processo di valutazione da parte dell'equipe è in capo al soggetto che ne propone l'attivazione sul singolo caso; si ipotizzano incontri periodici di analisi e valutazione delle situazioni mediante convocazione da parte dell'Ambito Territoriale Sociale.

## B. POLITICHE ABITATIVE

- LEPS: Servizi per l'accesso, la valutazione e i sostegni da individuare nel progetto individualizzato. Garantire la presa in carico integrata e un percorso partecipato di accompagnamento funzionale allo stato di salute, economico, familiare e lavorativo della persona interessata, attraverso un servizio di facile accessibilità alle persone in condizione di povertà o marginalità, anche estrema.
- QUANDO VIENE ATTIVATA: L'EVM è prevista per le situazioni complesse in carico ai servizi specialistici (CPS e/o SERD) dove è presente un bisogno abitativo, e dove è previsto l'accesso ai servizi legati all'abitare. Viene quindi attivata nella fase di analisi preliminare ed è finalizzata alla costruzione di un progetto personalizzato.
- QUALE COMPOSIZIONE: si prevede il coinvolgimento dei servizi sociosanitari nelle figure specialistiche dell'assistente sociale, e del medico psichiatra/medico curante e/o delle altre figure sanitarie attive sul caso

- (infermiere, psicologo, ecc.) dell'ASST BG-OVEST che collabora con il servizio sociale territoriale e con eventuali figure di coordinamento di servizi del terzo settore che gestiscono servizi legati all'abitare.
- COME AVVIENE LA SEGNALEZIONE: la segnalazione e la convocazione di attivazione dell'EVM viene fatta dall'assistente sociale competente che ha in carico la situazione complessa con bisogno abitativo.
  - RESPONSABILITÀ: la responsabilità del processo di valutazione da parte dell'equipe è in capo al soggetto che ne propone l'attivazione sul singolo caso.

## C. DOMICILIARITÀ

- LEPS: *Potenziamento del Servizio di Assistenza Domiciliare; Servizi sociali per le dimissioni protette.*
- Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi Ambiti Territoriali Sociali del Distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi; uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità; rinforzare la connessione degli interventi coinvolti nei progetti di dimissioni protette; promuovere un maggiore coordinamento e integrazione con le Cure Domiciliari.
- QUANDO VIENE ATTIVATA: Per assicurare una presa in carico globale, valutando l'insieme di eventuali bisogni sociosanitari e per evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione è di carattere multidimensionale. La valutazione multidimensionale, successiva alla verifica dei requisiti di accesso, è effettuata dagli Ambiti Territoriali Sociali in modalità integrata con l'ASST ove ne ricorra la necessità in relazione alle condizioni sanitarie rilevate, sulla base di specifici protocolli operativi definiti fra ASST e Ambiti (vd FNA B2 e interventi integrativi connessi).
  - QUALE COMPOSIZIONE: La funzione valutativa, come precisato nel PNNA 2022-2024, è esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato. Si prevede la seguente composizione "minima": IFeC, assistente sociale di Ambito/CdC, a cui potranno aggiungersi altre figure in relazione ai bisogni rilevati (assistente sociale comunale, Ente Gestore, beneficiario e/o Caregiver, altri operatori della CdC, ecc).

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

- COME AVVIENE LA SEGNALAZIONE: Ogni soggetto componente l'EVM può segnalare all'equipe situazioni che richiedono una valutazione multidimensionale, inviando la richiesta di convocazione dell'Equipe agli operatori addetti della Casa di Comunità.
- RESPONSABILITÀ: Potranno definirsi responsabilità diversificate a seconda dei soggetti destinatari di provvedimenti che richiedono valutazioni multidimensionali. Nello specifico, per quanto riguarda i servizi domiciliari la responsabilità della convocazione, conduzione ed esito della valutazione è in capo all'Ambito/Comuni quando l'intervento richiesto riguarda le misure, i servizi e gli interventi garantiti dall'Ambito e/o dai servizi sociali comunali, mentre è in capo al Distretto/Casa della Comunità quando l'intervento erogato riguarda misure, servizi e interventi a carico dei servizi della CdC.

**D. ANZIANI**

- LEPS: Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM; Percorso assistenziale integrato (LEPS di processo).  
Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi Ambiti Territoriali Sociali del Distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi; garantire la presa in carico integrata della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale; promuovere l'integrazione tra attività sanitaria e attività socioassistenziale; semplificare l'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari e la messa a disposizione di punti unici di accesso (PUA); potenziare la valutazione multidimensionale, finalizzata a definire il Progetto di Assistenza Individuale (PAI), redatto tenendo conto dei fabbisogni assistenziali individuati presso i PUA; potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare e sua integrazione con le Cure domiciliari.  
La valutazione multidimensionale per la presa in carico integrata della persona descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).
- QUANDO VIENE ATTIVATA: L'EVM costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psicosociale della persona nei casi complessi e delle condizioni ed effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche

allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica. Al termine della valutazione multidimensionale è prevista l'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

- QUALE COMPOSIZIONE: L'Ambito Territoriale Sociale e il Distretto Sanitario costituiscono l'EVM composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. Individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona. La composizione minima dell'EVM (che può variare in relazione al bisogno) comprende:
  - il medico di medicina generale;
  - l'infermiere di comunità;
  - l'assistente sociale dell'Ambito/comuni;
  - l'assistente sociale della Casa della Comunità/Distretto.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medico di Distretto, medici specialisti, terapista della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.

- COME AVVIENE LA SEGNALAZIONE: Gli operatori del sistema dei punti di accesso (PUA e Punti Integrati Decentrati) effettuano una prima analisi del bisogno della persona. In caso di bisogno semplice, il cittadino viene accompagnato nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (es. Assistenza Domiciliare Integrata-ADI, SAD, ecc.). Nel caso di bisogno complesso, il cittadino viene inviato all'EVM per una ulteriore fase di valutazione multidimensionale.
- RESPONSABILITÀ: La responsabilità della convocazione, conduzione ed esito della valutazione è in capo al Distretto/Casa della Comunità.



# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

## E. INTERVENTI CONNESSI ALLE POLITICHE PER IL LAVORO

- **LEPS:** *Presa in carico sociale/lavorativa (patto per l'inclusione sociale e lavorativa).*  
Azioni rivolte ai NEET attraverso una presa in carico dei molteplici bisogni e rischi che investono le fasce più giovani della popolazione.  
Necessità da parte degli Ambiti di un lavoro di raccordo trasversale degli interventi su varie aree di policy, per una presa in carico completa sulla persona, al fine di risolvere situazioni di disagio socio-economico, favorendo politiche attive del lavoro grazie al coordinamento con i presidi territoriali esistenti come i Centri per l'Impiego e i Centri Servizi per il contrasto alla povertà.
- **QUANDO VIENE ATTIVATA:** L'EVM è prevista per le situazioni di beneficiari di Assegno di Inclusione (AdI) o dell'intervento del servizio dell'Area Inclusione degli Ambiti in cui emerga un sostanziale bisogno lavorativo o in cui si prevedano azioni di supporto all'acquisizione di prerequisiti per l'accesso alle politiche attive per il lavoro.
- **QUALE COMPOSIZIONE:** A partire dall'equipe sociale minima (Case Manager e assistente sociale del comune di residenza del beneficiario), laddove necessario per il caso si prevede il coinvolgimento dei Centri per l'Impiego e degli operatori dei servizi sociosanitari delle ASST BG-OVEST, che collaborano con il servizio sociale territoriale e con eventuali figure di coordinamento di servizi del terzo settore che condividono la presa in carico del beneficiario.
- **COME AVVIENE LA SEGNALEZIONE:** la segnalazione viene fatta dall'assistente sociale competente che ha in carico la situazione complessa con bisogno lavorativo.
- **RESPONSABILITÀ:** la responsabilità del processo di valutazione da parte dell'EVM è in capo al soggetto che ne propone l'attivazione sul singolo caso; si ipotizzano incontri mensili di analisi e valutazione delle situazioni, mediante convocazione da parte dell'Ambito Territoriale Sociale.

## F. INTERVENTI PER LA FAMIGLIA

- **LEPS:** *Prevenzione dell'allontanamento familiare; Offerta integrata di interventi e servizi.*  
Per la fascia di età infantile, realizzare percorsi di accompagnamento volti a garantire ai minori una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale definiti congiuntamente in équipe multidisciplinare con la famiglia.  
Per i giovani ragazzi e maggiorenni i possibili interventi sono realizzati attraverso una preliminare analisi della

situazione, una valutazione multidimensionale dei bisogni, delle aspettative e delle potenzialità di ogni ragazzo/a.

Superare la frammentazione e la mancanza di integrazione e cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi, ricomponendo i percorsi di presa in carico e quindi migliorare la governance complessiva affinché siano garantite azioni realizzate in una logica trasversale e unitaria.

Attualmente è presente un protocollo operativo tra ASST Bergamo Ovest e i 4 Ambiti Territoriali Sociali per la presa in carico di minori e famiglie sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che definisce una prassi operativa che consenta di avere un approccio multidisciplinare integrato nel rispetto delle singole competenze e titolarità degli Enti di appartenenza. Tale protocollo tuttavia non ha visto la sua completa attuazione risultando per alcuni aspetti significativi inapplicato.

- **QUANDO VIENE ATTIVATA:** come previsto dalle "Linee di indirizzo nazionali per la presa in carico di bambini e famiglie con vulnerabilità" l'attivazione dell'EVM si rende opportuna per le situazioni con incarico dell'autorità giudiziaria (AG) oltre che nelle situazioni che, pur in assenza di ingaggio dell'AG sono, per loro caratteristiche, complesse.
- **QUALE COMPOSIZIONE:** Come per il Progetto P.I.P.P.I., che ha ispirato la stesura delle Linee di indirizzo sopra citate, si prevede che l'EVM in questa area sia composta in fase di valutazione e presa in carico almeno da tre professionisti: assistente sociale dell'Ambito/Comuni, psicologo di ASST BG Ovest ed educatore dell'Ambito/Comune. La restante parte dell'equipe di professionisti è a geometria variabile in base alle caratteristiche della situazione familiare.
- **COME AVVIENE LA SEGNALEZIONE:** Nelle situazioni con incarico dell'Autorità Giudiziaria l'inoltro del mandato, che sia per mezzo dell'AG stessa o per il tramite del Servizio sociale territoriale o specialistico di tutela, dovrebbe corrispondere sempre all'assegnazione di una figura di psicologo e all'attivazione dell'EVM. Per le situazioni complesse, in assenza di incarichi dell'Autorità Giudiziaria, sarebbe opportuno prevedere strumenti condivisi di valutazione che consentano di graduare la complessità, a cui segue l'attivazione dell'EVM che può essere richiesta da chiunque accoglie per la prima volta la richiesta di bisogno (Comune, Ambito o ASST).
- **RESPONSABILITÀ:** Primo compito dell'EVM quando si riunisce per la prima volta sulla situazione del singolo cittadino è definire chi è il case manager. Egli sarà responsabile dell'esito dell'EVM; si ritiene di attribuire tale responsabilità ad una figura dell'Ambito Territoriale.

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

## G. INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

- LEPS: *Punti Unici di Accesso (Pua) integrati e UVM; Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato.*  
Attivazione e rafforzamento delle EVM; Rafforzamento delle competenze per un impiego efficace degli strumenti di lavoro nelle EVM; Elaborare un progetto di vita con il coinvolgimento delle EVM; percorsi di inclusione anche per persone non ancora titolari di una certificazione di disabilità o non ancora iscritti al collocamento mirato mettendo veramente al centro le EVM e il loro ruolo di valutazione dei bisogni e potenzialità del destinatario del progetto; Interventi integrati e congiunti e, ove necessario, sperimentali tra Ambiti, ATS Bergamo e ASST BG Ovest.  
Definizione di una collaborazione con i servizi sociosanitari specialistici territoriali dedicati alla disabilità adulta e dei minori, che intervengano nella valutazione e presa in carico condivisa dei beneficiari.
- QUANDO VIENE ATTIVATA: secondo i casi previsti dalla normativa vigente in materia di disabilità e secondo gli accordi territoriale esistenti: Protocollo d'intesa tra Ambiti Territoriali Sociali e DSDM/ASST Bergamo Ovest; Legge Dopo di Noi DGR 275/2023; PNRR Percorsi di autonomia per persone con disabilità; Dcr lgs 3/05/2024 n. 62, su richiesta del servizio sociale territoriale per la presa in carico di casi complessi. Convocazione da parte dell'Ambito Territoriale Sociale a seguito di istanza del cittadino.
- QUALE COMPOSIZIONE: per la disabilità adulta si prevede il coinvolgimento dei servizi sociosanitari nelle figure specialistiche dello psichiatra e dell'educatore professionale dei servizi NODA (Nucleo Operativo Disabili Adulti) delle ASST BG OVEST, in collaborazione con il servizio sociale territoriale e con eventuali figure di coordinamento di servizi del terzo settore che condividono la presa in carico del beneficiario.  
Per i minori in condizioni di disabilità è necessario invece prevedere il coinvolgimento nelle figure specialistiche del neuropsichiatra infantile e dell'assistente sociale dei servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASST BG OVEST.  
La restante parte dell'equipe di professionisti, sia per gli adulti che per i minori, è a geometria variabile in base alle caratteristiche del caso, della presa in carico e delle eventuali risorse regionali e/o nazionali attivate che prevedano la presenza di un referente dell'Ambito Territoriale Sociale e/o dei familiari.

- COME AVVIENE LA SEGNALAZIONE: per i casi in carico ai servizi sociali la richiesta di EVM è in capo al servizio sociale territoriale che fa richiesta al servizio sociosanitario specialistico di valutazione multidimensionale della situazione con la figura dello psichiatra di riferimento e dell'assistente sociale o educatore professionale. Per le situazioni complesse non note al servizio sociale la richiesta di EVM è in capo al servizio sociosanitario territoriale specialistico che convoca l'equipe ai fini di una valutazione congiunta.
- RESPONSABILITÀ: Potranno definirsi responsabilità diversificate a seconda dei soggetti destinatari di provvedimenti che richiedono valutazioni multidimensionali. Nello specifico, per quanto riguarda i casi in carico al servizio sociale comunale, la responsabilità della convocazione, conduzione ed esito della valutazione è in capo all'Ambito/Comuni; per le situazioni in carico ai servizi specialistici, la responsabilità di gestione dell'equipe è in capo agli stessi servizi.

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

**H. AUTISMO NEXT GENERATION: EQUIPE AUTISMO DI SUPERVISIONE PERMANENTE INTER-AMBITI**

- LEPS: Punti Unici di Accesso (Pua) integrati e UVM; Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato.

Rafforzamento delle EVM; Rafforzamento delle competenze per un impiego efficace degli strumenti di lavoro nelle EVM; Elaborare un progetto di vita con il coinvolgimento delle EVM attraverso il rafforzamento di un'equipe permanente rappresentativa delle diverse istituzioni, avviando prioritariamente il confronto e la progettazione con il servizio NPia e il CPS in quanto soggetti privilegiati, al fine di creare uno scambio inter-istituzionale virtuoso tra enti sociali ed enti sanitari. Interventi integrati e congiunti e, ove necessario, sperimentali tra Ambiti e ASST BG Ovest (prosecuzione del Protocollo operativo sottoscritto dai 4 Ambiti del Distretto Ovest con DSDM ASST BG Ovest ad aprile 2023); Individuazione di soggetti accreditati al ruolo di Case Management sul territorio degli Ambiti Territoriali Sociali; Consolidamento della collaborazione con i servizi sociosanitari specialistici territoriali denominati "Spazio autismo", che intervengono nella valutazione e presa in carico condivisa dei beneficiari.

- QUANDO VIENE ATTIVATA: secondo i casi previsti dalla normativa vigente in materia di disabilità e secondo gli accordi territoriale esistenti: Protocollo d'intesa tra Ambiti Territoriali Sociali e DSDM/ASST Bergamo Ovest. Convocazione da parte dell'Ambito Territoriale Sociale a seguito di istanza del cittadino.
- QUALE COMPOSIZIONE: L'Equipe inter-ambito AUTISMO è costituita in modo stabile da referenti per l'autismo (educatori, coordinatori, psicologi...) appartenenti agli Ambiti Territoriali Sociali e prevede la partecipazione e il coinvolgimento delle altre agenzie sopra citate. Tale equipe rappresenta un punto di incontro trasversale che si prevede possa perseguire l'obiettivo strategico di favorire l'integrazione tra i servizi e dare valore alle risorse già presenti nei territori, inserendole all'interno di un medesimo "Sistema". Per i minori affetti da sindrome autistica è necessario prevedere il coinvolgimento delle figure specialistiche del Neuropsichiatra Infantile e dell'assistente sociale dei servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASST BG OVEST.

• OBIETTIVI: Si prevede che l'equipe autismo possa perseguire i seguenti obiettivi su due fasi.

Fase esplorativa

- Raccolta dati sui bisogni delle famiglie con definizione di un progetto sperimentale pilota per indagare il punto di vista e i bisogni delle famiglie nelle varie fasi del ciclo di vita (ad es. interviste

semi-strutturate);

- Analisi dei bisogni formativi del territorio in merito all'autismo e alle metodologie di approccio (ad es. scuola, servizi sociali, agenzie informali);
- Mappatura degli utenti e mappatura dei servizi/misure esistenti nei territori di riferimento.

Fase attuativa

- Stabilizzare e calendarizzare l'operatività dell'Equipe inter-ambiti;
- Definizione e diffusione di un documento di sintesi (ad es. opuscolo) circa i servizi e le misure dei territori, con particolare attenzione al tema dell'orientamento post-scolastico e del Dopo Di Noi;
- Creazioni di convenzioni tra servizi di settori differenti per rispondere alle esigenze emerse in fase di mappatura;
- Condivisione ed eventuale ridefinizione comune delle modalità di gestione delle misure (es. Misura B2, Misura B1, Dopo di Noi);
- Creazione e diffusione di un elenco di servizi e professionisti del settore privato nei diversi Ambiti Territoriali Sociali che rispondano ai criteri, definiti dall'equipe stessa con creazione di un vademecum ad hoc, di "Autism friendly", ovvero accessibili per persone con disturbo dello spettro autistico (ad es. parrucchieri, ristoranti, dentisti);
- Costituzione di sportelli di orientamento aperti al pubblico, che possono essere attivati grazie al potenziamento dei Consultori per persone con disabilità già attivi in alcuni territori, che diano informazioni e orientamento sulle tematiche connesse all'autismo con apertura alternata sui vari territori dei diversi Ambiti Territoriali Sociali.

**Obiettivi congiunti Ambiti/ASST da svolgersi nel triennio**

- 1) *Accompagnare l'implementazione delle EVM con un supporto esterno, di tipo consulenziale/di supervisione, al fine di costruire quadri di riferimento condivisi tra "sistema sociale" e "sistema sanitario".*
- 2) *Definizione di protocolli operativi unitari.*

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

## Continuità Assistenziale

La presa in carico della persona a seguito di valutazione dell'EVM implica la stesura di un **Progetto di Vita** individuale per la persona che regolerà e definirà le modalità di funzionamento dell'insieme dei suoi servizi.

Nello specifico i contenuti su cui si articola il Progetto di Vita possono ricondursi a:

- gli obiettivi della persona risultanti all'esito della valutazione multidimensionale;
- gli interventi individuati nelle aree apprendimento, socialità, affettività, formazione, lavoro, casa e salute;
- l'ambito della casa e dell'abitazione, indicando servizi che realizzino ambienti di vita assimilabili a quelli familiari, favorendo il passaggio a condizioni ordinarie dell'abitare e la de-istituzionalizzazione;
- i servizi, le misure relative ai processi di cura e di assistenza, gli accomodamenti ragionevoli volti a perseguire la migliore qualità di vita e a favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita, nonché i sostegni e gli interventi idonei e pertinenti a garantire la piena inclusione e il godimento, sulla base di uguaglianza con gli altri, dei diritti civili e sociali e delle libertà fondamentali (ivi incluse le prestazioni di natura sanitaria e sociosanitaria previste dai LEA - rif. decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017);
- i piani operativi e specifici delle azioni e dei sostegni correlati agli obiettivi del progetto, con indicazione di eventuali priorità o, nel caso di piani già esistenti, il loro riallineamento, anche in termini di obiettivi, prestazioni e interventi;
- gli operatori e le altre figure coinvolte nell'attivazione degli interventi e dei sostegni indicati, con la precisazione di compiti e responsabilità;
- il referente per l'attuazione del Progetto di Vita (case manager);
- la programmazione dei tempi, le modalità delle verifiche periodiche e dell'aggiornamento del Progetto stesso, anche al fine di controllare la persistenza e l'adeguatezza delle prestazioni rese rispetto agli obiettivi;
- il dettaglio e l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche, private e del Terzo Settore (budget di progetto), già presenti o attivabili anche in seno alla comunità territoriale, alla rete familiare, nonché al sistema dei supporti informali, che poi compongono il budget di progetto.

Per la stesura del Progetto di Vita vengono individuate modalità che garantiscano la partecipazione della persona alla stesura del proprio Progetto di vita, con particolare riferimento alle persone con disabilità comprese quelle che necessitano di un sostegno intensivo e quelle che sono sottoposte a provvedimenti di protezione giuridica.

All'interno del Progetto di Vita, per quanto possibile, sarà implementata la continuità dei sostegni e di tutti gli

interventi necessari per rendere accessibile il luogo di abitazione.

Il budget di progetto dovrà ricomprendere tutte le risorse necessarie alla realizzazione di quanto previsto all'interno del Progetto di Vita, e potrà essere composto da:

- le risorse derivanti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA), dal Fondo di cui alla legge 22 giugno 2022, n. 112 (Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, cosiddetta "Dopo di Noi") e quelle dedicate all'interno del Fondo Sociale Europeo (FSE) e di tutti gli altri fondi pubblici che dovessero rendersi disponibili;
- le risorse e gli interventi a sostegno dell'inclusione scolastica di carattere regionale, ivi compresi quelli attivati a favore della disabilità sensoriale, avviati presso le scuole secondarie di secondo grado e i centri di formazione professionale;
- le risorse e gli interventi a sostegno dell'inclusione lavorativa;
- ogni altro intervento di welfare sociale promosso dalla Regione e dagli enti locali;
- i trasferimenti monetari di tipo assistenziale, previdenziale e le risorse personali, così come quelle liberamente messe a disposizione dai familiari, anche in termini di lavoro volontario, o quelle attivabili dalla comunità sociale di appartenenza;
- le risorse impegnate dalla Regione e dai comuni per le tariffe delle unità di offerta residenziale sociosanitarie o socioassistenziali, che possono confluire nel budget di progetto qualora si preveda un percorso di uscita dai servizi residenziali e tenuto conto della valutazione multidimensionale, nonché del Progetto di Vita;
- risorse proprie della persona interessata, conferite volontariamente, così come l'eventuale valorizzazione di supporti informali in sua disponibilità.

## Obiettivi congiunti Ambiti/ASST da svolgersi nel triennio

- 1) Definire una traduzione operativa della realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in riferimento al Servizio di cure domiciliari, Assistenza Domiciliare e ai Servizi sociali per le dimissioni protette.

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

## Implementazione Cure Domiciliari per i pazienti fragili e cronici

La dinamica demografica descritta nei precedenti capitoli vede costantemente in crescita il numero di soggetti in condizione di cronicità e/o fragilità, ponendo quindi la necessità di una riorganizzazione dei servizi con un focus prioritario su coorti sempre più numerose di malati cronici e cronici/fragili, al fine di prevenire fasi di riacutizzazione o instabilità clinica e migliorarne gli esiti intermedi di salute. Per rispondere a persone che non presentano problematiche unicamente sanitarie, ma necessitano anche di risposte assistenziali appropriate alla multidimensionalità dei loro bisogni, anche di carattere psico-sociale (fatica emotiva/assistenziale del caregiver, contesti relazionale intra-famigliari problematici, etc.), che rendono i percorsi di malattia estremamente variabili al mutare della natura e della tipologia dei bisogni stessi nel tempo e sono responsabili, in particolare durante l'ultimo anno di vita, di un elevato assorbimento di risorse, soprattutto attraverso ricoveri ospedalieri ripetuti e decessi in ospedale.

Da ottobre 2023 la nostra ASST è ente erogatore di cure domiciliari (DGR 6867/22), dall'analisi epidemiologica si evidenzia sul nostro territorio un numero elevato di pazienti cronici, per cui riveste un ruolo importante l'implementazione delle cure domiciliari per la presa in carico del cittadino cronico over 65.

## Potenziamento del Servizio di Assistenza Domiciliare in termini quantitativi e qualitativi

L'obiettivo triennale si concretizza nell'ampliamento del tradizionale **servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD)** comunale con ulteriori prestazioni al fine di aumentare gli strumenti a disposizione degli operatori per comporre il Progetto di Vita per la persona non autosufficiente che risiede al proprio domicilio e per il suo caregiver.

Nel corso del triennio ogni Ambito Territoriale Sociale valuterà un proprio piano di sviluppo coerentemente con i bisogni territoriali rilevati e i servizi/interventi localmente disponibili. A titolo esemplificativo il servizio potrà essere potenziato con i seguenti servizi:

- a) Potenziamento della custodia sociale;
- b) Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;
- c) Supporto domiciliare, nelle nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;
- d) Servizi di supporto per la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro di domanda – offerta di lavoro degli assistenti familiari;

- e) Pasti a domicilio;
- f) Sostituzione temporanea degli assistenti familiari in caso di ferie/malattia e maternità;
- g) Telesoccorso/teleassistenza.

Trasversalmente a tale potenziamento Ambiti e ASST BG Ovest svilupperanno i seguenti obiettivi di sistema.

- Aumentare il numero di progetti individualizzati SAD per anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale con piano individualizzato unico integrato, attraverso la definizione di una tabella unica che evidenzia tutti gli interventi/prestazioni attivati per singola persona beneficiaria (così come già sperimentato per la costruzione dei piani individualizzati integrati per la misura B1 e per l'equipe integrata caregiver sulla cartella SGDT).
- Incremento percentuale nel triennio del numero di prese in carico SAD con intero processo caratteristico gestito attraverso la propria cartella sociale informatizzata.

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

## Servizi sociali per le dimissioni protette

**LEPS:** COT e UVM; Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato.

Il LEPS delle **dimissioni protette** si propone come un investimento di azioni che valorizzino il sistema integrato di interventi a livello territoriale a favore di soggetti fragili e delle loro famiglie in una logica “multidimensionale”, a supporto della sanità territoriale, in cui diversi operatori con estrazione professionale differente e appartenenti a diversi enti, sono chiamati ad agire in modo coordinato, con una forte proiezione verso la domiciliarità ed il coinvolgimento del contesto familiare. Le progettazioni create e messe in atto su questo argomento puntano a sviluppare delle equipe multiprofessionali e multidimensionali per la presa in carico della persona nella sua globalità riuscendo a valutare e monitorare in modo costante e integrato le diverse fasi di ritorno della persona beneficiaria nel contesto domiciliare.

Le dimissioni protette possono anche consistere in azioni di ricovero di pronto intervento a seguito di dimissioni ospedaliere; si tratta di ricoveri temporanei, a media valenza sanitaria, per rispondere a situazioni di bisogno tali da richiedere l’inserimento immediato in una struttura residenziale/riabilitativa in attesa di collocazione altra.

Il **Distretto BG Ovest** ha attivo un progetto finanziato dal Ministero a valere sulla **Missione 5 del PNRR, Componente 2, Sub investimento 1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione**, che finanzia l’implementazione del LEPS “Dimissioni Protette” per entrambe le due tipologie di servizio sopra descritte, la prima rivolta all’utenza che può fare riferimento ad un domicilio e la seconda rivolta all’utenza che non ha questa possibilità, ovvero per persone che non dispongono di un’abitazione.

Nello specifico il progetto PNRR in corso persegue il raggiungimento dei seguenti risultati:

- riduzione del numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- decongestionamento dei Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera;
- rafforzamento della coesione e dell’inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella vita della comunità di appartenenza, evitando l’istituzionalizzazione di questi soggetti.

La continuità e la sostenibilità di queste azioni (il progetto PNRR è in scadenza a marzo 2026) per tutto il

**triennio 2025/27** sono direttamente conseguenti dalla costituzione di una governance di sistema che concretizzi una effettiva collaborazione tra enti, soggetti e professionisti diversi tramite accordi e protocolli d’intesa, che costruiscono le basi per una più efficiente ed efficace partnership.

Specificatamente si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro sul tema delle dimissioni protette che oltre a lavorare alla messa a punto dei protocolli operativi interistituzionali lavorerà all’identificazione di un indicatore di rilevazione dell’efficacia dei progetti integrati di dimissioni protette, sia dal punto di vista degli operatori sociali e sociosanitari, sia dal punto di vista dei beneficiari degli interventi (rilevazione del grado di soddisfazione).

## La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La COT assicura continuità, accessibilità e integrazione dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso le seguenti funzioni tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all’altro o da un livello clinico assistenziale all’altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.) utilizzata operativamente dalle Case della Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno;

# 1.4 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST

- organismo di “snodo” nella attivazione delle EVM, vale a dire luogo di ricezione, “smistamento” e collegamento delle diverse richieste che richiedono la presenza di professionalità afferenti a diversi servizi sanitari e sociosanitari.

Il coinvolgimento della COT ed il raccordo con PUA e EVM nel dare attuazione a quanto previsto all'interno del Progetto di Vita, prevedendo un elevato livello di integrazione tra i diversi percorsi\interventi previsti nel dare risposte al bisogno della persona, risultano quindi strategici e indispensabili proprio nel favorire la continuità assistenziale e le transizioni tra i diversi setting di cura all'interno delle diverse reti territoriali

**Tempi e azioni principali da realizzare nel 2025 - 2027**

- *Anno 2025*  
Costituzione e attivazione di Gruppi di miglioramento che vedano coinvolti ASST, Ambiti Territoriali Sociali per la stesura di protocolli condivisi
- *Anno 2026*  
Implementazione protocolli operativi e definizione di indicatori di processo e di esito per la valutazione dell'efficacia della presa in carico
- *Anno 2027*  
Analisi dei risultati e definizione di strategie di miglioramento

**Strumenti**

- Gruppi di miglioramento territoriali
- Schede di monitoraggio

**Monitoraggio**

- Individuazione indicatori e strumenti di monitoraggio all'interno della COT
- Rilevazione dati e verifica stato di avanzamento delle diverse attività (almeno semestrale)
- Elaborazione dati e relativa reportistica

**Verifica e Valutazione**

- Analisi degli Indicatori di processo e esito

**Governance**

- ASST, Ambiti territoriali

# Capitolo 2

Esiti della Programmazione 2021 - 2023



2.1 ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2021/2023

DIMENSIONE	OUTPUT
Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che era stato definito nella programmazione (N. Azioni realizzate / 100 / n. Azioni programmate)	0% (nullo) 1-49% (insufficiente) 50-79% (sufficiente) 80-99% (buono) 100% (ottimo)
Valutazione da parte degli utenti (Ove pertinente)	Customer Satisfaction / o Analisi clima aziendale
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali impiegate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Gravemente inadeguato Inadeguato Sufficientemente adeguato Adeguato Perfettamente adeguato
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate (pagato*100/preventivo)	<100% (non realizzato come programmato / sovrastimato) 100% (ottimo) >100% (sottostimato)
Criticità rilevate nel raggiungimento dell'obiettivo	Indicare i fattori di criticità e definire il piano di miglioramento (nel caso in cui l'obiettivo venga confermato parzialmente o totalmente)
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento positivo nell'area individuata come problematica?	Sì/No (motivare la risposta)
L'obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2018-2020)?	Sì/No (motivare la risposta)

Il percorso di costruzione del nuovo Piano di Zona prevede una valutazione degli interventi/progetti/servizi inclusi nella precedente programmazione.

La valutazione del lavoro del triennio 2021-2023 è stata fatta adottando la griglia presente nella DGR di approvazione delle linee di indirizzo per la nuova programmazione sociale 2025-2027 e riportata a lato.

La valutazione è stata condotta all'interno del **Gruppo di Lavoro** costituito per la redazione del Piano di Zona, a cui hanno partecipato gli stakeholders del territorio.

Nelle slides seguenti verrà fatta una sintesi di tutte le attività a cui seguiranno tutte le schede di valutazione relative ai 23 obiettivi previsti nel Piano di Zona 2021-2023.

2.2 SINTESI DEGLI ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2021/2023

Area	Scheda di valutazione	Raggiungimento in %	Risorse umane e strumentali	Criticità	Riproposizione
Non Autosufficienza	Assistenza Educativa scolastica	80%	Buono	Difficoltà a mettere a sistema il nuovo modello	Si, per messa a sistema s sviluppo del nuovo modello sperimentato
	Equipe Valutazinne Multidisciplinare	100%	Adeguate	Reperimento delle figure professionali	Si per garantire la continuità
	PUA	15%	Inadeguate	Reperimento delle figure professionali	Si in quanto LEPS
	SAD Leggero	70%	Adeguate	Reperimento personale + estensione dei servizi docimiciliari	Si: allargando la platea dei destinatari e sviluppando il servizio in un'ottica preventiva.
	Servizi per Disabilità in filiera	75%	Sufficientemente adeguate	Nessuna	Si, verrà mantenuto e potenziato
	Sollievo Domiciliare	100%	Adeguate	Risorse scarse rispetto al bisogno delle gfamiglie per essere sollevate dal carico di cura	Si, promozione del benessere del care giver
Area	Scheda di valutazione	Raggiungimento in %	Risorse umane e strumentali	Criticità	Riproposizione
Inclusione	Agenzia Casa	30%	Scarso	Offerta privata e collegamento Comune-Ambito	Si ma rivisto
	Carta dei servizi della famiglia	100%	Adeguate	Nessuna	No
	Housing Sociale	0%	Inadeguate	Reperimento strutture adeguate	No
	Una rete per il lavoro	85%	Adeguate	La mobilità per il raggiungimento delle aiende e dei CFP	Si, verrà mantenuto e potenziato
Trasversale	Percorso di supervizione per operatori sociali	100%	Adeguate	Nessuna	Si
	Potenziamento del Servizio Sociale	80%	Adeguate	Reperimento delle figure professionali	Si

Area	Scheda di valutazione	Raggiungimento in %	Risorse umane e strumentali	Criticità	Riproposizione
Minori e famiglia	Adolesenti e giovani: verso una cittadinanza attiva	20%	Insufficiente	Aggancio dei giovani	Attivazione di altro
	Coordinazione genitoriale	100%	Adeguate	Nessuna	Si perché se ne prevede l'aumento
	Giovani e lavoro	10%	Adeguate	Difficoltà di giovani all'accesso ai servizi	Si ma rivisto
	Housing Sociale per Donne Sole o con figli vittime di violenza	100%	Adeguate	Tempi lunghi di fuoriuscita dall'housing	Si perché risponde a un bisogno del territorio
	La scuola che vorrei	100%	Adeguate	Costruzione di una alleanza educativa con il territorio	Si
	PIPPI	80%	Sufficientemente adeguate	Importante carico di lavoro per gli operatori	Si per l'implementazione del programma
	Progetto NAI	85%	Adeguate	Raggiungimento del numero di utenza preventivato	Si
	Progetto Porcospini	100%	Adeguate	Nessuna	Si: garantisce un clima di maggior benessere dei minori a scuola e offre un supporto ai docenti
	Sostegno alla famiglie con figli allontanati	85%	Adeguate	Nessuna	Si perché risponde ai bisogni della famiglie e per questo va potenziato
	Sportello Psicopedagogico	100%	Adeguate	Nessuna	Si perché risponde ai bisogni della famiglie
	Tra accesso ed eccesso digitale	100%	Adeguate	Formazione del personale	Si, in quanto risulta essere un progetto rispondente alla problematica in continua espansione

Area Trasversale

Potenziamento del servizio sociale

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	80% Buono
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Non pertinente
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Adeguito
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	Non realizzato come programmato
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà a reperire le figure professionali
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì: ha garantito la presenza del Servizio sociale in tutti i Comuni dell’Ambito, favorendo un welfare di prossimità
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì

Percorso di supervisione per operatori sociali

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	100% Ottimo
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Perfettamente adeguato
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100% Ottimo
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Nessuna
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì: ha migliorato lo stato di benessere degli operatori
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì

Area Non Autosufficienza: anziani

PUA (Punto Unico di Accesso Sociale)		SAD a bassa intensità	
Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	15% Insufficiente	Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	70% sufficiente
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Non pertinente	Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Soddisfacente
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Inadeguato	Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Sufficientemente adeguato
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	Minore di 100% non realizzato come programmato	Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	Non realizzato come programmato
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà a reperire il personale	Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà a reperire personale assistente familiare Difficoltà ad estendere i servizi domiciliari al nuovo target
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	No: perché realizzazione insufficiente	Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì: risponde a bisogni “ leggeri” delle persone fragili con prestazioni tutelari e socio assistenziali a domicilio nonché promozione del benessere e stili di vita sani
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì	L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	No
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì in quanto LEPS di erogazione	L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì: allargando la platea dei destinatari e sviluppando il servizio in un’ottica preventiva

Area Non Autosufficienza: anziani

Sollievo domiciliare

<p>Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione</p>	<p>100% Ottimo</p>
<p>Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)</p>	<p>Positiva</p>
<p>Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati</p>	<p>Adeguito</p>
<p>Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate</p>	<p>Sottostimato</p>
<p>Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo</p>	<p>Scarsità di risorse economiche a disposizione rispetto al bisogno dei care giver familiari di essere sollevati dal carico di cura</p>
<p>Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?</p>	<p>Sì: ha consentito ai care giver di recuperare energie e disporre di spazi e tempi propri</p>
<p>L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?</p>	<p>Sì</p>
<p>L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?</p>	<p>Sì: promozione del benessere dei care giver familiari (avere cura di chi si prende cura)</p>

Area Non Autosufficienza: disabilità

Servizi per la disabilità in filiera

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	75% sufficiente
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Adeguito
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	Ottimo
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Nessuna
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì, ha consentito di rispondere con maggior flessibilità ai bisogni presentati dalle persone con disabilità e alle loro famiglie
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì, verrà mantenuto e potenziato

Assistenza Educativa Scolastica

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	80% Buono
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Adeguito
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	Ottimo
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà a mettere a sistema il nuovo modello
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì, ha creato le basi per il successivo sviluppo del modello di educativa di plesso
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì. per messa a sistema e sviluppo del nuovo modello sperimentato

# Area Non Autosufficienza: disabilità

## Equipe di valutazione multidisciplinare

<b>Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione</b>	100% ottimo
<b>Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)</b>	Non pertinente
<b>Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati</b>	Adeguito
<b>Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate</b>	Ottimo
<b>Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo</b>	Difficoltà a reperire le figure professionali
<b>Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?</b>	Sì: L’équipe multidisciplinare consente una lettura più approfondita dei vari bisogni, consentendo una risposta più adeguata.
<b>L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?</b>	Sì
<b>L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?</b>	Sì, in continuità con il processo avviato

Area Minori e Famiglia

Carta dei servizi della famiglia

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	100% ottimo
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Perfettamente adeguata
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100% ottimo
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Nessuna
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì. Ha contribuito ad aumentare la conoscenza e l’informazione ai cittadini sull’offerta dei servizi e interventi rivolti alle famiglie.
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	No
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	No

Coordinazione genitoriale

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	100% ottimo
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Perfettamente adeguato
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100% ottimo
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Nessuna
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì. Ha permesso di contenere il conflitto di coppia e garantire una maggior protezione dei minori. Inoltre ha sgravato il carico di lavoro sul servizio tutela minori
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì, in quanto si prevede un potenziamento del servizio per rispondere all’aumento della domanda.



Area Minori e Famiglia

Housing sociale per donne sole o con figli vittime di violenza

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	100% ottimo
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Adeguito
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100% Ottimo
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Tempi lunghi di fuoriuscita dall’housing
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì. E’ stato consentito alle donne vittime di violenza di raggiungere una propria autonomia
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	No
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì, in quanto rispondente all’aumentato bisogno del territorio

Adolescenti e giovani verso una cittadinanza attiva

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	20% insufficiente
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Non pertinente
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Inadeguato
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	Non realizzato come programmato
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà nell’agganciare i gruppi adolescenti
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	No, perché non è stato possibile andare oltre la fase della conoscenza
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	No
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	No, si sta valutando di attivare altre azioni più rispondenti al bisogno emerso

Area Minori e Famiglia

La scuola che vorrei		Progetto P.I.P.P.I	
Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	100% ottimo	Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	80% buono
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva	Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Adeguito	Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Sufficientemente adeguato
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100%	Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100%
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà a costruire un’alleanza educativa con il territorio	Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Il metodo comporta un importante carico di lavoro pur nella sua bontà
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì: ha promosso una scuola accogliente e inclusiva e ha mitigato il rischio della dispersione scolastica e della povertà educativa	Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì: maggior consapevolezza rispetto alle capacità genitoriali con una positiva ricaduta nella quotidianità e nel benessere della famiglia
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	No	L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	No
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì	L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì per l’implementazione del programma

Area Minori e Famiglia

Progetto N.A.I.		Progetto Porcospini	
Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	85% buono	Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	100% Ottimo
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Non pertinente	Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Adeguito	Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Perfettamente adeguato
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100% Ottimo	Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100% Ottimo
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà a raggiungere il target di utenza preventivato	Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Nessuna
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì: ha consentito un maggior orientamento dei ragazzi nella scelta della scuola	Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì: ha consentito di individuare precocemente il disagio dei minori e delle loro famiglie
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	No	L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì attraverso una revisione del modello di mediazione culturale nei servizi	L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì, in quanto consente di garantire un clima di maggior benessere dei minori a scuola e contemporaneamente offrire un supporto ai docenti

Area Minori e Famiglia

Sostegno alle famiglie con i figli allontanati

Sportello Psicopedagogico

Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	100% Ottimo	Grado di raggiungimento dell'obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	85% Buono
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva	Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Positiva
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Adeguito	Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Perfettamente adeguato
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100% Ottimo	Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100% Ottimo
Criticità rilevate nel raggiungimento dell'obiettivo	Nessuna	Criticità rilevate nel raggiungimento dell'obiettivo	Nessuna
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell'area individuata come problematica?	Sì: ha consentito di offrire alle famiglie uno spazio di consulenza e di prevenzione alle competenze genitoriali ed evitare l'accesso improprio al Consultorio familiare	Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell'area individuata come problematica?	Sì: maggior consapevolezza nei genitori delle componenti relazionali ed emotive con i propri figli e uscita dall'isolamento per i nuclei familiari fragili
L'obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì	L'obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì
L'obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì: verrà riproposto in quanto si ritiene che il servizio risponda ai bisogni espressi dal territorio	L'obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì, in quanto è risultato un progetto rispondente ai bisogni delle famiglie e pertanto da potenziare

# Area Minori e Famiglia

## Tra accesso ed eccesso digitale

<b>Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione</b>	100% Ottimo
<b>Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)</b>	Positiva
<b>Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati</b>	Perfettamente adeguato
<b>Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate</b>	100% Ottimo
<b>Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo</b>	Formazione del personale educativo
<b>Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?</b>	Sì: maggior conoscenza dei social net work
<b>L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?</b>	Sì
<b>L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?</b>	Sì, in quanto risulta essere un progetto rispondente alla problematica in continua espansione

Area Inclusione Sociale

Housing sociale		Agenzia per la casa	
Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	0% nullo	Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	30% insufficiente
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Non pertinente	Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Non pertinente
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Inadeguato	Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Scarsamente sufficiente
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	Non realizzato	Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	Non realizzato come programmato
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà a reperire strutture adeguate	Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà a reperire i dati per aggiornare la conoscenza dell’offerta abitativa privata del territorio. Difficoltà a passare dalla gestione comunale dello sportello alla gestione associata di Ambito.
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	No	Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	No. l’obiettivo non ha risposto adeguatamente perché non è stato raggiunto.
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	No	L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	No
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	No	L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	SI, ma verrà rivisto il progetto in quanto si ritiene che l’Agenzia casa di Ambito possa rispondere al bisogno che il territorio sta esprimendo

Area Inclusione Sociale

Una rete per il lavoro

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	85% Buono
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Non pertinente
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Adeguito
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	100% Ottimo
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Rete di trasporti scarsa che non consente di raggiungere le Aziende e i Centri di formazione
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	Sì: le persone coinvolte si sono riqualificate e hanno avuto più accesso al mondo lavorativo
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì, in quanto si ritiene indispensabile la continuità del lavoro fatto dalla rete

Giovani e lavoro

Grado di raggiungimento dell’obiettivo rispetto a ciò che è stato definito nella programmazione	10% insufficiente
Valutazione da parte degli utenti (ove pertinente)	Non pertinente
Livello di adeguatezza delle risorse umane e strumentali rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati	Adeguito
Livello di coincidenza tra risorse stanziare e risorse impegnate/liquidate	Inferiore al 100% non realizzato come programmato
Criticità rilevate nel raggiungimento dell’obiettivo	Difficoltà dei giovani ad accedere ai servizi istituzionali.
Questo obiettivo ha adeguatamente risposto a un bisogno producendo un cambiamento nell’area individuata come problematica?	No
L’obiettivo era in continuità con la programmazione precedente (2021-2020)?	Sì
L’obiettivo verrà riproposto nella prossima programmazione 2025-27?	Sì, rimodificando il progetto

## 2.3 LA NUOVA PROGRAMMAZIONE 2025-2027

La nuova programmazione dell'Ambito di Romano di Lombardia per il prossimo triennio 2025-2027 si colloca in un contesto territoriale segnato da una progressiva trasformazione ambientale e culturale dovuta a:

- una numerosa presenza di cittadini immigrati di diverse provenienze e culture che richiedono una particolare attenzione al processo d'integrazione;
- l'insediamento sul territorio di grandi gruppi internazionali di logistica, che se da un lato hanno offerto nuove possibilità di lavoro, dall'altro hanno di fatto ridisegnato il territorio sia dal punto di vista ambientale che urbanistico e di viabilità.

Gli effetti di lungo periodo della pandemia inoltre hanno acceso i riflettori sul problema della vulnerabilità socio-economica e sull'isolamento delle persone, oltre ad acuire disuguaglianze preesistenti peggiorando la qualità di vita di molti nuclei familiari, con un forte incremento della domanda di protezione sociale da parte di una nuova utenza, che mai prima di questo periodo aveva avuto la necessità di rivolgersi e chiedere supporto al sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

In un contesto socio-economico in continua evoluzione, il nuovo Piano di zona si propone di rafforzare la coesione sociale e favorire lo sviluppo di una rete di welfare locale in grado di adattarsi ai cambiamenti, promuovendo al contempo innovazione e sostenibilità.

Il documento offre una visione d'insieme delle azioni e degli interventi programmati, delineando le priorità e gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio di riferimento.

L'impegno del Piano di zona è orientato a costruire una comunità solidale e resiliente, capace di affrontare le sfide attuali e future, attraverso un approccio sinergico e la valorizzazione delle risorse territoriali.

L'impegno del Piano di zona è orientato a costruire una comunità solidale e resiliente, capace di affrontare le sfide attuali e future, attraverso un approccio sinergico e la valorizzazione delle risorse territoriali



# 2.4 LA FINALITA' DELLA PROGRAMMAZIONE

In continuità con il Piano Zona precedente, la nuova programmazione manterrà due livelli di obiettivi: interni all'organizzazione ed esterni verso il territorio e la rete dei servizi.

## Obiettivi interni

- Costruire attraverso un processo di apprendimento all'interno dei servizi competenze diffuse di ricerca e progettualità innovativa e trasformativa, sulla base delle evidenze e non soltanto delle percezioni o in risposta all'emergenze
- Ricondurre il lavoro operativo e quotidiano degli operatori a una dimensione di riflessione sociale più ampia
- Comprendere e governare il cambiamento sociale attraverso politiche e pratiche valutate come adeguate, efficaci ed efficienti
- Migliorare gli scambi tra i diversi livelli decisionali sulla base della condivisione di conoscenze e competenze
- Investire in progetti di innovazione per migliorare l'offerta dei servizi, ampliando l'efficacia e l'accessibilità
- Monitorare e valutare costantemente l'efficacia delle decisioni strategiche e operative

## Obiettivi esterni

- Stimolare una partecipazione *"dal basso"* dei gruppi sociali, delle famiglie e degli individui nell'identificazione dei problemi e nelle sperimentazioni di progetti integrati di sviluppo di comunità
- Stabilire e rafforzare alleanze con gli attori del territorio sia del Terzo Settore che del mondo delle imprese e del privato profit, realizzando progetti di ricerca-azione congiunti e con obiettivi condivisi e finalizzati alla modellizzazione di nuovi servizi
- Costruire dei servizi integrati e trasversali tra aree di policy, con risposte che partano dall'ottica di una multidimensionalità del bisogno, superando un approccio settoriale e una eccessiva frammentazione degli interventi
- Adottare un approccio socio-sanitario integrato, che miri a superare la separazione tra settore sociale e sanitario promuovendo una visione unitaria e globale del benessere dei cittadini

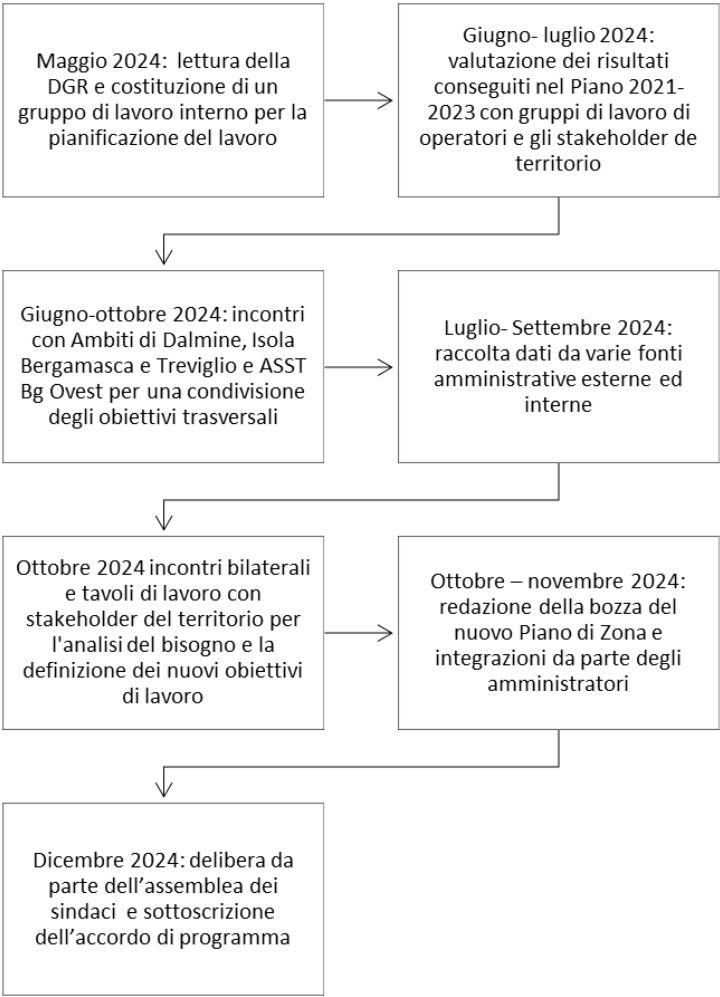
## 2.5 IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA

Il presente Piano di Zona è frutto di **un percorso condiviso** tra più soggetti istituzionali e del terzo settore grazie al quale è stata effettuata una analisi partecipata delle trasformazioni in atto sul territorio, dei bisogni emergenti e delle possibili risposte da inserire nei vari obiettivi della programmazione redatta in base alle indicazioni regionali.

Metodologicamente si è proceduto ricorrendo a dispositivi di lavoro diversificati:

- **L'analisi secondaria dei dati statistici** che ha consentito di passare dal dato all'informazione e poi da quest'ultima a una conoscenza utile a supportare la comprensione del contesto e la conseguente presa di decisione dei contenuti del presente piano.
- **L'analisi delle fonti documentali** per quanto concerne la valutazione dei risultati ottenuti dall'attuazione del Piano di Zona precedente.
- Il **lavoro in équipe**, soprattutto all'interno dei vari **gruppi di lavoro** attivati all'interno dell'azienda per l'approfondimento dei temi, l'ideazione e la presa di decisione in merito ai vari aspetti emersi.
- Gli **incontri con amministratori** sia individuali che nelle assemblee dove emergono tendenze, criticità, disponibilità, prospettive di lavoro e priorità di investimento.
- **Incontri bilaterali** con soggetti rappresentativi del mondo sindacale e del lavoro, delle realtà ecclesiali, associative, della cooperazione sociale e delle fondazioni.
- **Workshop e tavoli di lavoro** con la presenza di stakeholders appartenenti sia ai servizi istituzionali che del terzo settore e del mondo produttivo.

Per gli aspetti redazionali è stato costituito un **Gruppo di Lavoro** composto da operatori di Solidalia e da un consulente esterno. Le fasi in cui è stato suddiviso il percorso di stesura del Piano di Zona è il seguente:



# Capitolo 3

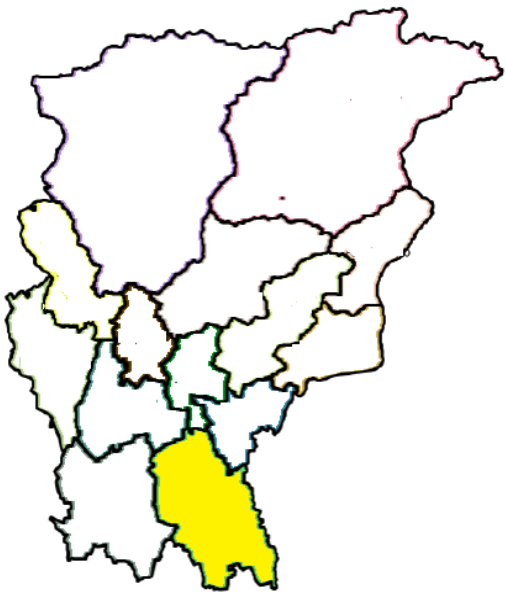
Dati di contesto e quadro della conoscenza

# 3.1 I DATI DI CONTESTO

Gli Ambiti Territoriali che compongono la Provincia di Bergamo sono 14: Bergamo, Dalmine, Seriate, Grumello, Valle Cavallina, Monte Bronzone-Basso Sebino, Alto Sebino, Valle Seriana, Valle Seriana Superiore-Valle delle Scalve, Valle Brembana, Valle Imagna-Valle d’Almè, Isola Bergamasca, Treviglio, Romano di Lombardia.

Di questi, l’ambito territoriale di Romano di Lombardia è il quattordicesimo e si compone di diciassette comuni localizzati nella bassa bergamasca:

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		



Geograficamente l’Ambito Territoriale si colloca nella pianura bergamasca nella parte orientale della Provincia.



L'Ambito di Romano di Lombardia con gli Ambiti Territoriali di Treviglio, Dalmine e Isola Bergamasca, fa parte del territorio afferente all'ASST Bergamo Ovest.

## 3.2 I DATI DEMOGRAFICI

La presente analisi demografica intende delineare un quadro completo della popolazione residente nell'Ambito Territoriale di Romano di Lombardia attraverso l'osservazione delle variazioni strutturali sul breve e lungo periodo ed il raffronto dei dati dei singoli comuni e il livello provinciale, regionale e nazionale.

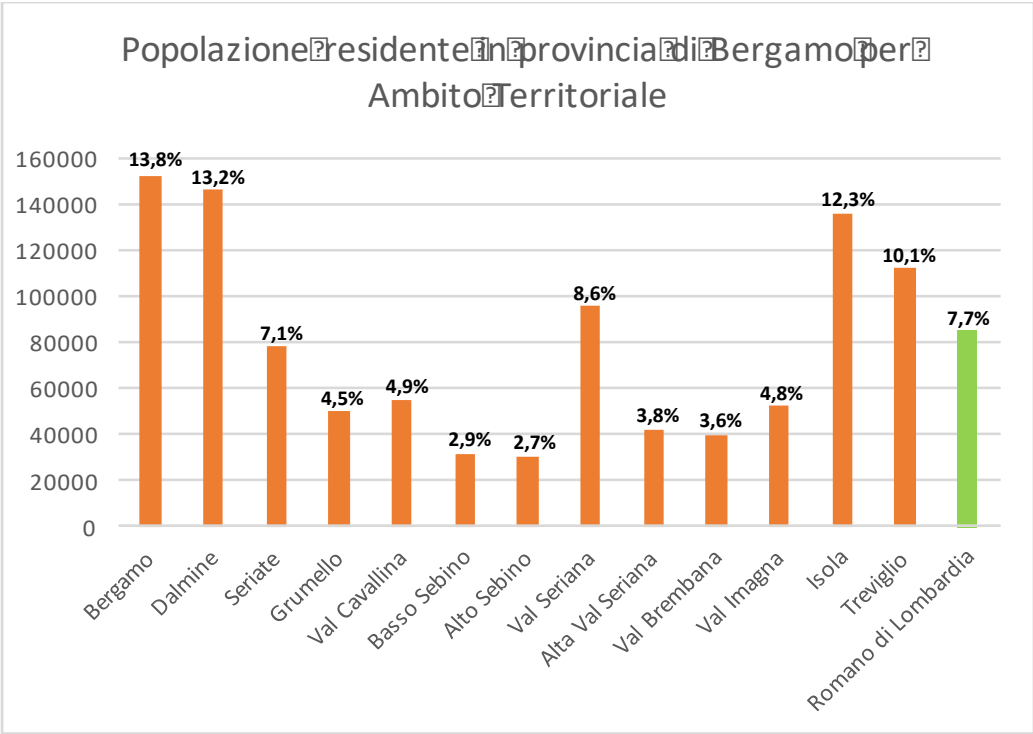
I dati relativi al contesto demografico dell'Ambito Territoriale sono riferiti all'01.01.2023. Benché si disponga anche di dati anagrafici aggiornati all'01.01.2024 si è scelto di utilizzare quelli dell'anno precedente per avere una omogeneità di riferimento temporale e raffrontarli con i dati forniti da ATS che sono aggiornati al 31.12.2022.

Questi dati rappresentano un patrimonio informativo fondamentale ai fini della programmazione sociale del welfare locale. La struttura demografica suddivisa per classi di età e genere mette in evidenza le caratteristiche della popolazione e orienta il sistema in una direzione piuttosto che in un'altra in funzione delle domande emergenti dalle diverse fasce della popolazione stessa.

L'andamento demografico negli anni può prefigurare inoltre il possibile sviluppo futuro della popolazione e consente di mettere in campo anche azioni preventive di promozione del benessere oltre che quelle riparative di risposta al disagio e supporto alla fragilità.

La fonte dei dati anagrafici è <https://www.tuttitalia.it/> che riporta i dati all'01/01/2023 mentre il report di ATS fa riferimento al 31/12/2022. Considerato che tra le due fonti la differenza è di un solo giorno ma appare come quella di un anno, avvertiamo il lettore che quando appare l'anno 2023 ci si riferisce alla data dello 01.01.2023, salvo specifica indicazione, e di conseguenza di fatto analogo al dato riferito al 31.12.2022

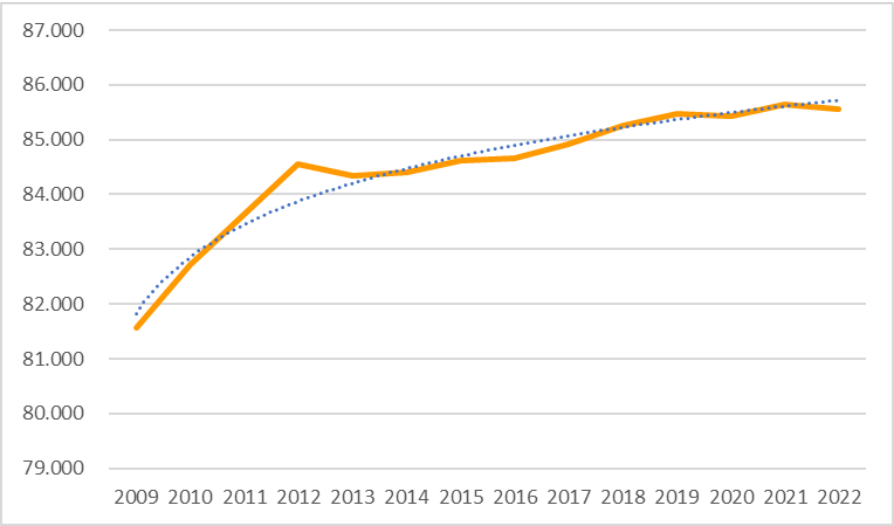
**Al 01.01.2023 la popolazione nei 17 Comuni dell'Ambito Territoriale n. 14 di Romano di Lombardia ammonta a 85.566 abitanti, rappresentando il 7,7% del totale provinciale pari a 1.106.303 unità. (Fonte: ATS Bergamo)**



### 3.2.1 L'ANDAMENTO DEMOGRAFICO

La popolazione complessiva residente nell’Ambito Territoriale ha avuto un forte incremento fino all’anno 2012, a partire dal quale la crescita si è fermata, stabilizzandosi su un aumento contenuto.

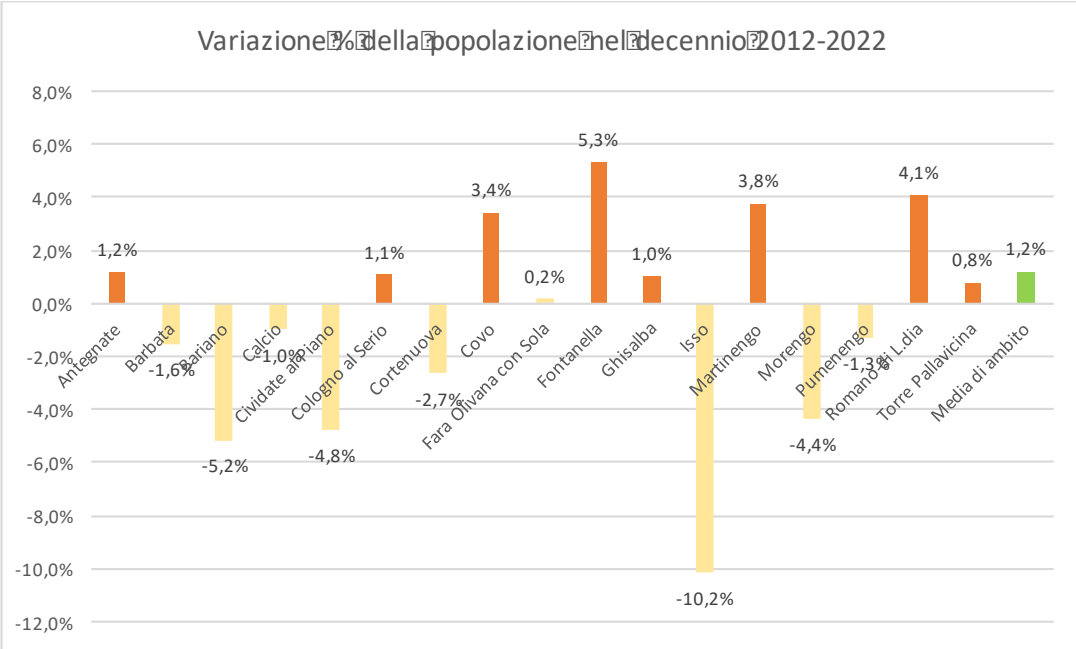
Comune	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antegnate	13.085	13.194	13.107	13.140	13.237	13.215	13.206	13.219	3.206	3.235	3.209	3.163	3.227	3.229
Barbata	1.262	1.431	1.720	1.698	1.710	1.718	1.707	1.722	712	693	689	688	687	698
Bariano	4.396	4.431	4.423	4.359	4.402	4.387	4.332	4.291	4.270	4.206	4.193	4.228	4.252	4.215
Calcio	5.329	5.410	5.355	5.411	5.397	5.375	5.352	5.378	5.326	5.336	5.323	5.389	5.386	5.431
Cividate al Piano	5.188	5.194	5.182	5.219	5.308	5.237	5.215	5.213	5.185	5.098	5.088	5.029	5.036	5.003
Cologno al Serio	10.649	10.759	10.589	10.679	11.014	11.097	11.133	11.133	11.180	11.085	11.080	11.059	11.065	11.080
Cortenuova	1.928	1.959	1.945	1.976	1.981	1.985	1.978	1.960	1.986	1.922	1.927	1.937	1.953	1.943
Covo	4.092	4.140	4.056	4.076	4.072	4.057	4.041	4.025	4.088	4.037	4.100	4.165	4.218	4.267
Fara Olivana con Sola	1.326	1.329	1.270	1.289	1.310	1.305	1.293	1.292	1.292	1.278	1.275	1.313	1.312	1.334
Fontanella	4.240	4.339	4.344	4.454	4.554	4.548	4.511	4.475	4.464	4.648	4.702	4.712	4.722	4.790
Ghisalba	5.828	5.945	5.927	5.060	5.157	5.155	5.175	5.145	6.170	6.118	6.111	6.133	6.157	6.177
Isso	680	664	662	666	669	658	650	644	638	648	642	637	622	601
Martinengo	10.078	10.121	10.111	10.921	10.334	10.370	10.448	10.524	10.560	10.531	10.653	10.798	10.733	10.793
Morengo	2.635	2.600	2.586	2.595	2.568	2.563	2.554	2.529	2.535	2.511	2.500	2.471	2.488	2.495
Pumenengo	1.662	1.692	1.736	1.733	1.729	1.712	1.724		1.715	1.705	1.685	1.682	1.679	1.700
Romano di Lombardia	8.622	9.049	8.817	9.371	9.802	9.914	20.217	20.319	20.486	20.314	20.426	20.482	20.613	20.673
Torre Pallavicina	1.130	1.138	1.112	1.114	1.115	1.079	1.068	1.063	1.067	1.073	1.104	1.091	1.127	1.137
Totale	81.561	82.709	83.634	84.562	84.348	84.407	84.609	84.656	84.880	84.438	84.707	84.977	85.277	85.566



3.2.2 L'ANDAMENTO DEMOGRAFICO NEI SINGOLI COMUNI

Per comprendere l'andamento demografico nei singoli Comuni abbiamo preso come riferimento l'ultimo decennio in quanto è su periodi di una certa durata che si notano i cambiamenti. Se mediamente a livello di ambito si è avuta una crescita dell'1,19% della popolazione totale, in realtà questa crescita non è stata uniforme in tutti i Comuni. Il grafico a lato evidenzia come 8 Comuni abbiano perso residenti anche con percentuali significative. La ridotta crescita demografica è maggiormente comprensibile se consideriamo la popolosità dei comuni:

Comune	2012	2022	Variazione	Variazione%
Antegnate	3.192	3.229	37	1,16%
Barbata	709	698	-11	-1,55%
Bariano	4.444	4.215	-229	-5,15%
Calcio	5.486	5.431	-55	-1,00%
Civate al P.	5.254	5.003	-251	-4,78%
Cologno al S.	10.963	11.080	117	1,07%
Cortenuova	1.996	1.943	-53	-2,66%
Covo	4.125	4.267	142	3,44%
Fara Olivana con Sola	1.332	1.334	2	0,15%
Fontanella	4.548	4.790	242	5,32%
Ghisalba	6.115	6.177	62	1,01%
Isso	669	601	-68	-10,16%
Martinengo	10.401	10.793	392	3,77%
Morengo	2.609	2.495	-114	-4,37%
Pumenengo	1.723	1.700	-23	-1,33%
Romano di L.	9.868	20.673	10.805	4,05%
Torre Pallavicina	1.128	1.137	9	0,80%
Totale	84.562	85.566	1.004	1,19%



- i 3 Comuni più popolosi (Romano, Martinengo, Cologno al S.) coprono il 50% della popolazione dell'ambito e nel decennio hanno avuto un incremento medio di residenti del 3,7 %
  - i 7 comuni di medie dimensioni (Antegnate, Fontanella, Ghisalba, Calcio, Civate al P., Bariano, Covo) che coprono il 39% della popolazione sono diminuiti nel decennio dello 0,8 %
  - i restanti 7 Comuni più piccoli (Morengo, Pumenengo, Cortenuova, Fara Olivana con Sola, Isso, Barbata, Torre Pallavicina) che coprono il 11% della popolazione dell'Ambito sono diminuiti nel decennio dello 0,9%
- Da queste considerazioni sembrerebbe che i Comuni di medie e piccole dimensioni abbiano un'attrattività più ridotta rispetto a quelli più grandi.



3.2.3 LA DENSITA' DEMOGRAFICA

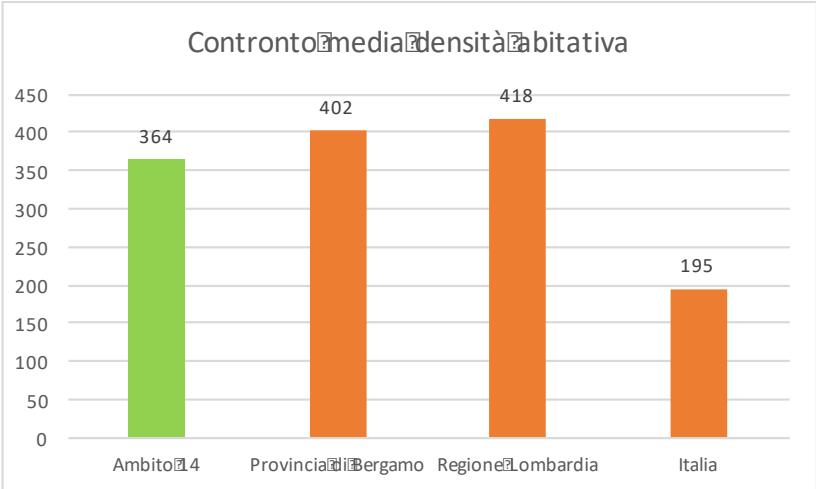
Comune	(N. abitanti per Km2)
Romano di Lombardia	1067
Cologno al Serio	598
Bariano	596
Ghisalba	583
Cividate al Piano	514
Martinengo	489
Calcio	347
Antegnate	332
Covo	330
Fontanella	269
Fara Olivana con Sola	265
Cortenuova	264
Morengo	261
Pumenengo	168
Isso	119
Torre Pallavicina	107
Barbata	87
Media	364

La densità della popolazione (n. abitanti/Kmq) dell'Ambito di Romano di Lombardia presenta un lieve aumento rispetto al 2019. Tuttavia i dati evidenziano una forbice consistente tra il comune di Romano che è il più densamente popolato e quello meno che è il Comune di Barbata.

In linea generale si può affermare che esista una correlazione tra la densità abitativa e la popolosità dei Comuni: 718 abitanti per Km<sup>2</sup> la media nei comuni più popolosi, 424 abitanti per Km<sup>2</sup> in quelli mediamente popolosi e 195 in quelli con meno abitanti.

Dal punto di vista geografico, la parte meno densamente popolata è quella che si trova a sud dei confini dell'Ambito territoriale.

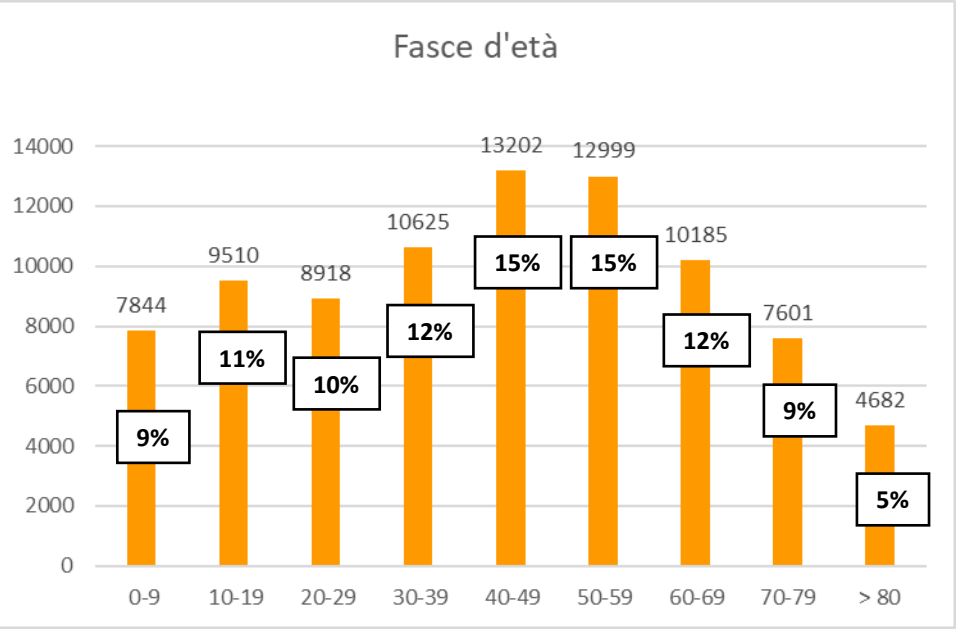
La media di ambito, benché significativamente più alta di quella nazionale, è al di sotto di quella provinciale e regionale.



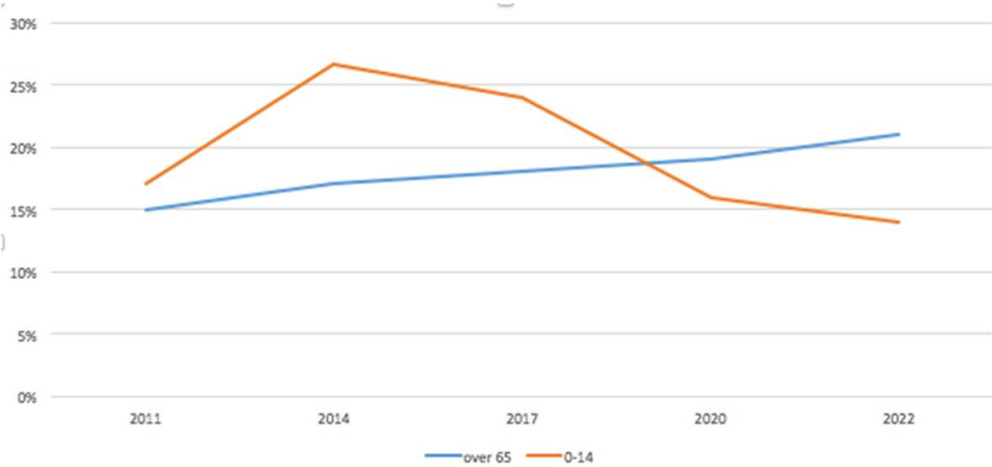
### 3.2.4 LA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

Rispetto al 2021 la popolazione 0-14 è passata dal 16,8% al 14,8%, mentre la popolazione over 65 anni è salita dal 18,8% al 19,9%.

La struttura della popolazione evidenzia il processo di invecchiamento progressivo della popolazione.



La diminuzione progressiva della popolazione giovane e l'aumento di quella anziana è bene rappresentata dalla linea di tendenza del grafico seguente riferito agli ultimi 10 anni e che prospetta un futuro con sempre meno giovani e una componente anziana sempre più numerosa.

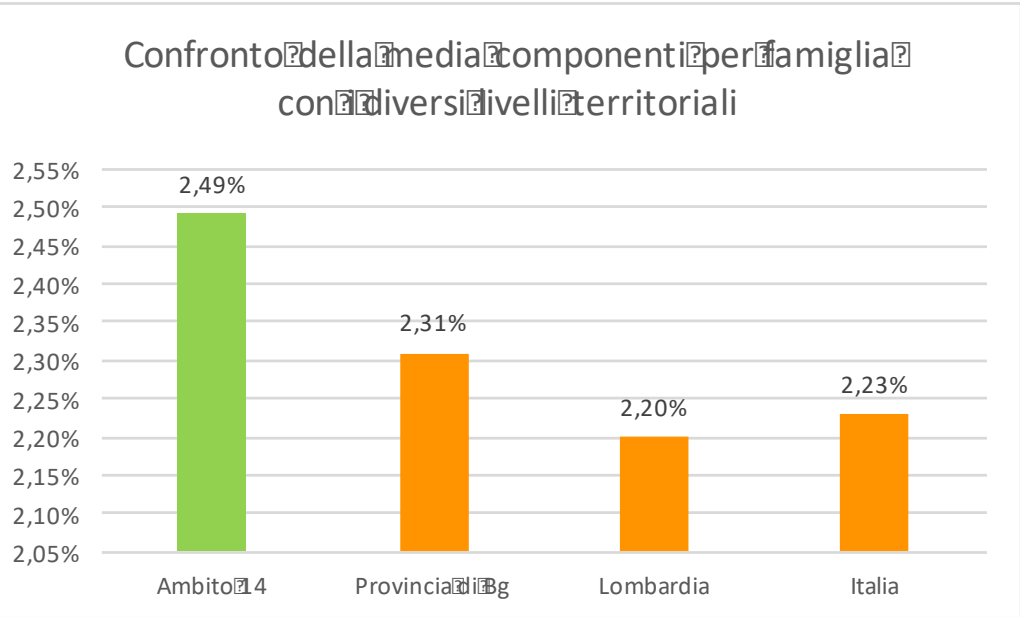


### 3.2.4 LA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

Il numero di famiglie presenti nell'Ambito Territoriale al 31/12/2022 ammonta a 34.347, con un numero medio di componenti per nucleo familiare pari a 2,50. Si tratta di un dato inferiore al periodo precedente dello 0,05%. Tale dato non mostra significativi scostamenti tra i Comuni.

Comune	Popolazione residente	Numero famiglie	Media componenti
Antegnate	3.229	1.274	2,52
Barbata	698	269	2,59
Bariano	4.215	1.742	2,42
Calcio	5.431	2.158	2,5
Civate al Piano	5.003	2.027	2,46
Cologno al Serio	11.080	4.515	2,45
Cortenuova	1.943	757	2,57
Covo	4.267	1.647	2,59
Fara Olivana con Sola	1.334	549	2,43
Fontanella	4.790	1.878	2,54
Ghisalba	6.177	2.382	2,59
Isso	601	247	2,43
Martinengo	10.793	4.214	2,55
Morengo	2.495	1.025	2,43
Pumenengo	1.700	662	2,57
Romano di Lombardia	20.673	8.535	2,42
Torre Pallavicina	1.137	466	2,44
<b>Totale</b>	<b>85.566</b>	<b>34.347</b>	<b>2,50</b>

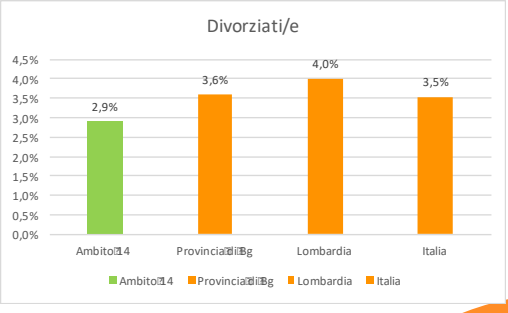
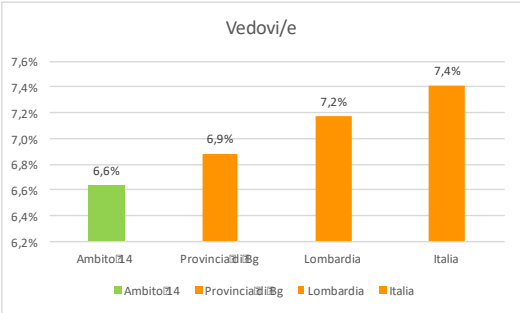
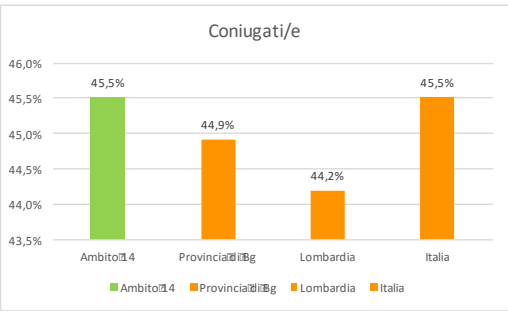
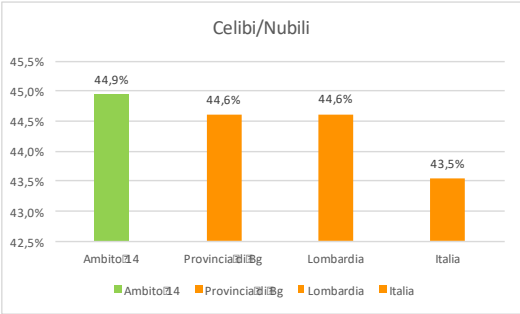
Confrontando il dato con il diversi livelli territoriali, si evidenzia come l'Ambito di Romano ha una media di componenti per famiglia superiore a quello degli altri livelli presi in considerazione.



### 3.2.4 LA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

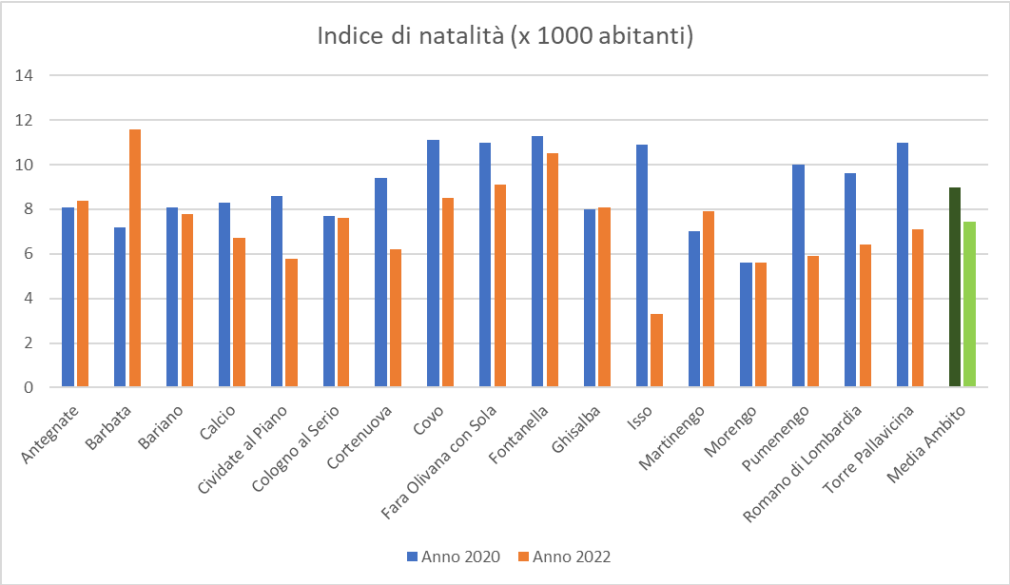
Per quanto concerne lo stato di famiglia, il numero dei coniugati/e è leggermente superiore a quello dei celibi/nubili. Rispetto al 2020 si è assistito a un aumento dell'1,5% dei celibi/nubili e una diminuzione del 2,3% dei coniugati/e. Mentre il numero dei vedovi/e è diminuito lievemente -0,3% i divorziati/e sono aumentati dello 0,5%.

Comune	Celibi/Nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/e	Totale
Antegnate	1.448	1.485	210	86	3.229
Barbata	318	324	38	18	698
Bariano	1.885	1.940	291	99	4.215
Calcio	2.410	2.476	385	160	5.431
Civate	2.156	2.374	354	119	5.003
Cologno al Serio	4.926	5.100	725	329	11.080
Cortenuova	894	885	126	38	1.943
Covo	1.979	1.902	266	120	4.267
Fara Olivana con Sola	600	622	74	38	1.334
Fontanella	2.191	2.095	354	150	4.790
Ghisalba	2.834	2.763	382	198	6.177
Isso	253	296	38	14	601
Martinengo	4.974	4.801	691	327	10.793
Morengo	1.102	1.160	170	63	2.495
Pumenengo	754	788	119	39	1.700
Romano di Lombardia	9.228	9.404	1.379	662	20.673
Torre Pallavicina	506	526	76	29	1.137
Totale	38.458	38.941	5.678	2.489	85.566
Valore %	44,9%	45,5%	6,6%	2,9%	100,0%

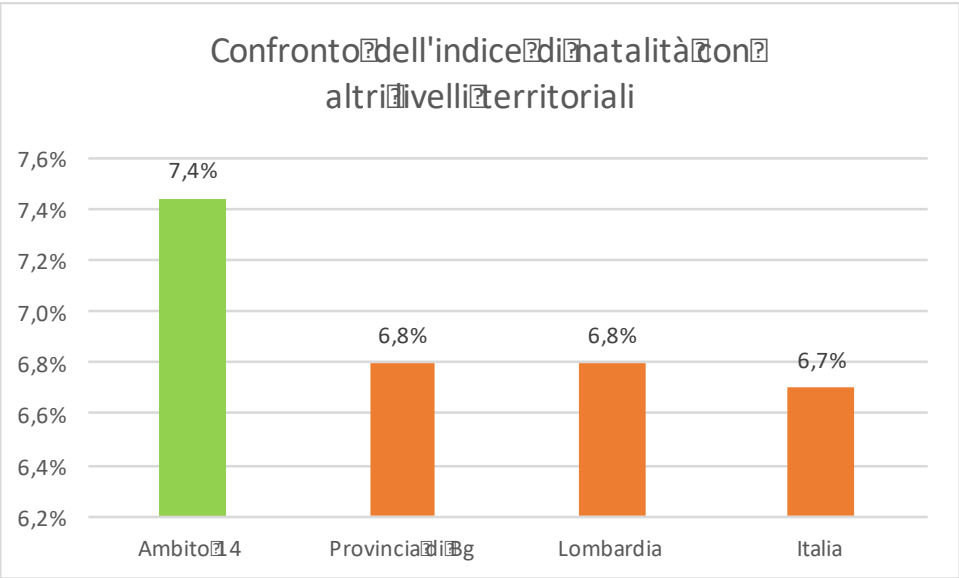


### 3.2.5 L'INDICE DI NATALITA'

**INDICE DI NATALITA':** Rapporto tra il numero dei nati vivi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000

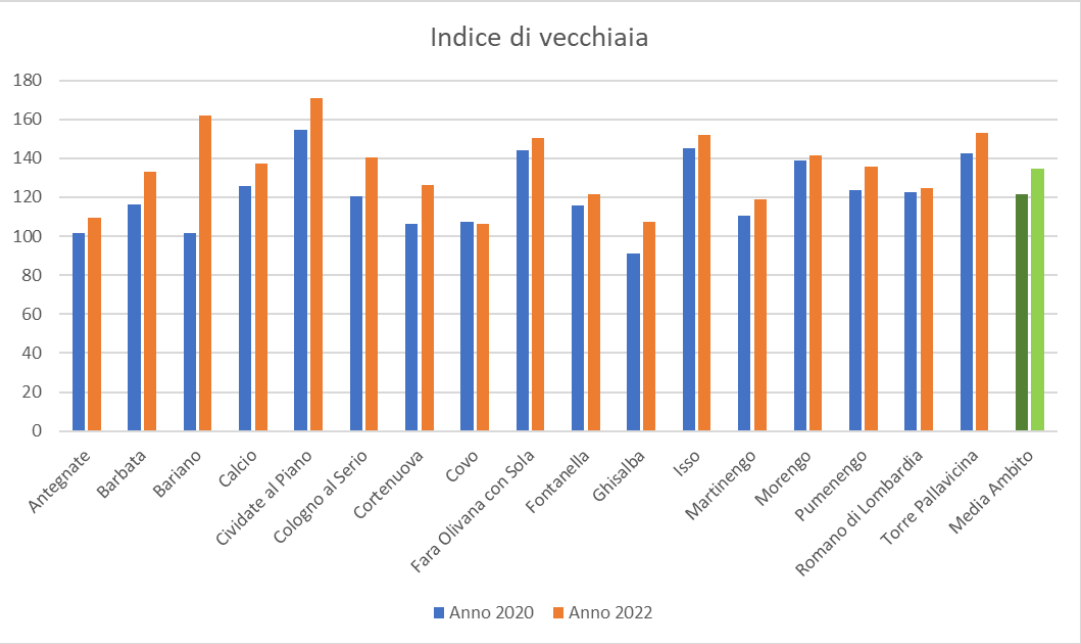


I grafici evidenziano mediamente una lieve diminuzione del tasso di natalità dell'Ambito dal 2020 al 2022. Il processo in atto di denatalità è dunque confermato dai dati anche se in alcuni comuni l'indice di natalità è superiore rispetto a quello precedente. Rapportato ad altri livelli territoriali l'Ambito di Romano presenta un indice di natalità più alto.

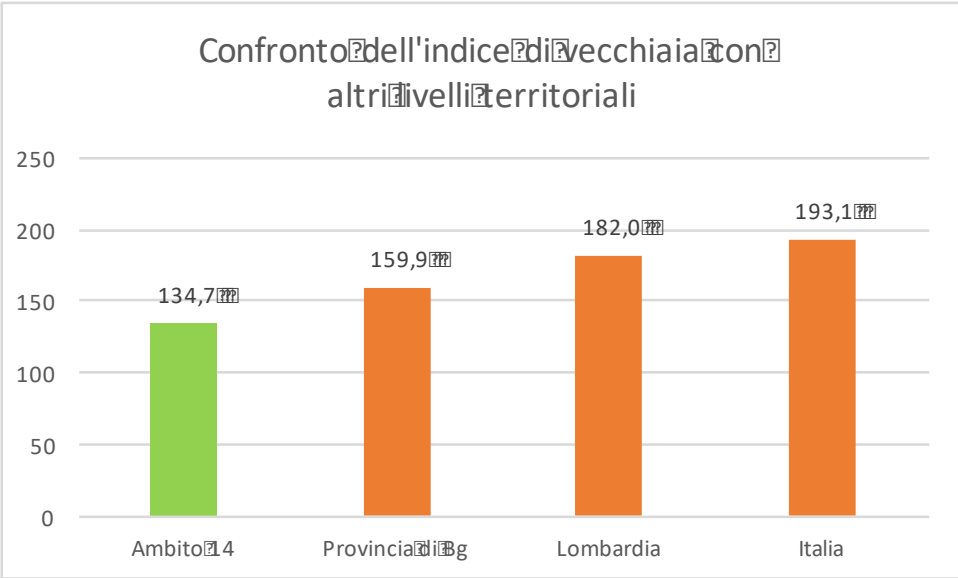


### 3.2.6 L'INDICE DI VECCHIAIA

**INDICE DI VECCHIAIA:** è il rapporto percentuale tra la popolazione in età dai 65 anni in poi e quella tra gli 0 ed i 14 anni, ed esprime il numero di anziani ogni cento bambini.



I grafici evidenziano una lieve crescita dell'indice di medio di vecchiaia rispetto al 2020, a conferma del progressivo processo di invecchiamento della popolazione residente. Nel confronto con i diversi livelli territoriali la condizione dell'Ambito di Romano evidenzia un indice anche di molto inferiore. Un ambito dunque meno vecchio di altri.



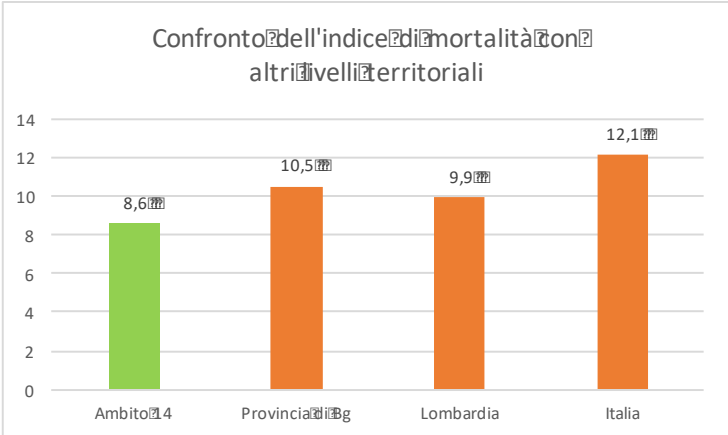
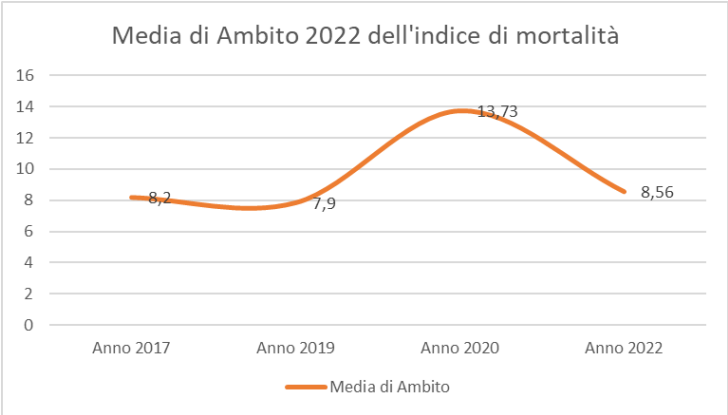
### 3.2.7 L'INDICE DI MORTALITA'

**INDICE DI MORTALITA':** Rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000.

Questo indice è molto importante per comprendere quanto la pandemia ha inciso nel periodo precedente, alzando l'indice di mortalità. L'indice, dopo l'impennata del 2020, come si evince dal grafico è tornato alla media precedente.

Comune	Anno 2017	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2023
Antegnate	9,3	8,4	11	10,2
Barbata	9,8	2,9	8,8	7,2
Bariano	6,5	8,4	10,1	10,9
Calcio	9,9	8,6	19	10,7
Civate d'Alpiano	9,6	11,4	16,5	13,3
Cologno al Serio	8,7	8,6	12,4	8,9
Cortenuova	8,6	4,7	12,9	4,6
Covo	7,4	9,3	13,6	9,9
Fara Olivana con Sola	7,7	6,3	18,3	9,1
Fontanella	10,7	9,6	12,8	8
Ghisalba	4,7	5,9	9,4	7,3
Isso	6,2	4,7	18,8	8,2
Martinengo	7,2	9	13,4	9,8
Morengo	5,5	8,8	16,5	9,2
Pumenengo	9,3	11,2	10,1	6,5
Romano di Lombardia	8,9	8,5	13,5	9,1
Torre Pallavicina	9,4	7,3	16,2	2,7
Media Ambito	8,2	7,9	13,73	8,56

Il confronto con altri livelli territoriali evidenzia per l'Ambito territoriale un tasso di mortalità sensibilmente più basso degli altri.



3.2.8 L'INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE

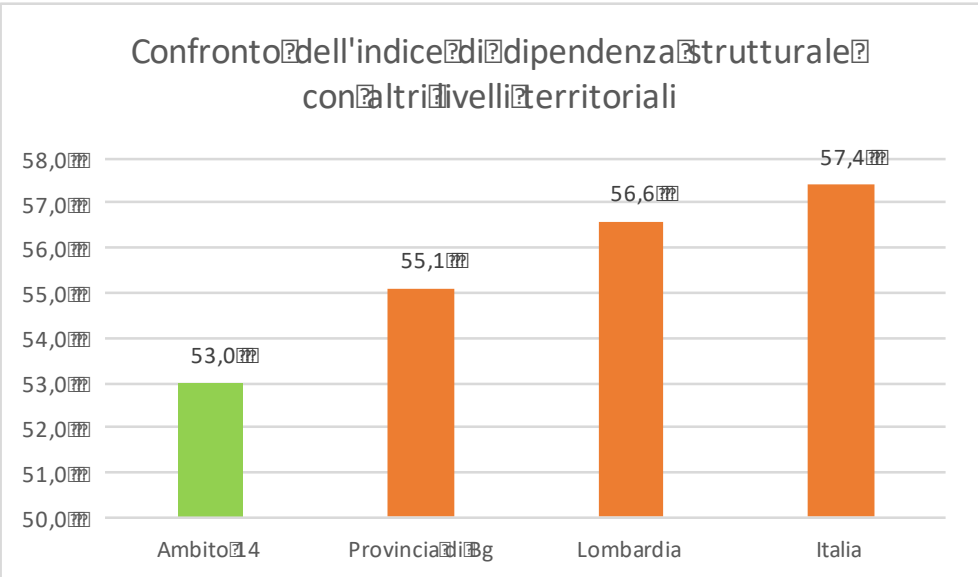
**INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE:** misura il rapporto tra la popolazione inattiva (ossia la popolazione 0/14 anni e più di 65 anni) e la popolazione attiva (tra i 15 e i 64 anni), indicando il peso della fascia della popolazione inattiva su quella attiva. Più l'indice aumenta, maggiore è lo sforzo che grava sulla popolazione attiva per mantenere le altre due fasce.

Comune	Anno 2020	Anno 2022
Antegnate	54,3	53,3
Barbata	40,3	49,0
Bariano	54,3	53,2
Calcio	56,9	56,8
Civate al Piano	58,3	55,9
Cologno al Serio	51,1	53,4
Cortenuova	50,9	49,0
Covo	55,1	55,5
Fara Olivana con Sola	48,1	51,9
Fontanella	56,4	55,6
Ghisalba	49,5	49,7
Isso	43,4	50,6
Martinengo	53,1	52,8
Morengo	52	53,2
Pumenengo	51,8	54,0
Romano di Lombardia	53	54,2
Torre Pallavicina	55,5	52,9
Media Ambito	52,00	53,00

Nell'ultimo periodo il valore dell'indice di dipendenza strutturale è cresciuto passando dal 51,76 del 2017, al 52 del 2020 al 53 del 2022.

Tale dato evidenzia che ogni 100 persone in età lavorativa ve ne sono più della metà in età non attiva, cioè ad ogni 2 lavoratori corrisponde 1 persona non attiva a carico. Un processo che lentamente ma progressivamente avanza nel corso degli anni, L'indice ha poi una forbice abbastanza ampia tra i comuni dove si passa dal 56,8 di Calcio al 49 di Barbata e Cortenuova.

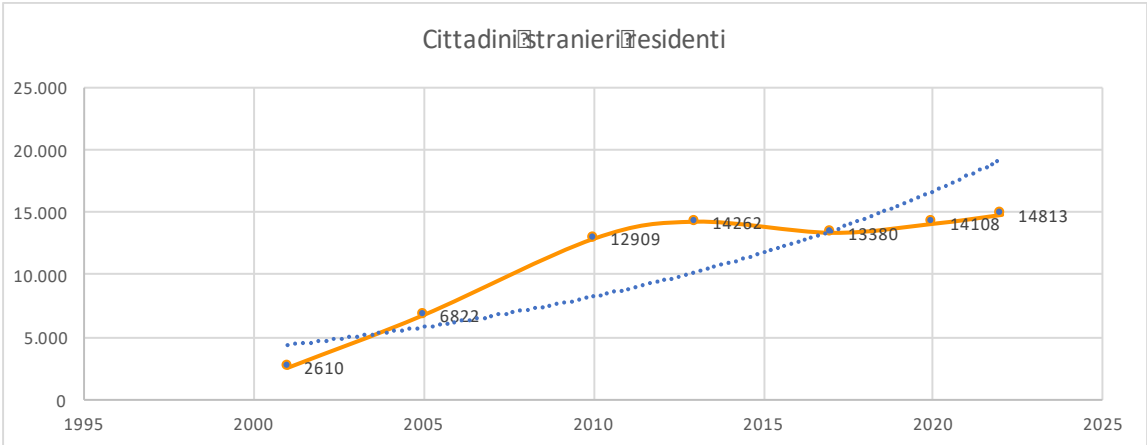
Tuttavia questo indice medio per l'Ambito di Romano è ben al di sotto della media degli altri livelli territoriali.



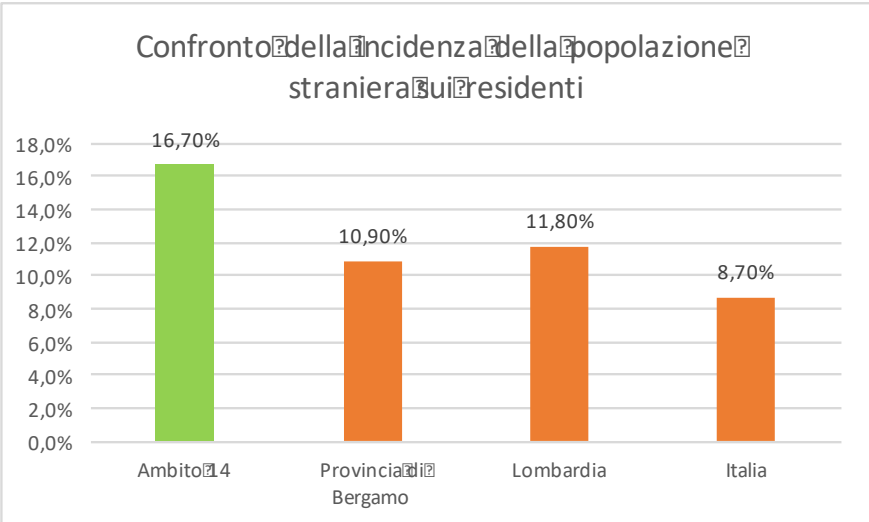


### 3.2.9 I CITTADINI STRANIERI

L’immigrazione di cittadini stranieri è un fenomeno che sta segnando profondamente il territorio. Il dato dei residenti stranieri nel corso dell’ultimo ventennio evidenzia una crescita esponenziale che sembra essersi assestata dal 2015 con una lieve ma costante crescita annuale. Tuttavia questi dati vanno presi con la dovuta cautela non tanto a causa del fenomeno dell’irregolarità dei cittadini stranieri, quanto del fenomeno del rilascio della cittadinanza italiana che non rileva più amministrativamente come stranieri quei cittadini che l’hanno ottenuta. Ciò significa che il numero di persone di origine straniera ma con cittadinanza italiana è presumibilmente di qualche punto percentuale maggiore di quanto riportano le statistiche ufficiali.



Al netto della distinzione precedente, l’Ambito Territoriale di Romano di Lombardia al 31.12.2022 contava 14.313 cittadini di origine straniera, pari al 16,7% della popolazione residente e con un aumento di 609 persone rispetto al 31.12.2019, corrispondente al 4%. La concentrazione di popolazione di origine straniera sul territorio presenta un tasso significativamente superiore rispetto a quelli degli altri livelli territoriali connotando il territorio dell’Ambito di Romano di Lombardia come un contesto multiculturale a tutti gli effetti.



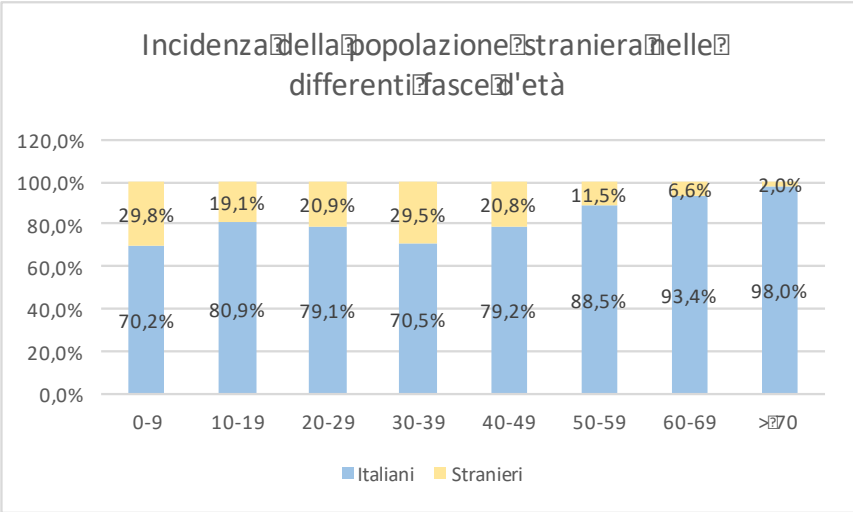
### 3.2.9 I CITTADINI STRANIERI

La concentrazione di cittadini stranieri nei diversi Comuni dell’Ambito Territoriale non è uniforme. La forbice passa dal 21,8% di Fontanella e il 21,4% di Romano di Lombardia (ossia 1 cittadino straniero ogni 5) all’8,1 di Morengo (1 cittadino straniero ogni 12).

Tra i 10 comuni della provincia di Bergamo con la concentrazione più alta di cittadini stranieri (al primo posto Verdellino con il 24,8%) ci sono ben 5 comuni dell’Ambito di Romano.

- 4° posto Fontanella con il 21,8%
- 6° posto Romano di L. con il 21,4%
- 7° Antegnate con il 21,2%
- 8° Covo con il 20,1%
- 10° Calcio con il 19,2%

Fonte: <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/classifiche/percentuale-stranieri/comuni/bergamo/16/3>:



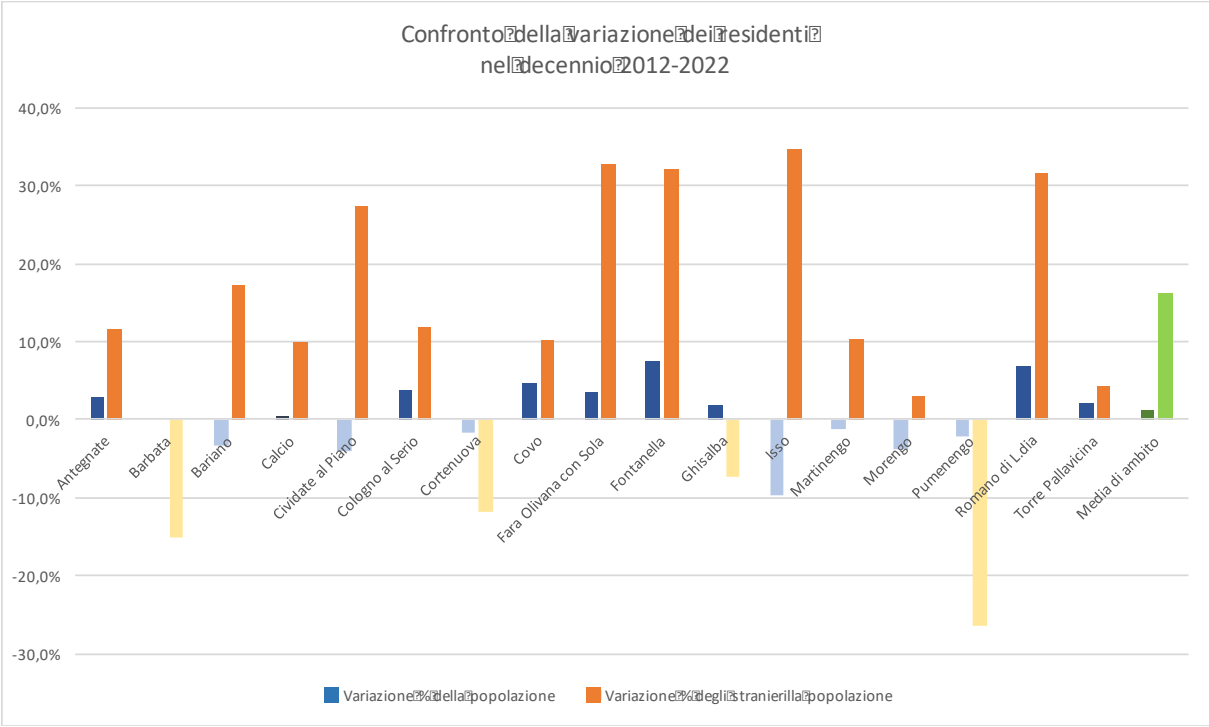
Comune	Totale residenti	di cui di origine straniera			
		Maschi	Femmine	Totale	% residenti
Antegnate	3229	360	324	684	21,2%
Barbata	698	52	44	96	13,8%
Bariano	4215	247	229	476	11,3%
Calcio	5431	563	479	1042	19,2%
Cividate al Piano	5003	403	331	734	14,7%
Cologno al Serio	11080	636	616	1252	11,3%
Cortenuova	1943	116	102	218	11,2%
Covo	4267	479	378	857	20,1%
Fara Olivana con Sola	1334	124	95	219	16,4%
Fontanella	4790	544	499	1043	21,8%
Ghisalba	6177	376	365	741	12,0%
Isso	601	40	26	66	11,0%
Martinengo	10793	1006	886	1892	17,5%
Morengo	2495	101	102	203	8,1%
Pumenengo	1700	103	111	214	12,6%
Romano di Lombardia	20673	2274	2152	4426	21,4%
Torre Pallavicina	1137	86	64	150	13,2%
<b>Totale</b>	<b>85566</b>	<b>7510</b>	<b>6803</b>	<b>14313</b>	<b>16,7%</b>

La distribuzione delle popolazione straniera per classi d’età evidenzia una sua maggior concentrazione nelle fasce più giovani della popolazione.

Mediamente tra gli 0 e i 10 anni un minore su 3 è di origine straniera, mentre tra 10 e 20 anni tale rapporto è di 1 su 5.

Questo significa che la presenza della popolazione di origine straniera incide positivamente sugli indici analizzati in precedenza me caratterizza la società in termini fortemente multiculturali.

### 3.2.9 I CITTADINI STRANIERI



L’andamento demografico visto in precedenza è fortemente condizionato dal fenomeno migratorio. Il grafico a lato evidenzia nel decennio il fenomeno per cui, in linea di massima, in quei comuni in cui si è riscontrato una diminuzione della popolazione, quella di origine straniera è comunque aumentata andando a colmare il vuoto lasciato dagli italiani. Il caso di Isso da questo punto di vista è paradigmatico. Analogamente nei comuni in cui si è riscontrato un aumento della popolazione nel decennio, il contributo dei cittadini stranieri è stato determinante. Basti vedere quanto accaduto a Fontanella, Romano di L e Fara Olivana con Sola.

### 3.2.10 TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI INDICI DEMOGRAFICI PER COMUNE

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di natalità (x1000ab)	Indice di mortalità (x1000ab)
Antegnate	109,72	53,3	101,7	119,5	8,4	10,2
Barbata	132,99	49	373,3	128,2	11,6	7,2
Bariano	162,17	53,2	136,2	146,1	7,8	10,9
Calcio	137,23	56,8	122,1	131,7	6,7	10,7
Civate d'Alpiano	170,76	55,9	120,8	137,2	5,8	13,3
Cologno al Serio	140,42	53,4	122,1	129,8	7,6	8,9
Cortenuova	126,06	49	93,4	128	6,2	4,6
Covo	106,16	55,5	101,3	123,8	8,5	9,9
Fara Olivana con Sola	150,28	51,9	130,9	132,3	9,1	9,1
Fontanella	121,68	55,6	108,9	120,6	10,5	8
Ghisalba	107,2	49,7	82,7	131	8,1	7,3
Isso	151,81	50,6	275	177,2	3,3	8,2
Martinengo	118,68	52,8	109,8	124,3	7,9	9,8
Morengo	141,34	53,2	156,2	152,6	5,6	9,2
Pumenengo	135,6	54	141,6	135,4	5,9	6,5
Romano di Lombardia	124,58	54,2	113,1	129,5	6,4	9,1
Torre Pallavicina	153,25	52,9	139,2	125,4	7,1	2,7
Media Ambito	134,7	53,0	142,8	133,7	7,4	8,6

3.2.11 PROIEZIONE DEMOGRAFICA AL 2042

A completamento dei dati demografici sopra illustrati, riproponiamo, in assenza di uno studio aggiornato, la proiezione demografica proposta dal sito dell'ISTAT (<https://demo.istat.it/app/?i=PPC&l=it>)

Il sito ha una sezione dedicata alle proiezioni demografiche. Purtroppo tali proiezioni al momento si riferiscono solo a un numero limitato di Comuni.

Di seguito riportiamo la previsione riferita ai comuni dell'Ambito di Romano di cui esiste la proiezione: Calcio, Civate al Piano, Cologno al Serio, Martinengo e Romano di L.

Al fine di avere una prefigurazione più plastica dell'evoluzione nel corso del tempo abbiamo scelto una previsione a 20 anni dagli ultimi dati a disposizione, ossia il 2024.

La tabella seguente riporta i dati che, sorprendentemente rispetto alla crisi demografica, presentano in generale una crescita, seppure contenuta, della popolazione, tranne il caso di Civate al Piano.

Comune	2022	2042	Variazione	%
Calcio	5431	6049	618	11%
Civate	5003	4878	-125	-2%
Cologno al Serio	11080	11324	244	2%
Ghisalba	6177	6329	152	2%
Martinengo	10793	11634	841	8%
Romano di L.	20673	23486	2813	14%

La composizione della popolazione invece cambia in modo significativo dallo scenario attuale, nonostante la mitigazione del fenomeno migratorio.

Gli effetti di quello che i sociologi chiamano l'inverno demografico si fa sentire in modo inequivocabile, soprattutto con una crescita della popolazione anziana che in alcuni comuni cresce addirittura del 10%.

Comune	% fascia 0-20		% fascia >= 65	
	2022	2042	2022	2042
Calcio	20,1%	17,0%	21,0%	28,0%
Civate	18,2%	14,9%	22,7%	30,4%
Cologno al Serio	19,6%	15,5%	20,6%	30,8%
Ghisalba	22,1%	16,6%	17,6%	30,4%
Martinengo	21,0%	16,2%	19,0%	27,5%
Romano di L.	20,5%	16,4%	19,7%	27,9%

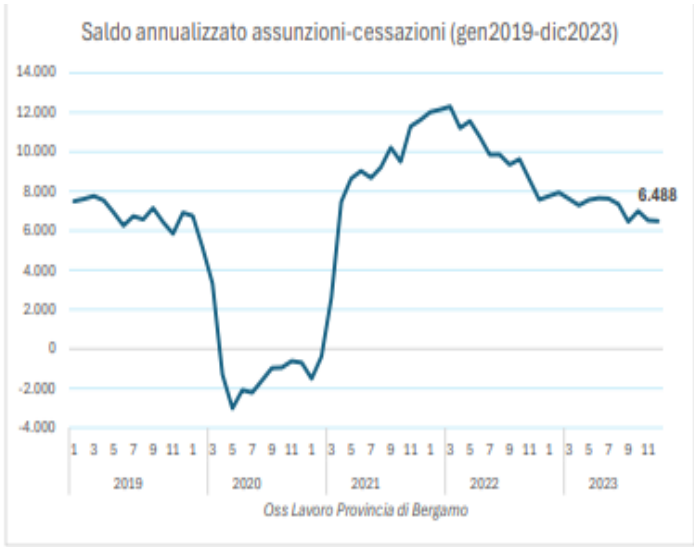
### 3.3 I DATI OCCUPAZIONALI

L’elaborazione dei dati della Provincia di Bergamo rispetto alle assunzioni e cessazioni rileva che le aziende in provincia hanno assorbito la battuta d’arresto dovuta alla pandemia e sono tornate ad espandersi.

Nel 2023 il saldo tra assunzioni e cessazioni è stato di un totale di 6.488 posizioni attive: un migliaio in meno rispetto al 2022 (7.567) e poco sotto al livello pre-pandemico (6.912 del 2019). In generale l’occupazione negli ultimi anni è aumentata ma con una tendenza a decelerare. Le assunzioni su base annua sono diminuite, ma sono calate anche le cessazioni, offrendo maggiore stabilità lavorativa.

Più della metà dell’incremento occupazionale si concentra nell’area intorno al capoluogo, ove hanno sede le aziende più grandi della Provincia (nazionali, multinazionali, SPA).

Anno	Assunzioni	Cessazioni	Saldo	Variazione%	
				Assunzioni	Cessazioni
2018	23.155	12.707	10.448		
2019	14.751	7.839	6.912	-6,8%	-4,3%
2020	8.652	8.351	-699	-23,6%	-18,1%
2021	17.509	5.892	11.617	34,1%	19,9%
2022	33.302	25.735	7.567	13,4%	18,7%
2023	28.572	22.084	6.488	-3,5%	-2,9%

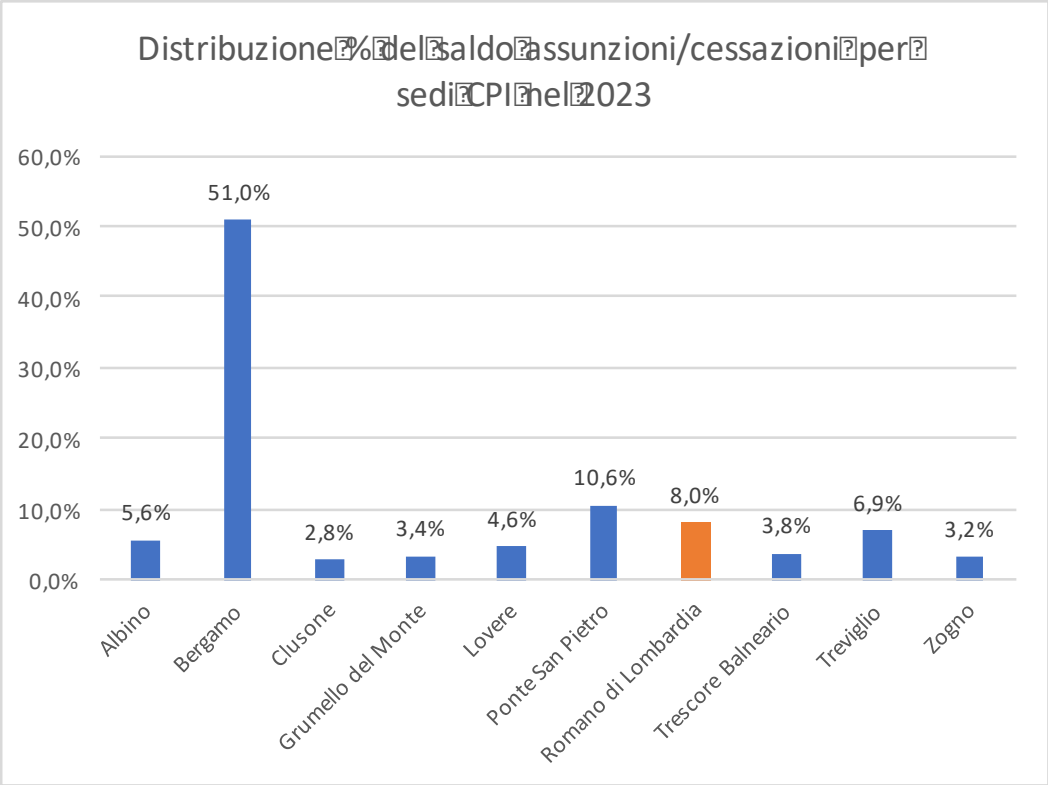


3.3.1 IL RAPPORTO TRA ASSUNZIONI E CESSAZIONI A LIVELLO PROVINCIALE

La tabella seguente fornita dalla Provincia illustra i dati dei Centri per l’Impiego della Provincia di Bergamo.

In confronto al 2022, nell’anno 2023 risultano più che dimezzati i saldi delle aree della pianura: Treviglio (da 1.135 a 450 nel 2023) e Romano di Lombardia (da 1.268 a 521); si riduce anche la crescita nella zona di Grumello del Monte (da 645 a 218). In particolar modo il territorio di Romano ha avuto il boom della logistica nell’anno 2021/2022, pertanto le assunzioni nell’anno 2022 sono state il doppio degli anni precedenti: nell’anno 2023 si sono mantenuti i livelli di saldo pre-pandemici e quindi con trend positivo. Da evidenziare che il saldo tra assunzioni e cessazioni è in positivo, ossia vi è continuità nei rapporti di lavoro stipulati negli anni precedenti.

Sedi CPI							Variazione%	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	23/22	23/19
Albino	682	347	-52	637	295	364	23,4%	-46,6%
Bergamo	2635	2420	-1381	4429	2859	3306	15,6%	25,5%
Clusone	193	154	-134	524	125	184	47,2%	-4,7%
Grumello del M	2067	804	800	1436	645	218	-66,2%	-89,5%
Lovere	136	174	5	332	140	299	113,6%	119,9%
Ponte San Pietro	1485	604	-471	1133	619	690	11,5%	-53,5%
Romano di Lomb	402	552	429	620	1268	521	-58,9%	29,6%
Trescore Balnear	414	533	392	320	117	248	112,0%	-40,1%
Treviglio	1920	1114	-124	1697	1135	450	-60,4%	-76,6%
Zogno	554	210	-163	489	364	208	-42,9%	-62,5%
Totale	10488	6912	-699	11617	7567	6488	-14,3%	-38,1%



### 3.3.1 IL RAPPORTO TRA ASSUNZIONI E CESSAZIONI A LIVELLO PROVINCIALE

Contratti a tempo indeterminato: + 9.203.

Sono aumentati rispetto alle annualità precedenti grazie al numero di stabilizzazioni di rapporti temporanei:(n. 18.917

Contratti a tempo determinato: - 919.

Dato diminuito a fronte delle stabilizzazioni: n. 15.464

Contratti a somministrazione: - 605.

Dato in forte diminuzione rispetto al 2021 (n. 2.908) dopo tre anni di crescita.

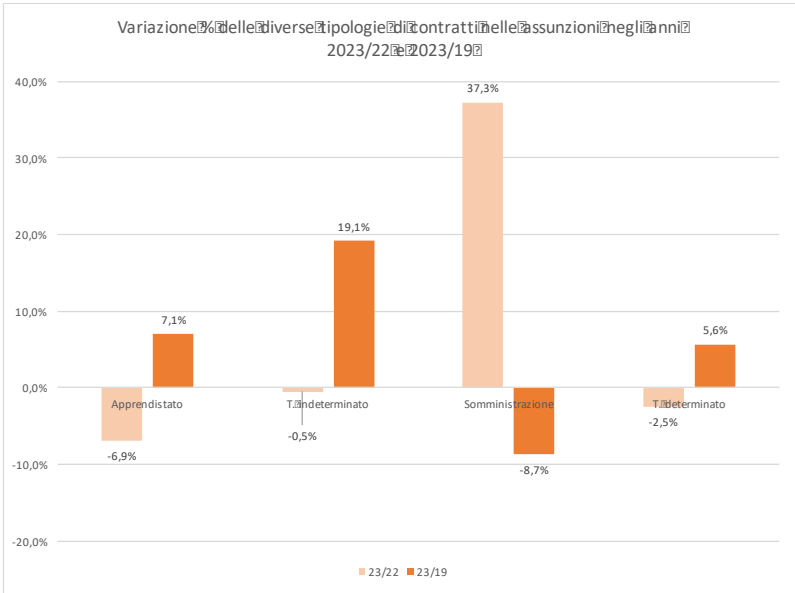
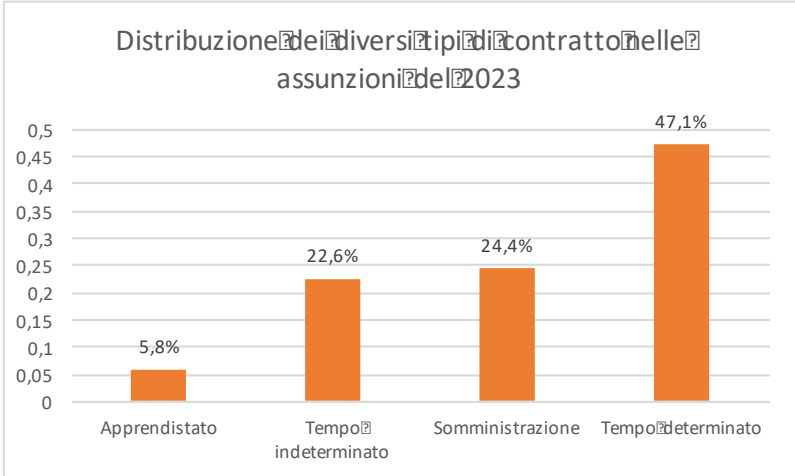
I dati presentati rappresentano una visione fiduciaria nei confronti del futuro: si tende a trasformare i contratti a tempo determinato in tempo indeterminato ritenendo che il trend positivo di crescita di occupazione nella provincia di Bergamo non sia una chimera temporanea.

Vi sono ancora dei settori dove le forme contrattuali più usate sono temporanee e stagionali, ad esempio la ristorazione.

I contratti di lavoro intermittente/a chiamata hanno raggiunto quota n. 11.000 ed è un dato in costante aumento. Va rilevato come due contratti su tre sono nell’ambito della ristorazione tradizionalmente molto precari.

I contratti di collaborazione: n. 2.119 sono in crescita rispetto alle annualità precedenti.

I contratti di lavoro autonomo / parasubordinato nello spettacolo sono residuali: n. 366.





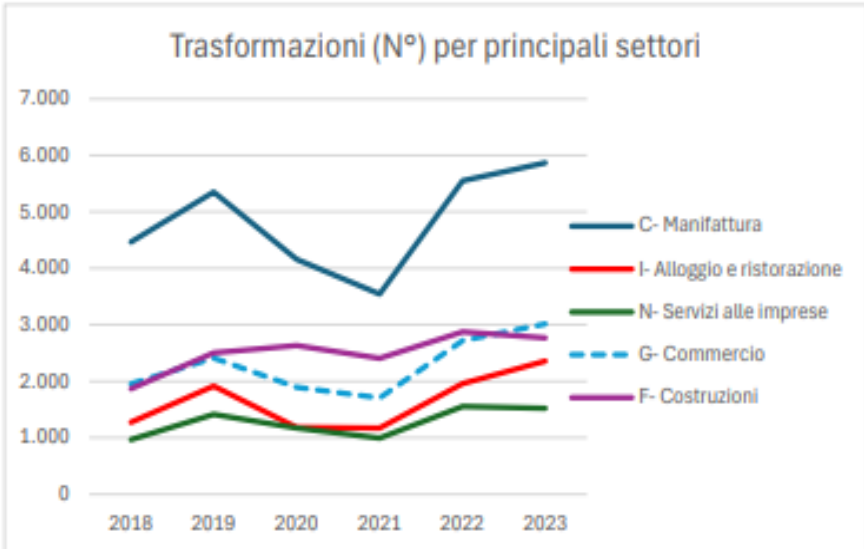
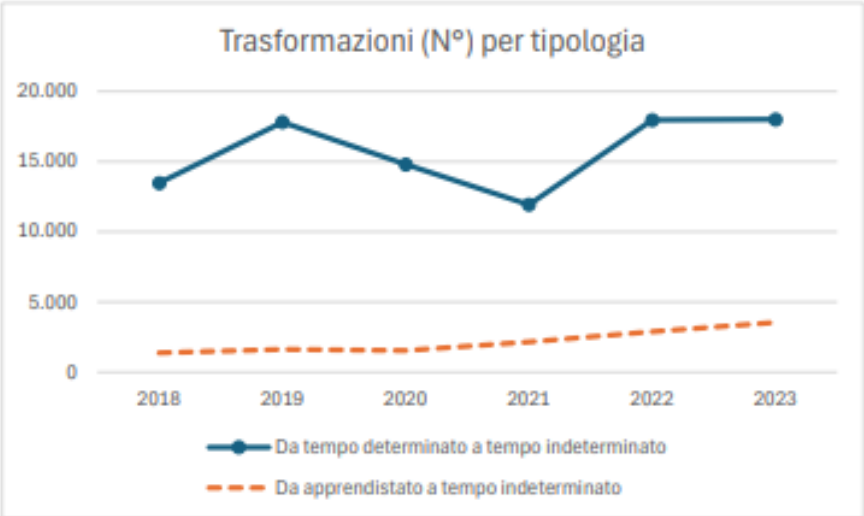
### 3.3.2 TRASFORMAZIONE DEI CONTRATTI A TEMPO INDETERMINATO A LIVELLO PROVINCIALE

Le trasformazioni di contratti a tempo indeterminato nel 2023: n. tot. **21.552**

- n. 18.014 erano contratti a tempo determinato.
- n. 3.535 erano gli apprendistati (dato raddoppiato rispetto al 2019)

Il dato relativo alle comunicazioni complessive di proroga della durata dei contratti temporanei è sempre elevato (nel 2023 n.100.049) ma è un dato leggermente in calo (-7,3% rispetto al 2022).

Questo dato riguarda principalmente il settore manifatturiero e in second'ordine il settore dell'edilizia, ma poi coinvolge anche gli altri.



### 3.3.3 I SETTORI DI OCCUPAZIONE A LIVELLO PROVINCIALE

L'occupazione cresce nel settore **terziario e nell'edilizia**, settori nei quali vi è una crescita costante e ininterrotta da almeno sei anni:

- nel terziario: n. 4.912 (pari a +3,4% rispetto al 2022); crescono le assunzioni di professionisti qualificati e tecnici (+6,4%) e nel commercio e servizi (+6,4%),
- nell'edilizia: n. 1.029 (pari a +3,7% rispetto al 2022).

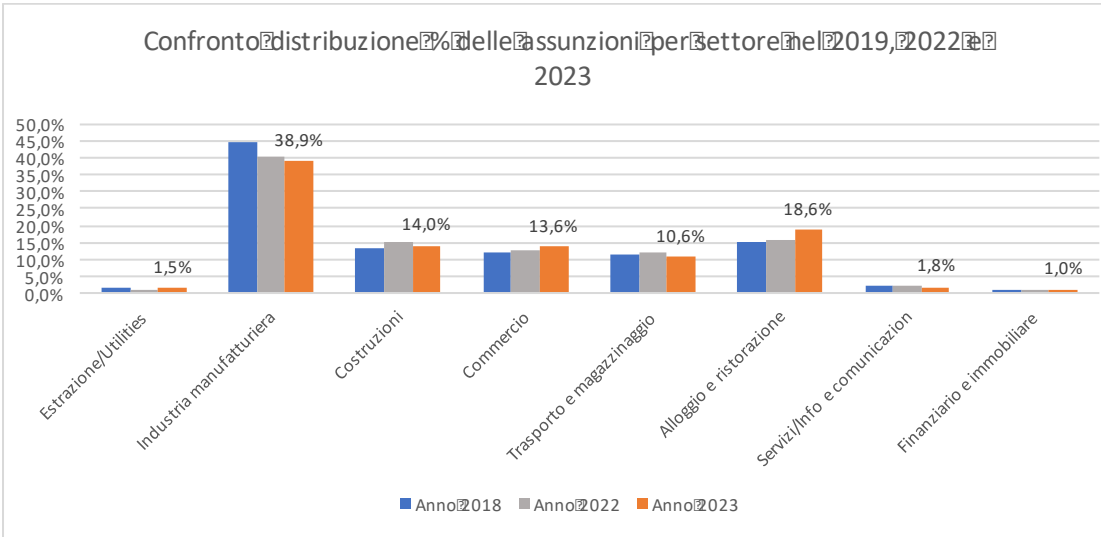
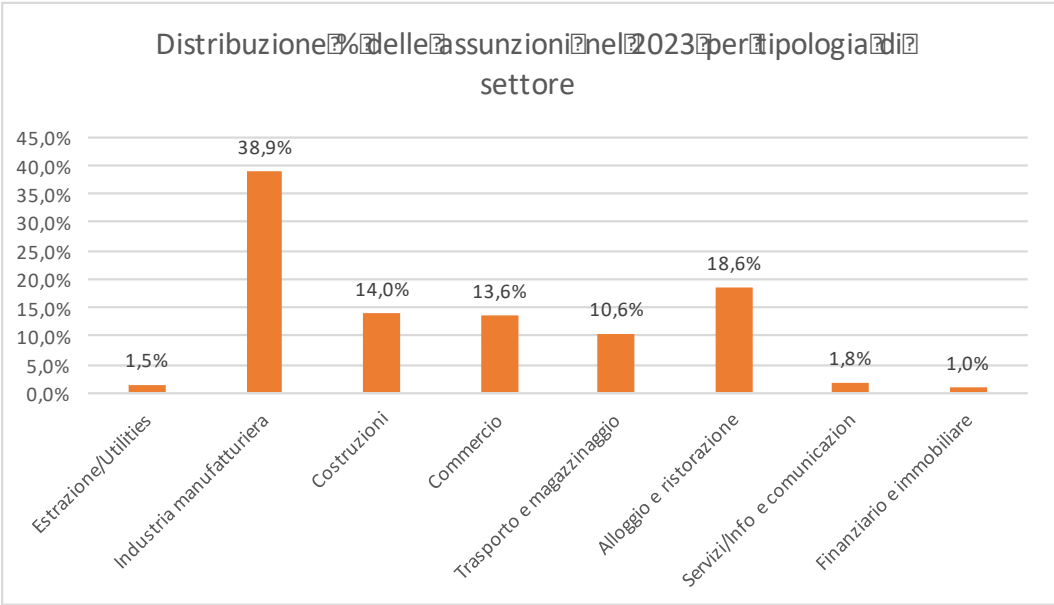
Si ritiene che questo dato sia frutto delle misure governative riguardanti i settori specifici, ad esempio nel settore dell'edilizia, non si può leggere il dato di crescita senza considerare il Bonus 110.

Rallenta il dato occupazionale **nell'industria e nella logistica**: 547 posizioni nel 2023 rispetto a 2.468 del 2022 (pari al +0,4%).

Calano le assunzioni operaie (-8,3% operai specializzati, -10,6% addetti agli impianti e macchinari) e non qualificate (-5,8%).

Nella logistica, dopo il boom di assunzioni del 2022 in pianura, il dato si assesta a +279 assunzioni dell'autotrasporto ma non del magazzinaggio.

Entrambi i settori hanno avuto una crescita esponenziali nell'immediato post covid. Si ritiene naturale che questi settori siano in fase di stallo perché sono in mantenimento dei contratti stipulati negli anni antecedenti.



### 3.3.4 I DATI SULL'OCCUPAZIONE A LIVELLO PROVINCIALE: L'ETA' E IL GENERE

Le assunzioni aumentano nel 2023 soprattutto per gli over 54 anni e soprattutto donne di quella fascia d'età con una variazione dell'11,4% rispetto al 2022.

Le assunzioni dei giovani under 29 anni è rimasta invece costante rispetto all'annualità precedente e rappresenta il 42 % delle assunzioni totali.

Classe di età	Anni						%
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
15-29	19.777	16.858	15.501	10.705	15.606	15.202	42%
30-34	5.166	4.332	1.108	4.254	5.786	4.693	11%
35-40	8.779	6.620	0.612	5.524	7.887	6.366	20%
45-54	2.621	1.423	7.481	2.013	4.161	2.873	18%
55-64	8.151	8.304	7.190	9.217	0.791	1.003	8%
Totale	24.494	17.537	1.892	21.713	34.231	30.137	100%

Classe di età	2018	2022	2023
15-29	40,0%	41,4%	42,4%
30-34	12,2%	11,8%	11,3%
35-40	23,1%	20,8%	20,3%
45-54	18,2%	18,0%	17,6%
55-64	6,5%	8,0%	8,5%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Genere	Anni						%
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Maschi	8.832	3.534	9.308	6.355	2.061	8.636	60,4%
Femmine	5.662	4.003	2.484	5.358	2.170	1.501	39,6%

Classe di età	2018	2022	2023
Maschi	63,3%	61,1%	60,4%
Femmine	36,7%	38,9%	39,6%

# 3.3.5 I DATI SULL'OCCUPAZIONE A LIVELLO PROVINCIALE: I CITTADINI STRANIERI

Le assunzioni degli stranieri nel 2023 sono state **45.201**, rappresentando il 35,2% degli ingressi totali.

Il contributo degli stranieri (3.379), con la differenza tra assunzioni e cessazioni, supera quello degli italiani (3.109).

L'incidenza degli stranieri riguarda:

- il 55,6% delle professioni non qualificate,
- il 48% nell'edilizia, nella logistica e servizi alle imprese,
- il 46,1% dei conduttori di impianti e macchinari,
- il 43% di operai specializzati,
- il 38% delle assunzioni dell'industria.

Anno	Cittadini e stranieri	
	Assunzioni %	Cessazioni %
2018	32,6%	32,2%
2019	33,0%	32,1%
2020	34,2%	33,4%
2021	33,8%	33,0%
2022	31,7%	33,4%
2023	35,2%	34,3%

### 3.3.6 I GIOVANI NEET

Nella provincia di Bergamo si sono ridotti notevolmente: i dati riferiti all’anno 2022 parlano di 213.000 persone (circa il 12,9% della popolazione provinciale) a fronte del 16,3% dell’anno 2021.

Il tasso di occupazione giovanile a Bergamo è più alto delle medie di Italia e Lombardia sia nella classe di età 15-24 anni che in quella 25-34 anni.

La tendenza è costantemente positiva (l’incidenza dei NEET maschi è di 9,6%, inferiore alla media europea per gli uomini), più incerta e debole per le giovani donne dove il dato provinciale del 16,3% è simile a quello delle altre regioni italiane e di tre punti percentuali superiore alla media europea. Soprattutto per donne di origini straniere la fascia d’età dei NEET è quella in cui le donne si sposano e hanno figli. Il dato va letto tenendo in considerazione l’aspetto culturale.

	Anno2021		Anno2022	
	M	F	M	F
Provincia di Bergamo	12,1%	20,8%	9,6%	16,3%
Lombardia	16,4%	20,5%	11,6%	15,7%
Italia	21,2%	25,1%	17,7%	19,7%
Unione Europea	11,8%	14,5%	10,4%	13,0%

### 3.3.7 IL COLLOCAMENTO MIRATO

Al 2 Maggio 2024 le persone con disabilità disponibili al lavoro presenti negli elenchi L. 68/99 sono n. 4.104 in tutta la Provincia di Bergamo di cui:

- il 43,9% di genere femminile
- il 56,1% di genere maschile.

La maggioranza degli iscritti risulta avere una patologia Fisica (51,6%), seguito da patologie di tipo Psico-intellettivo (30,9%). Il restante 17,5% presenta una condizione patologica sia Fisica che Psico-intellettiva.

Il 21,1% degli iscritti totali (circa 3238 persone), sulla base della relazione conclusiva, risulta difficilmente collocabile.

Rispetto all'età, il 64% degli iscritti risulta avere un'età superiore ai 45 anni.

Al 31 dicembre'23 sono 1.063 le aziende in obbligo di assunzione scoperte per un totale di 2.378 posti di lavoro, e sono per la maggior parte aziende con più di 50 dipendenti.

Nel 2023 sono stati avviati 1.062 utenti, suddivisi tra Aziende con obbligo (87,8%) e aziende senza obbligo di assunzione (12,2%).

Si tende ad assumere maggiormente gli uomini rispetto alle donne, e tra le fasce d'età più giovani: gli over 55 anni assunti sono solo il 17,9%.

Il contratto a tempo determinato è quello utilizzato più frequentemente: 64,6%.

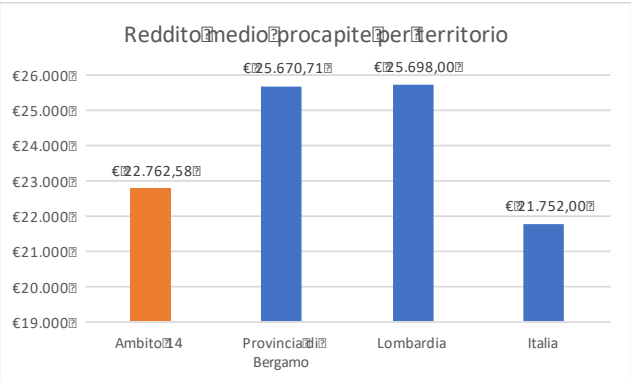
Tipologia di disabilità	M	F	Totale	%
Fisica	1.162	1.054	2.116	51,6%
Mista	363	357	720	17,5%
Psico-intellettiva	779	1.489	2.268	30,9%
Totale	2.304	2.800	4.104	
%	56%	44%		

Fascia d'età	Aziende in obbligo		Aziende non in obbligo		Totale avviati	%
	M	F	M	F		
15-24	65	49	9	6	129	12,1%
24-34	102	101	14	10	227	21,4%
35-44	88	89	16	15	208	19,6%
45-54	145	126	24	13	308	29,0%
>55	115	52	14	9	190	17,9%
Totale	515	417	77	53	1062	100,0%

### 3.4 DATI SUL REDDITO

Dall'analisi dei dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze sulle statistiche fiscali anno 2022, riportati nella tabella a lato, emerge che l'Ambito di Romano di Lombardia presenta un reddito medio pari a 22.164,68 euro, inferiore pertanto sia al reddito medio provinciale di 24.488,53 euro, che al reddito medio regionale e nazionale.

La distribuzione del reddito presenta una forte variabilità anche a livello locale: la forbice tra il reddito medio più alto e quello più basso è ben del 20%, evidenziando un grado medio alto di vulnerabilità sociale e materiale.



Comune	Reddito medio procapite per comune
Bariano	€ 24.159,48
Cologno al Serio	€ 23.478,64
Romano di L.	€ 23.456,06
Morengo	€ 23.444,25
Covo	€ 22.507,18
Civate al Piano	€ 22.298,03
Ghisalba	€ 22.292,77
Cortenuova	€ 22.262,96
Martinengo	€ 22.233,78
Fara Olivana con Sola	€ 21.962,10
Fontanella	€ 21.706,15
Barbata	€ 21.633,45
Antegnate	€ 21.564,50
Isso	€ 21.526,99
Calcio	€ 21.424,26
Pumenengo	€ 20.596,25
Torre Pallavicina	€ 20.097,70
Media di Ambito	€ 22.672,58

Incrociando la % di persone in base alla fascia di reddito a cui appartengono, si vede come il 33,9% della popolazione (un cittadino su tre) viva con meno di € 15.000 all'anno e percepisca il 10,9% del reddito totale prodotto nei comuni dell'Ambito. Al contrario il 2,1% della popolazione percepisce un reddito superiore a € 75.000 e ne detiene l'11%.

Fascia di reddito	N persone	% persone	Reddito complessivo	% reddito
Da € 0 a € 10.000	12672	21,1%	€ 58.119.474,00	4,3%
Da € 10000 a € 15000	7129	11,8%	€ 89.616.146,00	6,6%
Da € 15000 a € 26000	22571	37,5%	€ 467.932.671,00	34,3%
Da € 26000 a € 55000	15343	25,5%	€ 518.894.396,00	38,0%
Da € 55000 a € 75000	1265	2,1%	€ 80.089.060,00	5,9%
Da € 75000 - € 120000	817	1,4%	€ 75.214.803,00	5,5%
> € 120000	395	0,7%	€ 74.841.189,00	5,5%
Totale	60192	100,0%	€ 1.364.707.739,00	100,0%
Reddito medio	€ 22.672,58			

## 3.5.1 I DATI SULLA CASA: LA DOMANDA PER FRAGILITA' ECONOMICA

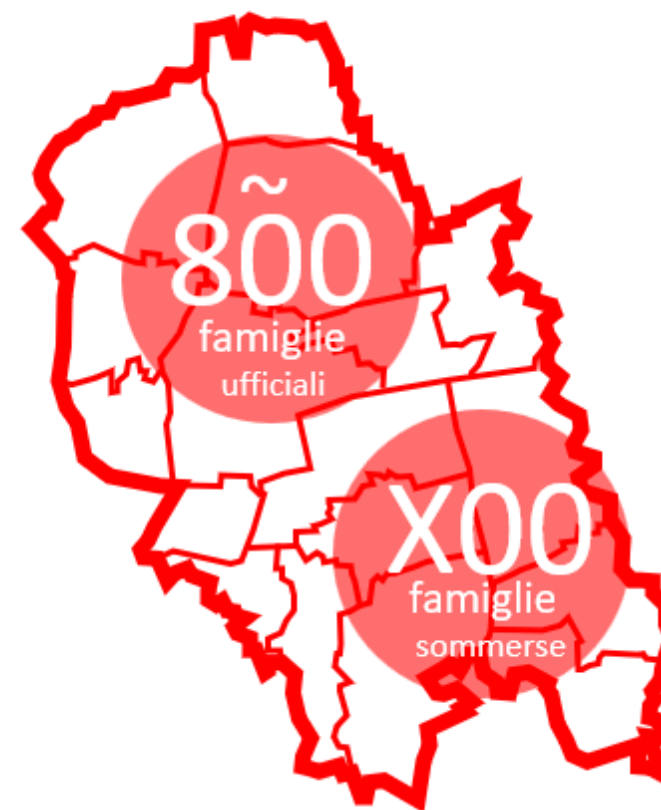
In questo triennio l'abitare rimane un aspetto altamente critico come confermato dai dati raccolti in questi anni a partire da fondi regionali a sostegno della locazione, fondi comunali a sostegno dei costi riferiti alla casa (affitto e utenze), bandi di assegnazione di Servizi Abitativi Pubblici (SAP).

I dati relativi al 2022 forniti da 7 Comuni del territorio evidenziano che gli alloggi disponibili per l'assegnazione erano n. 33 a fronte di n. 155 domande pervenute. Si tratta dunque di una domanda 5 volte superiore all'offerta di appartamenti disponibili sia di proprietà comunale che di ALER.

Non è invece dato sapere quante siano le famiglie che non si rivolgono a questi canali per diverse ragioni: non conoscenza dell'opportunità, assenza di requisiti per richiedere il contributo, assenza di un contratto di locazione, vergogna nel rivolgersi alle istituzioni. Si tratta di una domanda dai redditi bassi e spesso discontinui che evita i canali ufficiali. Sono note, ma difficilmente quantificabili, le situazioni (soprattutto di singoli lavoratori) di convivenza in assenza di contratto di locazione, anche tra i cittadini di origine straniera. .

Nonostante i dati sugli sfratti non siano accessibili, l'Ambito di Romano è tra i territori più noti in Tribunale per numero di esecuzioni.

La cartina a lato fa riferimento a una indagine sull'alloggio realizzata nel 2021 ma che mantiene la sua validità anche per la programmazione attuale.





3.5.2 I DATI SULLA CASA: IL MERCATO DELLA LOCAZIONE

Il mercato della locazione rimane l’elemento critico riportato da più stakeholder e non si registrano variazioni rispetto a quanto raccolto nel precedente Piano di Zona.

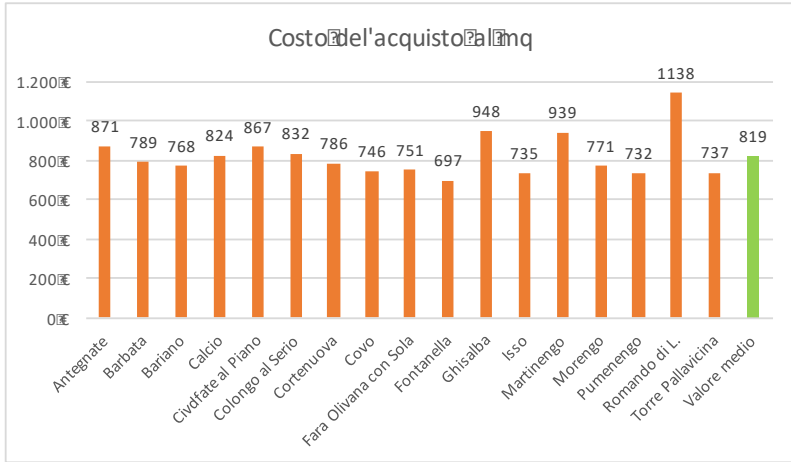
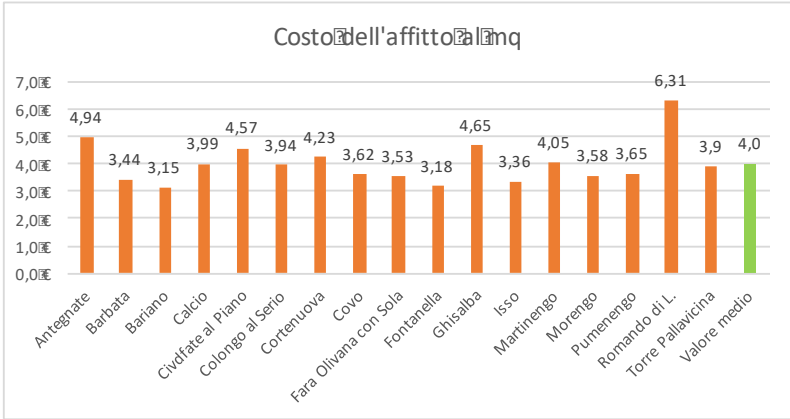
Romano di Lombardia è il comune in cui l’offerta in locazione ha i costi più alti, mentre negli altri Comuni si registrano valori al mq contenuti.

I canoni non sono però l’unico limite all’accesso alla casa: l’esperienza dell’agenzia per la casa del Comune di Romano di Lombardia, e da una verifica da fonti web\*, l’offerta in locazione sul territorio risulta molto limitata.

La domanda è talmente alta che le agenzie immobiliari riferiscono di non pubblicare più annunci per abitazioni in affitto in quanto dispongono di una loro lista di candidati.

Il valore del canone concordato (tabella a fianco) si riferisce agli accordi sottoscritti nel 2017, ma è articolato solo per Romano, Cologno e Martinengo, mentre per gli altri comuni compare un unico valore standard, a sottolineare la scarsità dell’offerta (e quindi il disinteresse delle associazioni dei proprietari ad indicare un valore specifico). Gli alloggi pubblici (SAP) che si liberano ogni anno per effetto del turnover sono circa 10, un’offerta che si può definire residuale. Tuttavia, il fenomeno dello sfitto, che nel 2016 è stato stimato solo per il Comune di Romano n 900 unità (dato non disponibile per altri Comuni), per quanto ridimensionato dai processi di riqualificazione legata ai recenti incentivi, costituisce comunque un’opportunità su cui lavorare.

Comune	Fascia min	Fascia min	Fascia min	Fascia max
ROMANO DI L.	37,00	50,00	70,00	95,00
COLOGNO AL S.	35,00	50,00	60,00	75,00
MARTINENGO	30,00	42,00	60,00	75,00
ANTEGNATE	30,00	42,00	55,00	65,00
BARBATA	30,00	42,00	55,00	65,00
BARIANO	30,00	42,00	55,00	65,00
CALCIO	30,00	42,00	55,00	65,00
CIVIDATE AL P.	30,00	42,00	55,00	65,00
CORTENUOVA	30,00	42,00	55,00	65,00
COVO	30,00	42,00	55,00	65,00
FARA OLIVIANA	30,00	42,00	55,00	65,00
FONTANELLA	30,00	42,00	55,00	65,00
GHISALBA	30,00	42,00	55,00	65,00
ISSO	30,00	42,00	55,00	65,00
MORENGO	30,00	42,00	55,00	65,00
PUMENENGO	30,00	42,00	55,00	65,00
TORRE PALAVICINA	30,00	42,00	55,00	65,00



### 3.5.3 I DATI SULLA CASA: L'OFFERTA DEL TERZO SETTORE

La mappa a lato è il prodotto di un lavoro realizzato nel 2021 che aveva coinvolto più stakeholder.

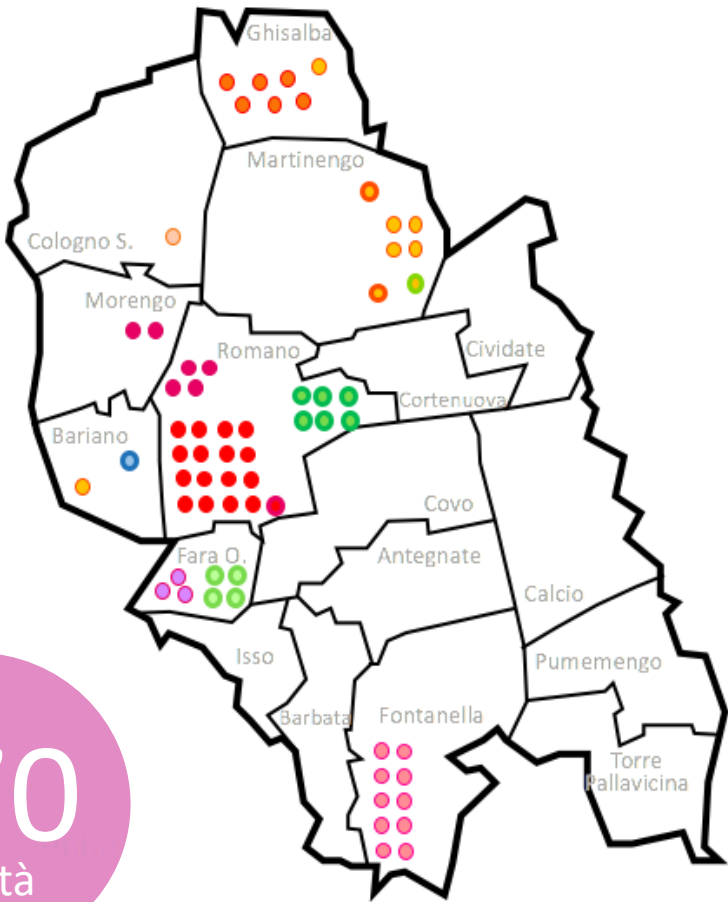
Il quadro, dall'ultimo Piano di Zona non è modificato e viene riportato integralmente.

Si ha una diversificazione dei soggetti non profit che attualmente gestiscono l'offerta abitativa in locazione a costi contenuti o servizi socio-educativi residenziali.

Complessivamente, l'offerta è quantificabile in circa 70 unità, alcune delle quali, per essere assegnate, necessitano di interventi di riqualificazione.

Si tratta di un'altra opportunità su cui la programmazione può lavorare per costruire nuove soluzioni.

~70  
unità

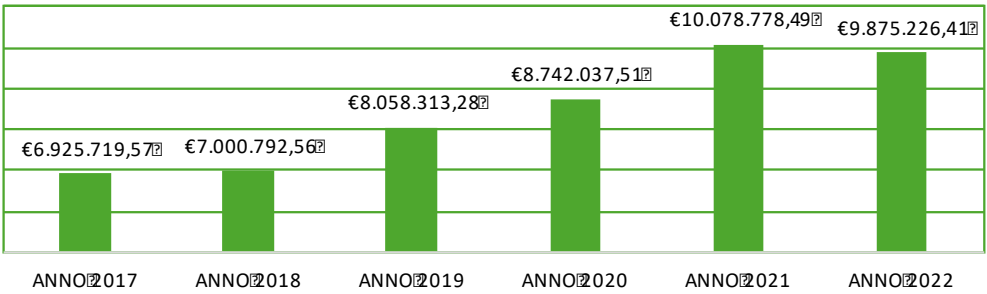


- Fondazione Mottini
- Parrocchie
- OOPP Rubini
- OOPP Rubini con AgenHa
- Fondazione MIA
- OP Calepio Ricotti con Ass. Carcere e Territorio
- Consorzio FA con Cascina Paradiso
- Fondazione Casa Amica
- Fondazione Casa Amica con altri TS
- Fondazione Casa Amica con enti
- Gasparina di Sopra
- Cooperativa Itaca
- Cooperativa Bessimo
- Cooperativa Ruah
- Fondazione Lazzari

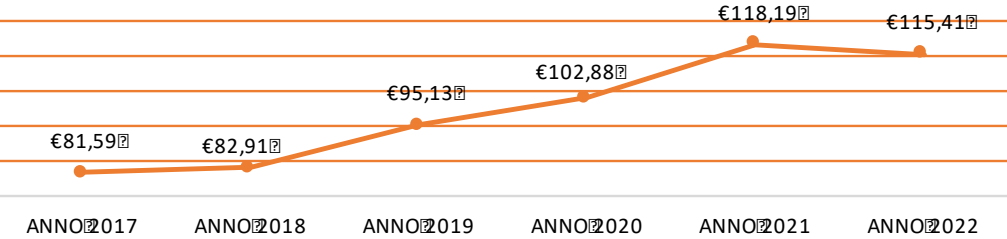
### 3.6 LE RISORSE IMPIEGATE NEL SETTORE SOCIALE

Nel 2022 sono state rilevate, attraverso il sistema di conoscenze e la spesa sociale dei Comuni in forma singola e in forma associata, le risorse complessivamente messe in campo nel settore sociale in tutti i Comuni dell’Ambito.

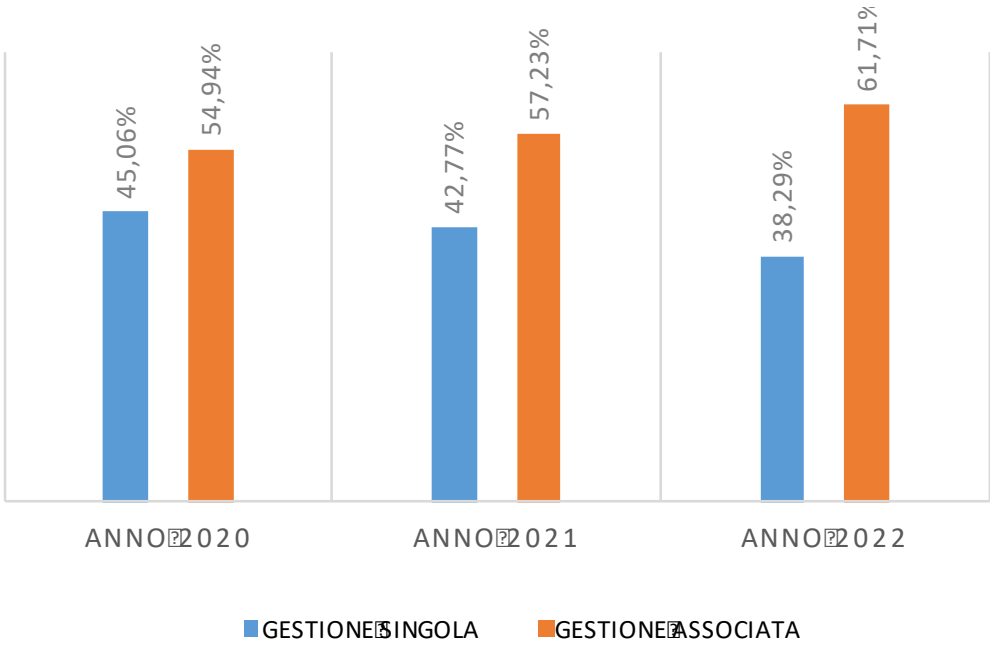
La spesa sociale del 2022 dell’Ambito di Romano di Lombardia è stata di € 9.875.226,41 €. Il grafico mette in evidenza un costante aumento della spesa sociale negli ultimi anni (dal 2019 al 2021) e una lieve diminuzione nel 2022. Lo stesso andamento è riscontrabile nel grafico relativo alla spesa pro capite che, nel 2022 è stata di € 115,41.



È doveroso sottolineare che la diminuzione della spesa sociale dal 2021 al 2022 è dovuta a una decrescita della spesa dei singoli comuni, in quanto la spesa associata è aumentata del 5,6% passando da 5.768.393,55 € nel 2021 a 6.094.058,28 € nel 2022.



Il dato è ancora più evidente se si confronta l’andamento della spesa nella gestione dei singoli comuni e nella forma associata



# Capitolo 4

Analisi dei soggetti e delle reti presenti sul territorio

# 4.1 LA RETE DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIALI E DEI SERVIZI/PROGETTI

Il sistema dell'offerta verte su un'articolata rete di soggetti che a diverso titolo e con diverse competenze concorrono alla progettazione, gestione ed erogazione dei servizi.

Si tratta di un patrimonio importante di relazioni e competenze sedimentate nel territorio dell'ambito che si esprime tanto nel dare continuità a quanto già da tempo risponde con efficacia ai bisogni espressi dai cittadini, quanto all'esigenza di innovazione, di lettura dei bisogni emergenti e di generazione di nuove opportunità.

Per quanto concerne il sistema dell'offerta sociale è possibile riconoscere diversi soggetti territoriali che individualmente o in rete, gratuitamente o dietro convenzione/accreditamento garantiscono la presenza nel sistema di offerta di specifici servizi e progetti.

Soggetti radicati nel territorio, sempre più strategici non solo nelle fasi erogative, ma anche nelle fasi di lettura e progettazione, nell'ottica dell'approccio partecipativo e collaborativo che il presente piano considera valore di riferimento focale per la pianificazione del triennio.

Una rete articolata anche nelle tipologie di organizzazioni che, infatti, vedono la presenza di dei soggetti rappresentati nello schema a lato.

I dati di seguito illustrati si riferiscono al 31/12/2022.



## 4.2 ANALISI DELLE RISPOSTE DELLA RETE TERRITORIALE: AREA NON AUTOSUFFICIENZA ANZIANI

	N. UdO	N. Cittadini	Anziani
Area Sociale	3	193	SAD- Servizio di Assistenza Domiciliare
	3	7	SADL- Servizio di Assistenza Domiciliare Leggero
	2	24	Ricoveri temporanei in R.S.A (Sollievo)
	3	43	Sollievo domiciliare anziani/disabili
		143	Buoni Sociali Assistenti Familiari e Caregiver Familiari
	1	111	Sportello Assistenti Famigliari
	1	42	Registro territoriale assistenti famigliari
Area Socio-Sanitaria	13	1083	ADI- Assistenza Domiciliare Integrata
	23	140	UCPDom - Servizi di Cure Palliative Domiciliari
	7	72	Misura B1
	7 (432 posti)	525	RSA - Residenza Sanitaria Assistenziale
	4	175	RSA Aperta- Residenza Sanitaria Assistenziale Aperta
	1 (25 posti)	42	CDI - Centro Diurno Integrato (59,5% in strutture di Ambito)
		94	Hospice (100% in strutture fuori Ambito)

TOTALE: 68 UdO

- 13 UdO Sociali
- 55 UdO Socio-Sanitarie

TOTALE: 2694 Utenti

- 563 Utenti Sociali
- 2131 Utenti Socio-Sanitari

Area sociosanitaria: con i dati inviati da ATS.  
Le UO socio-sanitarie dell’ambito accolgono  
anche utenti di altri ambiti e viceversa

# 4.3 ANALISI DELLE RISPOSTE DELLA RETE TERRITORIALE: AREA NON AUTOSUFFICIENZA DISABILITA'

TOTALE: 34 UdO

- 24 UdO Sociali
- 10 UdO Socio-Sanitarie

TOTALE: 1067 Utenti

- 685 Utenti Sociali
- 1016 Utenti Socio-Sanitari

	N. UdO	N. Cittadini	Disabilità
Area Sociale	3	27	SAD- Servizio di Assistenza Domiciliare
	6	45	Voucher Sociali Assistenza Educativa CRE-MiniCRE
	2	52	PTD - Progetti territoriali disabili
	1	24	Spazio Autismo
	1	31	Case management
	1	31	CDD - Centro Diurno per Disabili
	6	450	Assistenza Educativa Scolastica
	4	25	Dopo di noi
Area Socio-Sanitaria	1	10	CSS - Comunità Socio Sanitaria
	1	903	NPI - Neuropsichiatria Infantile
	7	94	Misura B1
	1	9	RSD - Residenza Sociosanitaria per Disabili

Area sociosanitaria: con i dati inviati da ATS.  
Le UO socio-sanitarie dell'ambito accolgono anche utenti di  
altri ambiti e viceversa

# 4.4 ANALISI DELLE RISPOSTE DELLA RETE TERRITORIALE: AREA MINORI E FAMIGLIA

	N. UdO	N. Cittadini	Descrizione
Area Sociale	1	36	ADM - Assistenza Domiciliare Minori
	1	13	Servizio Affidi
	1	343	Servizio Tutela Minori
	3	28	Comunità Educative
	2	16	Incontri Protetti
	2	46	Sportello Donne Vittime di Violenza
	1	7	Affidi terapeutici
	2	16	COGE Servizio di Coordinazione Genitoriale
	15	484	UDOS Prima Infanzia
	1	77	Formazione 0- 6
	21	2865	CRE/MINI CRE
	1	6	Housing sociale donne maltarattate
	1	123	Home visiting per neomamme
	10	102	Sportelli psicopedagogici
	1	959	Progetto Crescere Connessi
	1	1910	Progetto Porcospini
	1	190	Festa dell'Infanzia
Area Socio-Sanitaria	1	1782	Consultori Familiari

TOTALE: 65 UdO

- 65 UdO Sociali
- 1 UdO Socio-Sanitarie

TOTALE: 8813 Utenti

- 7221 Utenti Sociali
- 1782 Utenti Socio-Sanitari

Area sociosanitaria: con i dati inviati da ATS.

Le UO socio-sanitarie dell’ambito accolgono anche utenti di altri ambiti e viceversa



# 4.5 ANALISI DELLE RISPOSTE DELLA RETE TERRITORIALE: AREA INCLUSIONE

TOTALE: 17 UdO

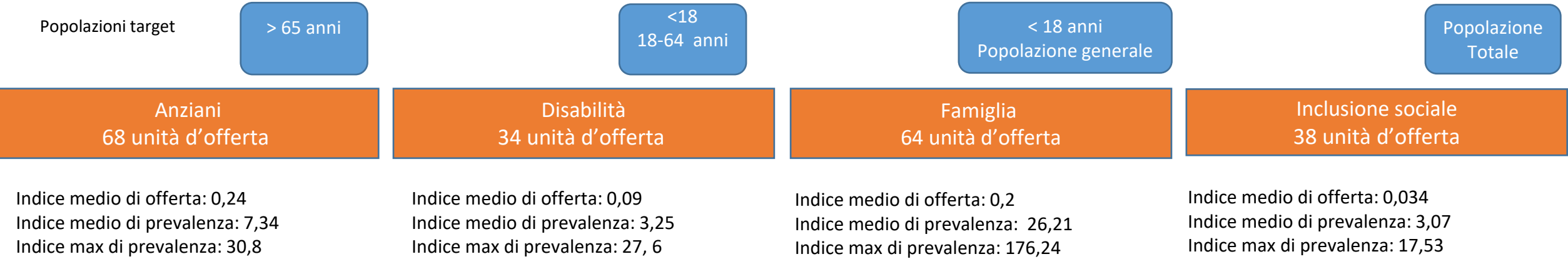
- 11 UdO Sociali
- 6 UdO Socio-Sanitarie

TOTALE: 2849 Utenti

- 2362 Utenti Sociali
- 520 Utenti Socio-Sanitari

	N. UdO	N. Cittadini	Descrizione
Area Sociale	2	12	SFA - Servizio Formazione all'Autonomia
	1	146	NIL - Nucleo Inserimento Lavorativo
	1	16	Inserimenti Lavorativi
	1	4	Tirocini Lavorativi
	1	27	Progetto Direzione Lavoro
	1	219	Fondo Emergenza abitativa
	1	33	Appartamenti assegnati con il Bando Alloggi a nuclei famigliari
	1	4	Pronto Intervento/Accoglienza e residenza per marginalità grave
	1	401	Reddito di Cittadinanza/Assegno di Inclusione
	1	1500	Progetto GAP
Area Socio-Sanitaria	1	n.d.	Centro Psicosociale
	1	500	SERD- SMI
			Accoglienza residenziali in :
	n.d.	n.d.	- Centro diurno per pazienti psichiatrici
	n.d.	n.d.	- Comunità per pazienti psichiatrici
	4	20	- Servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze

# 4.6 ANALISI DELLE RISPOSTE DELLA RETE TERRITORIALE: L'INDICE DI OFFERTA E DI PREVALENZA



**NOTA:**  
Analogamente a quanto riportato nel Report *Elementi conoscitivi relativi al contesto demografico e all'offerta e domanda in area sociosanitaria a supporto della programmazione territoriale 2022* a cura dell'UOC Servizio Epidemiologico Aziendale di Ats Bergamo sono stati elaborati Indici di offerta e di domanda per i diversi ambiti tematici osservando in modo integrato l'offerta sociale e sanitaria. In particolare si riportano il dato medio di tutte le UDO per Indici di offerta( $n. \text{ UdO accreditate} / \text{popolazione target} \cdot 1.000$ ) e per Indice di domanda (Tasso di prevalenza:  $n. \text{ assistiti} / \text{popolazione target} \cdot 1.000$ ). Data l'elevata variabilità del dato circa tasso di prevalenza si riporta anche il dato massimo.  
Le popolazioni target indicate sono coerenti con quelle indicate nel Report Ats e vanno intese come popolazioni di riferimento e non come la popolazione portatrice di uno specifico bisogno.

# Capitolo 5

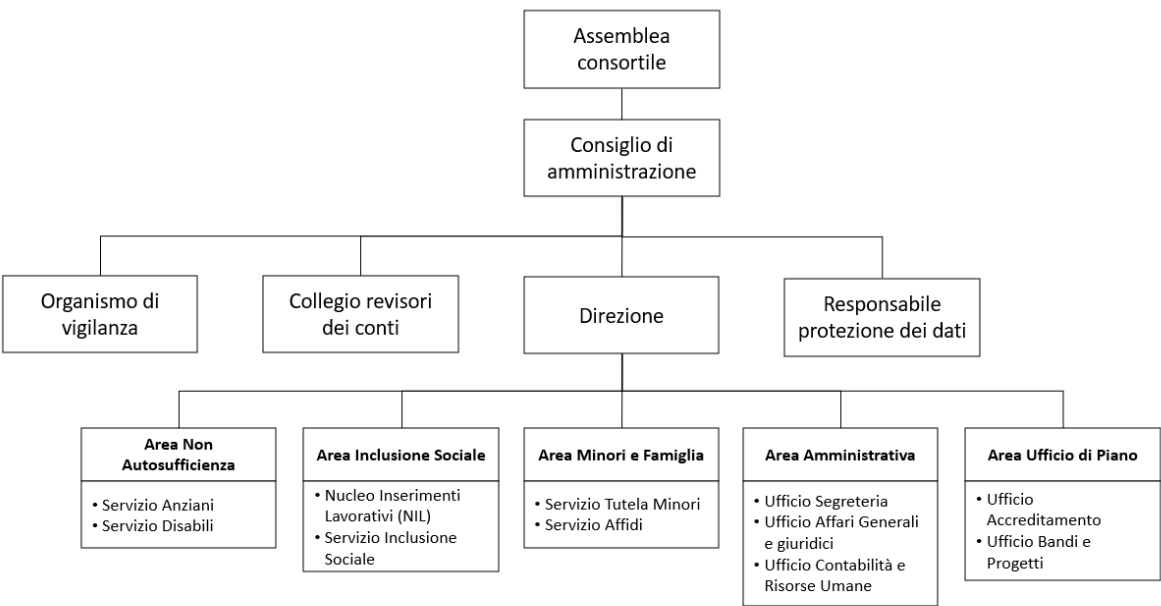
Strumenti e processi di governance dell'Ambito  
Territoriale Sociale

# 5.1 LA GOVERNANCE: L'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE SOLIDALIA

Nell'anno 2010 i 17 Comuni dell'Ambito hanno deliberato la costituzione dell'Azienda speciale Consortile Solidalia che ha iniziato la propria attività nel gennaio 2011. Fin dalla sua costituzione l'ASC Solidalia è stata individuata come Ente capofila per la gestione del Piano di Zona e per la gestione dei servizi alla persona, ivi compresi interventi di formazione di orientamento e di promozione sociale del territorio. L'Azienda Consortile Solidalia per i servizi alla persona gestisce in forma associata tutti i servizi che i 17 Comuni Soci delegano all'Azienda attraverso la sottoscrizione del contratto di servizio.

- La gestione associata dell'Azienda ha consentito negli anni e consente di:
- avvicinare le prestazioni ai bisogni espressi dai cittadini;
  - garantire uniformità di accesso ed erogazione dei servizi in tutti i 17 Comuni soci;
  - offrire pari opportunità ai cittadini e livelli adeguati di informazione;
  - ridurre gli sprechi della frammentazione;
  - presidiare l'equità degli interventi;
  - gestire l'emergenza territoriale.

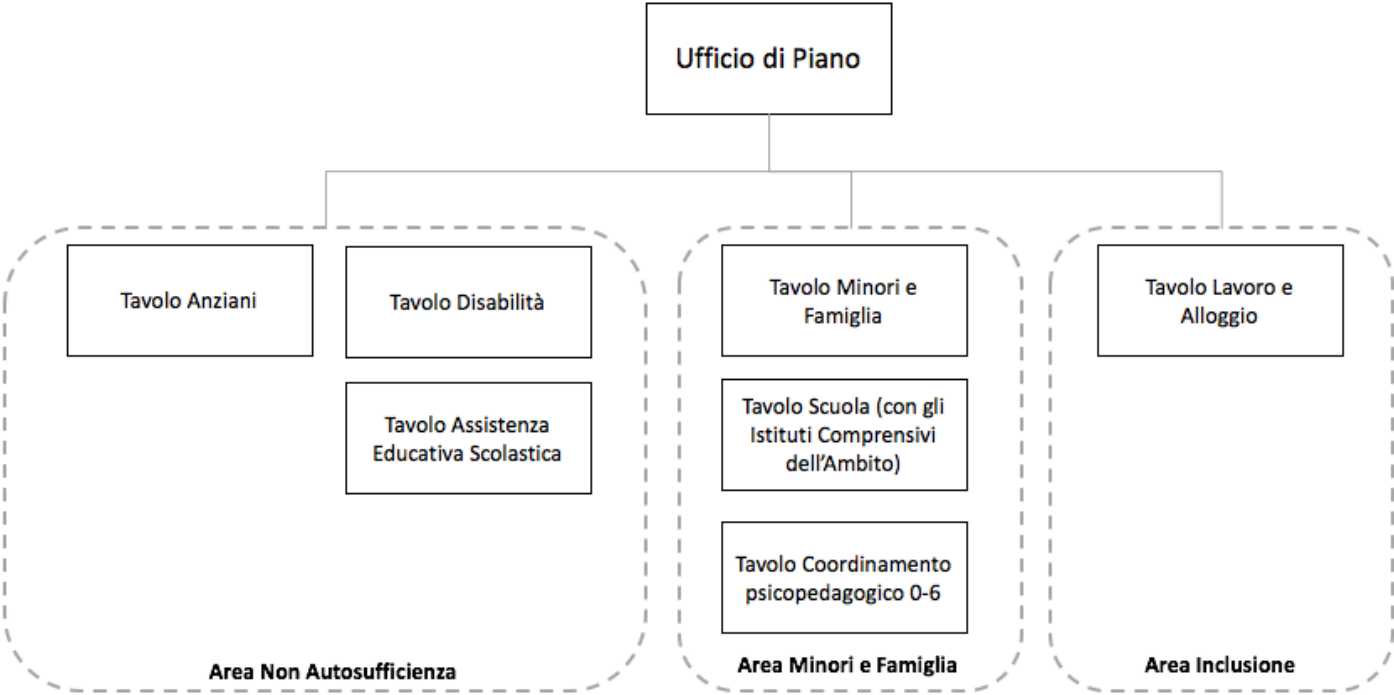
L'Assemblea dei Soci rappresentata dai Sindaci dei 17 Comuni costituisce la principale espressione degli indirizzi della politica aziendale e delle scelte gestionali da attuarsi nel territorio.



## 5.2 IL MODELLO DI GOVERNANCE E DI PARTECIPAZIONE DEL PIANO DI ZONA

Il modello di programmazione e azione del Piano di Zona vede il pieno coinvolgimento e la partecipazione attiva – possibilmente istituzionalizzata attraverso tavoli permanenti e altri strumenti di cooperazione autonomamente individuati dagli Ambiti – degli attori sociali che operano sul territorio (associazioni, sindacati, Enti di Terzo Settore, ecc.), che aiutano a veicolare nel sistema i bisogni e le criticità provenienti dalla società, co-progettando, co-programmando e co-realizzando azioni innovative in sinergia con gli attori istituzionali.

In continuità con la programmazione precedente si potenzierà il processo avviato di governance e di programmazione partecipata. A tal fine l’Ambito di Romano di Lombardia ha istituito i seguenti Tavoli di Area quali luogo di confronto stabile per il monitoraggio degli obiettivi declinati nel Piano di Zona:



## 5.3 L'ASSEMBLEA DEI SINDACI E L'UFFICIO DI PIANO

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Romano di Lombardia rappresenta l'organismo politico programmatico del Piano di Zona e svolge le seguenti funzioni:

- individua e sceglie le priorità e gli obiettivi delle politiche sociali;
- verifica la compatibilità tra impegni presi e risorse necessarie;
- delibera in merito all'allocazione delle risorse;
- governa il processo di integrazione tra i soggetti sottoscrittori e aderenti al Piano di Zona;
- effettua il governo politico del processo di attuazione del Piano di Zona;
- licenzia il documento del Piano di Zona quale documento di programmazione triennale;
- incentiva e verifica l'andamento del processo di gestione associata dei servizi;
- favorisce l'evoluzione della governance territoriale.
- fornisce ausilio al Collegio dei Sindaci e alla Conferenza dei Sindaci di Distretto nello svolgimento delle loro funzioni

L'Ufficio di Piano costituisce l'organismo di supporto all'Assemblea dei sindaci per la programmazione, ha la responsabilità della gestione tecnica-amministrativa e della valutazione del Piano di Zona.

L'Ufficio di piano di Romano di Lombardia, ha avviato negli anni un processo di programmazione partecipata che si concretizza nel lavoro di confronto e condivisione nei vari tavoli di sistema a cui partecipano sia rappresentanti degli Enti Istituzionali (Asst Bergamo Ovest, Istituti comprensivi, Provincia, Centro per l'Impiego, Comuni, Fondazioni ....) che rappresentanti di associazioni di volontariato e del Terzo settore, favorendo l'apporto e il contributo di esperienze e competenze di realtà significative all'interno della comunità.

L'Ambito assicura inoltre il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore, in attuazione del principio di sussidiarietà, mediante attività di co-programmazione e co-progettazione dei diversi interventi/servizi e progetti attivati nel territorio.

Il lavoro dei tavoli di sistema si articola in tre direzioni:

1. Programmazione partecipata
2. Laboratori di Comunità
3. Welfare generativo

Importante e significativo è il confronto e il raccordo con gli organismi provinciali quali: l'Ufficio Sindaci allargato all'ATS della Provincia di Bergamo (momento di raccordo tra il Collegio dei Sindaci, ATS e responsabili degli Uffici di Piano della Provincia di Bergamo); e distrettuali come ad esempio il raccordo con gli altri 3 Uffici di Piano (Treviglio, Dalmine, Isola Bergamasca) afferenti al territorio dell'ASST Bergamo Ovest per l'approfondimento di tematiche di interesse comune e la realizzazione di progetti e strategie condivise di interambito.

Alla luce dei nuovi scenari diventa quindi significativa la costruzione di una mappa di Governance territoriale e la revisione di strumenti di Governance già esistenti nel territorio: protocolli, linee guida, patti con le realtà del territorio, al fine di favorire la costruzione di spazi di integrazione dei servizi, reti di partenariato, spazi di programmazione negoziata e tavoli strategici finalizzati alla realizzazione di un welfare in grado di rispondere ai cambiamenti in corso, ricomponendo e sistematizzando le risorse umane, sociali, culturali ed economiche della Comunità.

# Capitolo 6

Analisi dei bisogni e delle problematiche emergenti

# 6.1 IL PROCESSO DI RACCOLTA DEI BISOGNI

Per l'analisi dei bisogni e della problematiche emergenti si è seguito un processo articolato che ha richiesto una raccolta sistematica dei dati, un'analisi approfondita delle esigenze del territorio e un coinvolgimento attivo della comunità e degli stakeholder. Attraverso un approccio partecipativo e orientato ai bisogni reali, è stato possibile costruire la nuova programmazione in grado di rispondere alla sfide sociali emergenti.

La raccolta di dati è stato un passo fondamentale per comprendere la situazione sociale e individuare i problemi emergenti. Sono stati utilizzate diverse fonti:

- Fonti ufficiali: Statistiche demografiche, economiche e sociali fornite da enti pubblici (ad esempio, ISTAT, enti locali, ATS, Provincia di Bergamo ecc.).
- Interviste individuali per raccogliere informazioni approfondite da attori chiave sia tra gli operatori dei comuni che del terzo settore, leader della comunità e membri delle categorie vulnerabili
- Tavoli di lavoro per ottenere un'analisi collettiva delle problematiche emergenti, raccogliendo opinioni e esperienze dirette da gruppi di persone coinvolte nel problema sul territorio.
- Osservazione diretta da parte degli operatori impegnati nei diversi servizi e progetti che ha permesso di raccogliere risvolti non rintracciabili dalle fonti ufficiali

I dati raccolti sono stati sistematizzati al fine di individuare problematiche e priorità

emergenti. Le fasi di questo lavoro sono state:

- Sintesi dei dati, fatta con una organizzazione e classificazione dei dati per temi e macroaree, cercando di cogliere i fenomeni emergenti, i segnali di disagio e le problematiche in aumento
- Identificazione, insieme degli stakeholder del territorio, delle problematiche più significative che vengono di seguito schematicamente illustrate per ogni area nelle schede successive



# 6.2 I WORKSHOP E LA PARTECIPAZIONE

Per facilitare la partecipazione sono stati organizzati rispettivamente sei workshop nel cui perimetro rientrano le macro aree di policy previste dalla Delibera regionale riferiti all’inclusione sociale, alla non autosufficienza, ai minori e la famiglia.

Gli stakeholder invitati ai workshop afferivano al mondo dei servizi istituzionali (ASC Solidalia, Comuni, ASST Bergamo Ovest, Istituti Comprensivi, Scuole secondarie di secondo grado, Centri di formazione professionale, Centro per l’Impiego), del no profit (Associazioni, Cooperative sociali, Fondazioni, Parrocchie), del mondo imprenditoriale e del lavoro (Associazioni di categoria, Organizzazioni sindacali, Banche, Aziende significative del territorio).

I 6 workshop sono stati presidiati metodologicamente al fine di rendere l’incontro produttivo e non formale. Lo schema di lavoro stato il seguente:

- Illustrazione sintetica del Piano di Zona e delle sue finalità
- Restituzione degli elementi salienti dalla programmazione in uscita e oggetto di valutazione
- Richiesta ai presenti di esprimersi attorno a:
  - gli aspetti di risorsa identificati come fondanti
  - gli aspetti di criticità riscontrati

- possibili piste di lavoro in cui l’ente di appartenenza può dare un apporto significativo (questo per evitare l’elencazione di desiderata irrealizzabili)

Nelle slide seguenti si illustrerà la sintesi del lavoro condotto nei diversi contesti partecipati.

Nel complesso la risposta all’invito è stata positiva, così come il grado di partecipazione dei presenti che sono riusciti sia a specificare meglio alcuni fenomeni in corso, sia a fornire spunti inediti per la programmazione futura.

In particolare si sottolinea la positività:

- della presenza di persone rappresentanti i beneficiari (cittadini utenti dei servizi per la non autosufficienza, membri di una associazione per disabili) che hanno offerto uno sguardo significativo sulla percezione del sistema dei servizi lato fruitore
- di rappresentanti del mondo dell’impresa (agenzie interinali, banche) che hanno manifestato opportunità convergenti rispetto all’intervento su persone in condizione di fragilità lavorativa

# 6.2.1 L'AREA NON AUTOSUFFICIENZA: ANZIANI

Il lavoro di analisi ha evidenziato le problematiche di seguito riportate:

- Difficoltà di accesso alla rete dei servizi sociali e sociosanitari da parte delle persone in condizioni di fragilità e dei loro caregiver familiari, sia per il reperimento delle informazioni che per l'orientamento e l'accompagnamento all'interno del sistema sempre più complesso e in continua evoluzione, con scarsa integrazione e circolarità delle informazioni tra i diversi punti di accesso, disomogeneità territoriale e settorializzazione, producendo confusione e aumentando la distanza tra domande e offerta, tra bisogni e risposte
- Frammentazione del sistema attuale dell'offerta, con difficoltà nella reale messa in rete ed integrazione tra servizi, interventi e misure afferenti a enti diversi, con impatto sui percorsi di cura e sui progetti individualizzati, scarsa connessione tra i diversi attori della rete nella realizzazione di prese in carico integrate in presenza di bisogni complessi e mancanza di sistemi digitali condivisi, generando confusione, sovrapposizione, discontinuità assistenziale e assenza di un accompagnamento nell'evolversi dei bisogni della persona fragile e della sua famiglia
- Vissuti di solitudine, fatica e stress dei caregiver familiari nel lavoro di cura per i loro cari che sperimentano quotidianamente, spesso sovraccarichi di impegni familiari e lavorativi,

- con la necessità di essere supportati non solo con sostegni di natura economica, ma con maggiore ascolto, orientamento, formazione, confronto, servizi domiciliari e aiuti concreti che facilitino il faticoso lavoro di cura e assistenza, permettendo loro un sollievo, attraverso il recupero di spazi, tempi ed energie per se stessi, prevenendo il loro esaurimento sul piano emotivo, fisico e morale che potrebbe portare al ricorso improprio per l'assistito a ricoveri in strutture residenziali
- Rischio di isolamento sociale e solitudine delle persone anziane, con restrizione del ruolo sociale e riduzione delle reti informali di protezione sociale, con effetti negativi sulla qualità di vita, sul benessere psicofisico e sull'autonomia funzionale, con necessità di maggiore socializzazione, partecipazione e coinvolgimento attivo delle persone anziane nella comunità di appartenenza in un'ottica preventiva e promozionale, nonché in qualità di risorsa intergenerazionale

# 6.2.2 L'AREA NON AUTOSUFFICIENZA: DISABILITA'

Il lavoro di analisi ha evidenziato le problematiche di seguito riportate:

- Mancanza di visione del Progetto di Vita della persona con disabilità, che dovrebbe partire da una valutazione multidimensionale e seguire il processo di crescita e di sviluppo, attraverso le tappe evolutive di maturazione della persona con disabilità e della sua famiglia, superando la frammentazione tra unità di offerta sociali e sociosanitarie, spesso separate e con difficoltà ad integrarsi.
- Fatica delle associazioni dei genitori a garantire un ricambio generazionale, dovuta alla scarsa adesione delle giovani famiglie di bambini con disabilità alle realtà associative. La crescente distanza sociale tra i genitori e la rete associativa è un fattore di rischio di isolamento sociale. Questo fenomeno ha un impatto diretto sulla vitalità e sul futuro di queste realtà associative che rischiano di indebolirsi e di perdere la capacità di offrire una rete informale di supporto.
- Limite dell'attuale Servizio di Assistenza Educativa Ad personam nel rispondere ai bisogni di supporto e inclusione scolastica e sociale dei minori con disabilità, derivante da una pluralità di fattori legislativi, organizzativi, economici , pedagogici e culturali. Permane all'interno di alcune istituzioni scolastiche la resistenza verso un modello più ecologico , di lavoro sui contesti, preferendo modelli organizzativi più chiusi , standardizzati in un'ottica più assistenziale dell'alunno con disabilità , rispetto a un approccio evolutivo , di valorizzazione delle diversità, per la realizzazione di un percorso di reale inclusione dell'alunno con disabilità nella scuola e in tutti i suoi contesti di vita.
- Aumento della richiesta di presa in carico di minori con diagnosi di spettro autistico e delle loro famiglie. Si registra infatti all'interno dei Servizi di Assistenza Educativa Scolastica erogato per un totale n. 342 minori una percentuale del 20% di bambini con diagnosi di spettro autistico. In generale ci sono richieste crescenti per servizi socio-sanitari e socio-educativi. Le famiglie di bambini con autismo necessitano di un supporto significativo, sia a livello emotivo che pratico. L'autismo può influire sulla dinamica familiare e sulla qualità della vita quotidiana.

## 6.2.3 L'AREA MINORI E FAMIGLIA

Il lavoro di analisi ha evidenziato le problematiche di seguito riportate:

- Aumento della fragilità genitoriale ed educativa delle famiglie, che riflette le difficoltà e le incertezze che i genitori e gli educatori possono affrontare nel processo di crescita e formazione dei bambini e dei ragazzi. Riguarda le situazioni in cui i genitori e gli adulti di riferimento, pur essendo impegnati nel loro ruolo educativo, si trovano in difficoltà a causa di fattori esterni o interni che minano la loro capacità di fornire un supporto stabile, coerente e affettivo ai minori.
- Isolamento delle Famiglie e scarsità di momenti di aggregazione e condivisione, con conseguenze negative sul benessere psicologico e sociale. L'assenza di spazi di confronto, di sostegno reciproco e di esperienze condivise può contribuire a sentimenti di solitudine, stress e frustrazione, aumentando la fatica a rispondere ai bisogni sia dei genitori che dei figli.
- L'aumento del disagio minorile e l'isolamento degli adolescenti sono fenomeni preoccupanti che stanno emergendo, influenzati da una serie di fattori psicologici, sociali ed economici. L'uso intensivo dei social media, come evidenziato da una ricerca effettuata nelle scuole primarie e secondarie del territorio, sembra causare un aumento del disagio psicologico tra i minori, con incremento di disturbi di depressione, ansia e disturbi alimentari. Inoltre molti minori (come confermato dal numero di procedimenti del TM/TO) affrontano situazioni familiari complesse: divorzi, separazioni o relazioni familiari difficili che influiscono negativamente sul loro benessere emotivo. Infine

l'isolamento sociale è un problema in crescita tra gli adolescenti, che spesso si sentono emarginati o non compresi dai loro coetanei o dagli adulti.

- L'aumento dei casi di violenza domestica, in particolare di violenza contro le donne da parte dei partner, è un fenomeno preoccupante che ha un impatto devastante non solo sulla vittima, ma anche sui figli minori che vivono in un ambiente domestico violento. Si è inoltre rilevato l'intensificarsi di relazioni disfunzionali a partire già dalla preadolescenza caratterizzate da violenza verbale, elevato controllo, favorito da un inadeguato utilizzo della tecnologia più avanzata (geolocalizzazione, app spia).

## 6.2.4 L'AREA INCLUSIONE E CONTRASTO ALLA POVERTA'

Il lavoro di analisi ha evidenziato le problematiche di seguito riportate:

- Mancanza di un approccio condiviso della presa in carico delle persone in condizione di grave marginalità o a grave rischio di povertà e di emarginazione. Le persone che vivono in condizioni di grave disagio sociale ed economico, infatti, necessitano di interventi integrati che non solo rispondano ai bisogni immediati, ma che siano anche in grado di sostenere un processo di inclusione duraturo.
- Forte fabbisogno alloggiativo per fasce deboli a cui non esiste adeguata risposta né istituzionale né del mercato immobiliare privato. Si fa riferimento a gruppi di persone o famiglie che si trovano in condizioni economiche, sociali o fisiche svantaggiate, e che non riescono ad accedere al mercato immobiliare a causa di difficoltà economiche, discriminazione o altre barriere.
- Mancanza di integrazione delle politiche del lavoro e delle politiche di welfare non garantisce un accesso equo al mercato del lavoro e non facilita l'inserimento lavorativo di nuove fasce di popolazione vulnerabili, che richiedono un approccio integrato e multidimensionale che superi le barriere strutturali e sociali.
- Difficoltà a intercettare soggetti NEET nelle politiche per il lavoro in quanto questi giovani, che non sono impegnati né in attività educative né professionali, si trovano in una condizione di "disconnessione" sociale ed economica, che rende difficile intercettarli e motivarli a rientrare nel ciclo di formazione o di inserimento lavorativo.

# Capitolo 7

Individuazione degli obiettivi della programmazione  
2025-2027

# 7.1 CONTINUITA' E CONSOLIDAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI

La gestione associata dei servizi, attraverso la costituzione dell'Azienda Speciale Consortile, ha consentito nel corso degli anni di:

- avere una struttura stabile e ben radicata sul territorio;
- sviluppare e consolidare una rete di servizi;
- promuovere un processo continuo di aggiornamento e miglioramento dei servizi;
- rispondere in modo tempestivo e appropriato ai continui nuovi bisogni emergenti.

La nuova programmazione, seppur orientata all'innovazione del welfare locale, non può prescindere dalla continuità e dal consolidamento della rete dei servizi presenti sul territorio.

La continuità e il consolidamento rappresentano infatti aspetti fondamentali per garantire una risposta efficace e sostenibile alle esigenze delle persone e delle comunità. In un contesto in cui le sfide sociali sono in continua evoluzione, è cruciale che i servizi offerti siano in grado di adattarsi alle necessità dei cittadini, mantenendo al contempo una struttura stabile e ben radicata sul territorio.

La continuità dei servizi implica non solo il mantenimento delle risorse e delle prestazioni, ma anche un continuo processo di aggiornamento e miglioramento, affinché possano rispondere in modo tempestivo e appropriato alle emergenze sociali, sanitarie ed economiche.

Il consolidamento, d'altra parte, riguarda la costruzione di una rete solida tra i vari attori del territorio — istituzioni, enti locali, associazioni e cittadini — al fine di favorire l'integrazione dei servizi, evitando duplicazioni e disservizi. In questo quadro, la pianificazione, la gestione e la valutazione dei servizi sociali diventano strumenti indispensabili per il rafforzamento di un sistema che possa garantire benessere e inclusione a tutti i membri della comunità.

Partendo dalla valutazione del passato, la programmazione del nuovo triennio punta a mantenere una continuità dei servizi e consolidamento degli stessi, con un'attenzione alle criticità evidenziate durante il monitoraggio.

Le seguenti tabelle evidenziano i servizi/progetti che verranno mantenuti e consolidati anche nella prossima triennalità.

# 7.1.1 CONTINUITA' E CONSOLIDAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI: AREA NON AUTOSUFFICIENZA

SERVIZI/PROGETTI		PRIORITA'
Area della non autosufficienza	EVM (Equipe di Valutazione Multidimensionale)	Gestione integrata dei percorsi di cura attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Valutazione Multidimensionale dei bisogni;</li> <li>-Miglioramento della procedura delle dimissioni protette;</li> <li>-Miglioramento qualità della presa in carico integrata con relativa costruzione del Progetto Individualizzato</li> </ul>
	Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD e SADL )	Potenziamento del servizio Integrazione socio-sanitaria
	Sportello/Registro Assistenti familiari	Consolidamento delle attività
	Servizio di Sollievo Domiciliare	Potenziamento del servizio
	PTD (Progetti Territoriali per Disabili)	Potenziamento e flessibilità del servizio Integrazione socio-sanitaria
	CDD (Centro Diurno Disabili)	Potenziamento e flessibilità del servizio Integrazione socio-sanitaria
	Spazio Autismo	Ampliamento del servizio
	Dopo di Noi	Consolidamento della misura
	Servizio di Sollievo residenziale	Consolidamento del servizio Orientamento adeguato della domanda per i posti in RSA o CSS/RSD
	Misure FNA (B1 e B2)	Potenziamento dell'equipe per la gestione integrata delle misure (Buoni e Voucher Sociali)
	Misura Bonus Assistenti Familiari	Integrazione socio-sanitaria
	Assistenza Educativa Scolastica	Ampliamento e sperimentazione



# 7.1.2 CONTINUITA' E CONSOLIDAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI: AREA MINORI E FAMIGLIA

SERVIZI/PROGETTI		PRIORITA'
Area Minori e Famiglia	Progetto "Aiuto alla nuove mamme"	Continuità del servizio
		Integrazione con Consultori Familiari pubblici e privati/centro famiglia
	Sportelli psico-pedagogici 0-6 anni	Consolidamento del servizio e integrazione con unità di offerta Prima Infanzia, Scuole dell'infanzia e Consultori familiari
	Coordinamento pedagogico 0-6	Continuità del coordinamento
	Piano Formativo personale educativo unità	Proseguimento gestione percorsi formativi
	Piano Offerta Formativa a sostegno delle competenza genitoriali	Consolidamento del servizio
		Integrazione con Consultorio Familiare e scuole
	Progetto «Porcospini»	Ampliamento del servizio in collaborazione con Istituti Comprensivi e terzo settore
	Progetto «Crescere Connessi» – Impatto educativo didattico nuove tecnologie	Ampliamento del progetto alle classi 2 della Scuola Primaria e Sperimentazioni sulle Scuole Infanzia
		Formazione docenti e genitori in co-programmazione con il terzo Settore
	Coordinamento Servizi/Progetti per le scuole	Potenziamento del servizio
	Servizio di Assistenza domiciliare minori (ADM)	Potenziamento e rimodulazione del servizio
	Servizio Incontri protetti	Ampliamento del servizio
	Servizio Affidi	Riorganizzazione del servizio
		Integrazione con Consultorio Familiare e terzo settore
	Servizio Tutela Minori	Potenziamento del servizio
		Allargamento del perimetro d'intervento
	Sportello per donne vittime di violenza	Integrazione con ASST e Centri Antiviolenza
	Progetto PIPPI	Consolidamento e ampliamento
	Housing sociale per donne vittime di violenza	Consolidamento e ampliamento

# 7.1.3 CONTINUITA' E CONSOLIDAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI: AREA INCLUSIONE SOCIALE

SERVIZI/PROGETTI		PRIORITA'
Area inclusione sociale	Equipe Inclusione Sociale	Potenziamento dell'equipe
	SFA	Ampliamento del servizio
	Nucleo Integrazione Lavorativa (NIL)	Ampliamento del perimetro di intervento del servizio
	PRR Progetti Riabilitativi Risocializzanti	Ampliamento target utenza
	Progetti Neet	Ampliamento del target utenza
	Misure di contrasto alla povertà	Gestione associata e integrazione socio-sanitaria
	Progetti sulla grave marginalità	Potenziamento del servizio
		Integrazione socio-sanitaria

# 7.1.4 CONTINUITA' E CONSOLIDAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI: AREA TRASVERSALE

SERVIZI/PROGETTI		PRIORITA'
Area Trasversale	Segretariato sociale	Potenziamento del Servizio Sociale
		Implementazione Cartella Sociale Informatizzata (Health Portal)
	Progetto Gioco d'Azzardo	Consolidamento azioni nelle scuole e nel territorio in co-programmazione con il terzo settore
	Mediazione culturale	Riattivazione del servizio per i servizi sociali comunali e di Tutela Minori

# 7.1.5 CONTINUITA' E CONSOLIDAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI: UFFICIO DI PIANO

	PRIORITA'
Ufficio di Piano	Consolidamento della funzione programmatoria e di governance
	Prosecuzione del coordinamento e dell'attività formativa per gli Assistenti Sociali
	Percorsi di supervisione per gli Assistenti Sociali dell'Ambito

# 7.2 L'ELENCO DEGLI OBIETTIVI/AZIONI PER LA TRIENNALITA' 2025-27

Area Non autosufficienza – Anziani e Disabili	Area Inclusione Sociale	Area Famiglia	Area trasversale
<ul style="list-style-type: none"><li>• PUA e Punti Integrati Decentrati</li><li>• Valutazione multidimensionale* e potenziamento dei servizi domiciliari e di sollievo</li><li>• Promozione dell'invecchiamento attivo</li><li>• Assistenza educativa scolastica di plesso</li><li>• Progetto autismo</li><li>• Progetto di vita</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Potenziamento delle azioni di contrasto alla povertà</li><li>• Sistema casa</li><li>• Servizio di inclusione lavorativa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contrasto e prevenzione della violenza domestica</li><li>• Potenziamento delle politiche giovanili di ambito</li><li>• Sostegno alla genitorialità</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Piano Locale GAP</li><li>• Segretariato sociale in tutti i comuni</li><li>• Mediazione culturale territoriale</li></ul>

\* La Valutazione multidimensionale è un obiettivo trasversale a tutte le aree

## 7.3 AREA NON AUTOSUFFICIENZA: ANZIANI

Dall'analisi dei bisogni emersi nell'Area Non Autosufficienza grazie all'elaborazione dei dati della domanda e dell'offerta territoriale, dei dati demografici che mostrano un progressivo invecchiamento della popolazione e di quanto emerso negli workshop che hanno coinvolto gli stakeholders del territorio afferenti all'Area Anziani, si è proceduto ad elaborare gli obiettivi per la prossima programmazione triennale, tenendo conto dei Leps individuati come prioritari dalle Linee di Indirizzo regionali.

In primo luogo, nella prossima triennalità si vuole promuovere, agevolare e semplificare l'accesso alla rete dei servizi sociali e sociosanitari. Si implementeranno i Punti Unici di Accesso, sperimentandoli non solo nella Casa di Comunità, ma anche in altri punti strategici con la creazione di Punti di Ascolto Decentrati, mettendo ognuno di essi nella condizione di essere luogo di ascolto, informazione, orientamento e accompagnamento in merito a tutto il sistema di offerta, superando la frammentazione, connettendo e qualificando l'esistente. Si ritiene di includere nel sistema di accesso, in una logica di welfare di prossimità, anche gli attori presenti sul territorio che intercettano, accolgono e rispondono a vario titolo ai bisogni delle persone in condizioni di non autosufficienza e delle loro famiglie. Nella costruzione di tale sistema di prevede di sviluppo e la realizzazione di uno strumento digitale di conoscenza e di ricomposizione dei servizi sociali e sociosanitari da mettere a disposizione dei PUA e dei Punti di Ascolto Decentrati, promuovendo omogeneità e

unitarietà delle informazioni.

Risulta prioritario promuovere il superamento della frammentazione del sistema attuale dell'offerta sociale e socio-sanitaria, realizzando una presa in carico integrata delle persone anziane in condizione di non autosufficienza, a partire da una valutazione multidimensionale dei bisogni fino all'elaborazione di progetti individualizzati integrati e partecipati, garantendo continuità nei percorsi di cura. La valutazione multidimensionale verrà implementata, come necessaria lettura complessiva dei bisogni della persona fragile e del suo nucleo familiare, attraverso il consolidamento dell'equipe integrata Ambito-Distretto, composta da personale adeguatamente formato, garantendo l'apporto necessario di tutte le professionalità per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. L'EVM ha il compito di tradurre gli esiti della valutazione in un Progetto Individualizzato, predisposto d'intesa con la persona interessata e il caregiver familiare, monitorandone periodicamente l'andamento e l'efficacia, individuando la figura del Case Manager

## 7.3 AREA NON AUTOSUFFICIENZA: ANZIANI

Altro obiettivo fondamentale è la promozione della domiciliarità, al fine di consentire alla persona anziana di rimanere al proprio domicilio e nel contesto sociale di appartenenza. Innanzitutto, occorre potenziare i servizi domiciliari, sia in termini quantitativi che qualitativi, attraverso un incremento e diversificazione degli interventi (SAD e SAD a bassa intensità). Risulta inoltre prioritario, in stretta connessione con il Progetto Provinciale Caregiver, “aver cura di che si prende cura”, ovvero dei caregiver familiari, una realtà silente e intergenerazionale, con carichi di cura e vissuti di solitudine, che necessitano soprattutto di servizi di supporto domiciliare al faticoso lavoro di cura e assistenza, permettendo loro un sollievo temporaneo, attraverso il recupero di spazi, tempi ed energie per se stessi, prevenendo il loro esaurimento sul piano emotivo, fisico e morale che potrebbe portare al ricorso improprio per l’assistito a ricoveri in strutture residenziali/ospedaliere.

Infine, si introdurranno, grazie anche al Progetto “Invecchiamento Attivo”, azioni di contrasto all’isolamento sociale e alla solitudine delle persone anziane, nonché di promozione del loro benessere. Tali interventi richiedono un approccio integrato che coinvolge i diversi attori territoriali: istituzioni, comunità, famiglie, professionisti della salute e della cura. Fondamentale è l’integrazione con i percorsi di prevenzione della salute e del benessere attivati dall’ASST Bg Ovest. Le azioni sono finalizzate al

mantenimento e al rafforzamento dei legami sociali e delle reti di prossimità, in spazi e tempi di aggregazione, socializzazione e inclusione sociale; alla promozione dell’autonomia, del benessere fisico e psicologico, contrastando i processi di decadimento psico-fisico; a rendere gli anziani protagonisti attivi nella propria vita, creando un contesto comunitario che permetta loro di sentirsi inclusi, sicuri, rispettati e connessi con gli altri, anche in un’ottica intergenerazionale.

7.3.1.A AREA NON AUTOSUFFICIENZA: PUA E PUNTI DI ASCOLTO DECENTRATI

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <p>Promuovere, agevolare e semplificare l'accesso dei cittadini, ricomponendo l'offerta esistente a partire da un'integrazione dell'informazione relativa ai vari soggetti coinvolti nel percorso di accesso e risposta ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie</p>	<p><b>3) Target</b></p> <p>Persone anziane in condizioni di fragilità e soggetti con disabilità e loro famiglie</p>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, in quanto l'informazione è trasversale a tutte le macro aree di policy</p>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Attivazione dei PUA e di Punti di Ascolto Decentrati sul territorio collegati al PUA della Casa di Comunità, valorizzando la rete delle antenne sociali istituzionali e non, in modo da favorire ed ottimizzare l'intercettazione del bisogno</li> <li>Contatto con diversi soggetti del territorio, istituzionali e non, che a partire dalla loro funzione di antenne sociali divengano dei Punti Integrati Decentrati in grado di contattare, orientare e accompagnare i cittadini ai servizi esistenti di cui hanno bisogno</li> <li>Sviluppo e realizzazione di uno strumento digitale di ricomposizione dei servizi sociali e socio-sanitari da mettere a disposizione dei PUA</li> </ul>	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 80.000 all'anno</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Integrazione e rafforzamento del collegamento tra nodi della rete</li> <li>Accesso ai Servizi</li> <li>Digitalizzazione dell'accesso (per gli aspetti informativi)</li> <li>Integrazione e rafforzamento del collegamento tra nodi della rete</li> </ul>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>n. 1 assistente sociale di Ambito e n. 1 operatore sociale di Ambito</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>Sì</p>
		<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>Sì, per la co-costruzione e l'aggiornamento dello strumento digitale con cui realizzare l'attività comunicativa tra i vari PUA e Punti di Ascolto Decentrati</p>



# 7.3.1.B AREA NON AUTOSUFFICIENZA: PUA E PUNTI DI ASCOLTO DECENTRATI

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b></p> <p>Sì, in collaborazione con gli altri ambiti afferenti al territorio dell' ASST BG Ovest (Dalmine, Isola Bergamasca e Treviglio)</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b></p> <p>Sì, poiché è stato costituito all'uopo un Tavolo di Sistema con la finalità di mettere a punto una bozza di strumento digitale, di sperimentarne l'utilizzo e di avviare la formalizzazione di un successivo accordo di Ambito tra gli enti coinvolti</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b></p> <p>Sì, il coinvolgimento di tutti gli enti e realtà territoriali che offrono servizi a favore del target previsto, compreso i servizi sociali comunali con la loro attività di segretariato sociale</p>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b></p> <p>Sì</p>		
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b></p> <p>Sì, tratta di un servizio rivisto e potenziato alla luce della valutazione effettuata sul triennio precedente</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b></p> <p>No</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <p>Semplificare l'accesso alla rete dei servizi sociali e sociosanitari da parte delle persone in condizioni di fragilità e dei loro caregiver familiari, sia per il reperimento delle informazioni che per l'orientamento e l'accompagnamento all'interno del sistema dei servizi</p>
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b></p> <p>No</p>	<p><b>16) 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</b></p>	

### 7.3.1.C AREA NON AUTOSUFFICIENZA: PUA E PUNTI DI ASCOLTO DECENTRATI

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Si tratta di un bisogno consolidato</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <p>Costituzione di un gruppo di lavoro interambiti e con ASST BG Ovest per la progettazione e realizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dei PUA/Punti di Ascolto Decentrati. Dal punto di vista organizzativo si prevede la produzione di un documento progettuale/accordo che definisca i compiti tra i vari soggetti, le sedi dei PUA/Punti di Ascolto Decentrati, un organigramma e un diagramma di flusso per l'accessibilità del cittadino, le prestazioni offerte (Indicatori: n. incontri e n. di operatori presenti) e gli strumenti di valutazione da utilizzare</li><li>• del dispositivo digitale quale strumento di utilizzo da parte degli operatori per l'informazione/orientamento al cittadino e del suo puntuale aggiornamento (Indicatori: n. incontri e n. di operatori presenti)</li></ul>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Promozionale</p>	
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>La messa in rete dell'esistente prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• per il Punti di Ascolto Decentrati una configurazione non solo di luogo fisico per l'erogazione, ma anche di un nuovo modello organizzativo di accesso unitario, integrato e universalistico</li><li>• Rispetto allo strumento infografico, una convergenza sui modi e strumenti di comunicazione degli enti coinvolti che favorisca l'informazione/orientamento al cittadino in modo uniforme e completo</li></ul>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sottoscrizione di un protocollo operativo di funzionamento del PUA e dei Punti di Ascolto Decentrati sulla base degli aspetti progettuali concordati. In tale documento andrà specificato se si tratta di Punti di Ascolto Decentrati che svolgono solo funzione di Front Office o PUA che svolgono sia funzione di Front Office che di Back Office. (<i>Indicatori</i>: n. di Punti attivati e loro distribuzione territoriali, n. di accessi e n. di persone, n. di agenzie pubbliche e private coinvolte con i Punti)</li><li>• Realizzazione dello strumento digitale (n. di enti che condividono le loro informazioni sullo strumento, n. di accessi allo strumento suddivisi per caratteristiche delle persone, periodo di consultazione, provenienza, oggetto della consultazione)</li></ul>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>Si, in particolare quelli organizzativi e gestionali relativamente alla comunicazione da realizzare tra i vari PUA e Punti di Ascolto Decentrati</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b></p> <p>Semplificazione dell'accesso alla rete servizi sociali e socio-sanitari e appropriatezza dell'orientamento e dell'accompagnamento all'interno del sistema da misurarsi con questionari somministrati agli utenti, da analisi sull'accesso al punto di ascolto</p>

# 7.3.2.A AREA NON AUTOSUFFICIENZA: VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DOMICILIARI E DI SOLLIEVO

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilità per la persona anziana di rimanere al proprio domicilio e nel proprio contesto sociale</li> <li>• Promozione di una presa in carico integrata delle persone anziane in condizione di fragilità, a partire dalla valutazione multidimensionale dei bisogni fino alla costruzione di progetti sociosanitari individualizzati e partecipati e continuità di cura</li> <li>• Potenziamento di servizi domiciliari sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, della voucherizzazione e dei servizi di sollievo per permettere ai caregiver familiari la conciliazione dei tempi di cura/lavoro e di sollevarsi temporaneamente dal carico psico-fisico</li> </ul>	<p><b>3) Target</b></p> <p>Persone anziane in condizioni di fragilità e soggetti con disabilità e loro famiglie</p>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, in quanto l'informazione è trasversale alle seguenti macro aree di policy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Domiciliarità</li> <li>• Anziani</li> <li>• Interventi per la famiglia</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidamento e formalizzazione dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) Ambito/Distretto c/o la Casa di Comunità e attivazione di EVM territoriali</li> <li>• Consolidamento della procedura di Dimissione Protetta per attivare la rete territoriale per persone anziane fragili in dimissione da strutture ospedaliere</li> <li>• Incremento e diversificazione del SAD con il consolidamento del SAD a bassa intensità per rispondere a bisogni socio-assistenziali e tutelari di anziani poco compromessi nelle autonomie funzionali</li> <li>• Ampliamento del Servizio di Sollievo Domiciliare temporaneo, sia in termini quantitativi che qualitativi, rispondendo con flessibilità ai bisogni espressi dai caregiver di sollievo dai compiti di cura e assistenza</li> <li>• Prosecuzione del progetto provinciale "Caregiver"</li> </ul>	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 530.000 annui</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia e domiciliarità</li> <li>• Flessibilità</li> <li>• Allargamento del servizio a nuovi soggetti</li> <li>• Integrazione con gli interventi domiciliari a carattere sociosanitario</li> <li>• Personalizzazione dei servizi</li> <li>• Ruolo famiglie e care giver</li> <li>• Caregiver femminili familiari</li> </ul>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>n. 2 Assistenti Sociali di Ambito - Assistenti sociali dei Comuni dell'Ambito (in qualità di invianti e segnalanti e nel loro ruolo di monitoraggio continuo sulla progettualità degli utenti)</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>Sì</p>
		<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>Sì nella partecipazione alla Equipe di Valutazione Multidimensionale, nelle Dimissioni Protette e nel Progetto Caregiver</p>

# 7.3.2.B AREA NON AUTOSUFFICIENZA: VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DOMICILIARI E DI SOLLIEVO

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b></p> <p>Sì e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• gli Ambiti ASST BG Ovest per EVM, le Dimissioni Protette e l'Incremento Sad</li><li>• tutti gli Ambiti provinciali per il per Progetto ATS Provinciale Caregiver</li></ul>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b></p> <p>SI (Progetto Caregiver a livello provinciale)</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b></p> <p>SI, associazioni pensionati e anziani del territorio</p>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b></p> <p>SI</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b></p> <p>SI (Progetto Caregiver a livello provinciale)</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <p>L'intervento risponde al bisogno di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Superare la frammentazione del sistema attuale dell'offerta e la discontinuità assistenziale nei percorsi di cura</li><li>• Favorire la permanenza della persona anziana al proprio domicilio e nel proprio contesto di vita, prevenendo il ricorso improprio a strutture residenziali e/ospedaliere.</li><li>• Prevenire l'isolamento e solitudine nelle varie fasi della senilità e promuovendo il benessere e l'autonomia</li><li>• Fronteggiare i vissuti di solitudine, fatica e stress dei caregiver familiari nel lavoro di cura quotidiano</li></ul>
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b></p> <p>No, il servizio intende consolidare e ampliare servizi già attivi e presenti nelle programmazioni precedenti</p>	<p><b>16) 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</b></p>	
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b> SI, riguardo il Progetto Caregiver realizzato da ATS Bergamo con il supporto di tutti gli ambiti territoriali</p>		

# 7.3.2.C AREA NON AUTOSUFFICIENZA: VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DOMICILIARI E DI SOLLIEVO

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Il bisogno è consolidato e in continua crescita come dimostrato dall'andamento demografico di questi ultimi decenni e mostrato dagli indicatori di Invecchiamento e vecchiaia. La risposta a questo dato ormai strutturale e in progressiva espansione è sostenuta anche dall'introduzione dei LEPS obbligatori di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Incremento SAD</li><li>• Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM</li><li>• Servizi sociali per le dimissioni protette</li></ul>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <p>Messa a punto di un documento in accordo con ASST che preveda la definizione di procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la valutazione (per casi con bisogni sociali verrà effettuata dal Servizio Sociale Comunale mentre per casi con bisogni socio-sanitari complessi verrà effettuata dall'EVM)</li><li>• la redazione di un Progetto individualizzato integrato e partecipato</li><li>• l'attivazione dei Servizi e degli interventi e per le dimissioni protette</li><li>• il monitoraggio e la verifica</li></ul>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Promozionale</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <p>La messa a regime dell'EVM. Gli indicatori adottati saranno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• N. di EVM attivate nel corso dell'anno</li><li>• N. incontri formativi fatti a livello provinciale o di sub Ambito</li><li>• N. di operatori partecipanti all'EVM</li><li>• N. di casi in cui è stato necessario un secondo livello di valutazione (EVM)</li><li>• Tempo medio di attivazione dei servizi</li><li>• N. di dimissioni protette effettuate nell'anno</li><li>• N. CSI aperte per le dimissioni protette</li><li>• N. di nuove attivazioni SAD nel corso dell'anno</li><li>• N. di nuove attivazioni di Sollievo domiciliari nel corso dell'anno</li></ul>
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>Lo sforzo è quello di superare la frammentazione delle risposte esistenti attraverso il riconoscimento delle funzioni e competenze dei diversi enti coinvolti nel processo erogativo, nella prospettiva di garantire alle persone più fragili e ai loro caregiver le cure necessarie al loro benessere e sicurezza</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b></p> <p>Sollievo delle condizioni di salute delle persone fragili e in particolare dei caregiver, misurabile con questionari di valutazione collegati alle prestazioni erogate e focus group/interviste in profondità</p>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>Sì (Cartella Sociale Informatizzata)</p>	

### 7.3.3.A AREA NON AUTOSUFFICIENZA: PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b>                      Contrastare l'isolamento sociale e la solitudine della persona anziana, favorendo il mantenimento e la costruzione di legami sociali e di reti di prossimità, in spazi e tempi di aggregazione, socializzazione e inclusione sociale. Promuovere il benessere e una vita indipendente, sana e sicura della persona anziana, contrastando i processi di decadimento psico-fisico</p>	<p><b>3) Target</b>                      Persone anziane</p>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b>                      Sì in quanto il fenomeno è trasversale alle seguenti macro aree di policy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Domiciliarità</li> <li>• Anziani</li> <li>• Interventi per la famiglia</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzazione di incontri e iniziative su tematiche di attualità, arte ,cultura, scienza, territorio, sicurezza, benessere per favorire momenti di socializzazione, confronto, conoscenza e sviluppo di competenze con la collaborazione delle realtà associative e delle risorse comunitarie formali ed informali presenti sul territorio</li> <li>• Promozione del Progetto "La mia salute è al sicuro - Barattolo di emergenza Lions". Distribuzione di un barattolo alle persone anziane e/o disabili che vivono da sole. Il barattolo contiene un modulo con le informazioni personali sanitarie importanti e necessarie in caso di emergenza. Distribuzione del dispositivo grazie alla collaborazione dei servizi sociali e sanitari territoriali</li> </ul>	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b>                      € 3500 annui</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia e domiciliarità</li> <li>• Rafforzamento delle reti sociali</li> <li>• Contrasto all'isolamento</li> <li>• Promozione di stili di vita sani</li> <li>• Promozione del benessere</li> </ul>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b>                      1 Assistente Sociale</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione</b>                      Sì</p>
		<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b>                      Sì</p>

7.3.3.B AREA NON AUTOSUFFICIENZA:  
 PROMOZIONE DELL’INVECCHIAMENTO ATTIVO

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b>                      Sì con l'Ambito di Treviglio</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b>                      Sì</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b>                      Sì, presso realtà associative tra cui i Lions Club, centri anziani</p>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b>                      Sì</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b>                      No</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b>                      Prevenire l'isolamento sociale e la solitudine delle persone anziane, con restrizione del ruolo sociale e riduzione delle reti informali di protezione sociale, con effetti negativi sulla qualità di vita, sul benessere psicofisico e sull'autonomia funzionale, con necessità di maggiore socializzazione, partecipazione e coinvolgimento attivo delle persone anziane nella comunità di appartenenza in un'ottica preventiva e promozionale, nonché in qualità di risorsa intergenerazionale.</p>
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b>                      Sì</p>	<p><b>16) 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</b></p>	
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b>                      No</p>		

# 7.3.3.C AREA NON AUTOSUFFICIENZA: PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Il bisogno è consolidato e in continua crescita come dimostrato dall'andamento demografico di questi ultimi decenni e mostrato dagli indicatori di Invecchiamento e vecchiaia</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Organizzazione delle iniziative con il coinvolgimento delle realtà associative e dei Centri Anziani del territorio.</li><li>• Distribuzione dei barattoli con la collaborazione dei servizi territoriali che si occupano di assistenza domiciliare</li></ul>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Preventivo</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• N. Partecipanti agli incontri/attività proposti</li><li>• N. Anziani soli coinvolti</li><li>• N. Anziani contattati per «Barattolo Emergenza»</li><li>• N. Anziani che hanno aderito all'iniziativa «Barattolo Emergenza»</li><li>• Gradimento attività attraverso somministrazione questionari</li></ul>
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>Si: il Lions Club del territorio hanno richiesto la collaborazione dell'Ambito e dell'ASST per promuovere l'iniziativa «Barattolo dell'Emergenza»</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento del n. delle persone anziane iscritte alle associazioni del territorio</li><li>- Modifica nel tempo dei comportamenti e degli stili di vita, rilevata attraverso interviste in profondità o Focus Group.</li></ul>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>No</p>	



# 7.4 AREA NON AUTOSUFFICIENZA: DISABILITA’

Negli incontri con gli stakeholders del territorio afferenti all’Area Disabilità avvenuti periodicamente è emerso come tema principale quello del Progetto di Vita e della qualità della vita, tanto da ritenerlo elemento prioritario per la futura progettazione. Progettare in modo personalizzato significa riconoscere che ogni individuo ha una propria personalità differente dagli altri, riconoscendone l’unicità ed evitando l’omologazione alla categoria.

Nel corso del triennio precedente sono stati realizzati nell’Ambito diversi interventi che hanno permesso ad operatori, politici e famiglie di focalizzare meglio il tema del progetto di Vita. Sono state avviate azioni concrete su progettualità specifiche (es Dopo di noi) che hanno permesso di sperimentare modalità operative di valutazione multidimensionale e progettualità condivisa tra diverse professioni, enti e famiglie. Alla luce dell’esperienze avviate si ritiene prioritario lavorare sulla governance e garantire sul territorio una filiera integrata di servizi che accompagni la persona con disabilità nel percorso di vita, con particolare attenzione alle fasi di passaggio, tra cui la conclusione del ciclo di studi e l’uscita dal nucleo familiare di origine.

Nell’ottica del Progetto di Vita s’intende proseguire ed ampliare la sperimentazione del servizio di assistenza educativa di plesso, estendendola a tutti gli Istituti Comprensivi del territorio. Questo processo prevederà momenti di formazione rivolti ai docenti e agli educatori dei plessi scolastici con l’équipe di formazione di Specchio Magico, incontri di supervisione mensile ai docenti e agli educatori; monitoraggio e verifica periodica del progetto. Tale progetto è stato co-programmato e co-progettato con gli enti del terzo settore accreditati per l’erogazione del servizio di assistenza educativa scolastica. Si prevede di sviluppare una proposta di protocollo scuola – servizi sociali (Ambito/Comuni) e servizi sanitari (Uonpia) per l’attuazione di percorsi

integrati.

Visto il progressivo aumento di alunni con diagnosi di spettro autistico, con richieste crescenti di presa in carico per i servizi socio-sanitari e socio-educativi, s’intende sviluppare e implementare un sistema integrato di supporto ai minori e alle loro famiglie, a partire dall’attivazione dell’équipe di valutazione multidimensionale. Si ritiene pertanto importante la sottoscrizione di un Protocollo Operativo con la Uonpia, finalizzato a una presa in carico globale.

A supporto delle famiglie è prevista l’apertura di uno sportello di ascolto, informazione e orientamento alla rete dei servizi e delle misure previste.

Sviluppo di programmi di supporto psico-educativo per i genitori, offrendo consulenze, corsi di formazione e spazi di ascolto, per migliorare la qualità della vita delle famiglie e aumentare l’efficacia del trattamento.

Sensibilizzazione e advocacy (Autism Friendly) con promozione di iniziative di sensibilizzazione per migliorare la comprensione sociale dell’autismo, contrastando lo stigma e migliorando l’inclusione delle persone con autismo a scuola, al lavoro e nella comunità.

Proseguimento dei laboratori di videogame therapy presso lo Spazio Autismo come strumento di potenziamento cognitivo e relazionale e ampliamento dell’offerta educativa. Tali laboratori sono inoltre aperti a tutta la cittadinanza, favorendo lo sviluppo di pratiche inclusive.

## 7.4.1.A AREA NON AUTOSUFFICIENZA: PROGETTO DI VITA

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <p>Lavorare sulla governance per l'assunzione dell'approccio del progetto di vita, garantendo sul territorio una filiera integrata di servizi che accompagni la persona con disabilità nel percorso di vita, con particolare attenzione alle fasi di passaggio, tra cui la conclusione del ciclo di studi e l'uscita dal nucleo familiare di origine ( Vita indipendente e Dopo di noi)</p> <p>Favorire la costruzione di nuovi modelli di presa in carico integrata e continuativa favorendo la costruzione del progetto di vita per la persona con disabilità attraverso un processo Integrato e personalizzato che tenga conto delle specifiche esigenze, desideri e potenzialità della persona, senza ridurla alla sua disabilità. Il progetto di vita è pensato come un percorso che aiuta la persona a raggiungere una maggiore autonomia, partecipazione sociale e realizzazione personale</p>	<p><b>3) Target</b></p> <p>Persone con disabilità e loro famiglie</p>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, la trasversalità coinvolge le seguenti macro aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi a favore di persone con disabilità</li> <li>• Interventi per la famiglia</li> <li>• Domiciliarità</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalizzazione e attivazione di una EVM che assuma modalità operative di valutazione multidimensionale e progettualità condivisa tra diverse professioni ed enti al fine di favorire il processo di costruzione del Progetto di Vita e il Budget di progetto</li> <li>• Definizione di strumenti condivisi per la costruzione del Progetto di Vita tra operatori di organizzazioni diverse presenti nell'EVM</li> </ul>	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 75.000 annui</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al dopo di noi</li> <li>• Contrasto all'isolamento</li> <li>• Rafforzamento delle reti sociali</li> <li>• Sostegno secondo le specificità del contesto familiare</li> <li>• Flessibilità</li> </ul>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>Equipe Servizio Disabili di Ambito in collaborazione con operatori di ASST Bergamo Ovest, dei Comuni e degli Enti Gestori accreditati</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>SI, in quanto componente dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale</p> <p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>SI, in quanto componente dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale</p>

# 7.4.1.B AREA NON AUTOSUFFICIENZA: PROGETTO DI VITA

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b> Sì Ambiti ASST BG Ovest per EVM - Progetto di vita</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b> Sì. Tutti gli interventi sociali ed educativi che coinvolgono le persone con disabilità sono l'esito di decisioni condivise con operatori del terzo settore in vari contesti di lavoro</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b> Sì poiché riguarda tutte le realtà territoriali che ruotano intorno alla persona con disabilità e alla sua famiglia</p>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b> Sì</p>		
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b> L'iniziativa, benché prevista già nella triennalità precedente, necessita per la prossima triennalità di un maggior investimento e potenziamento, sia valorizzando gli aspetti positivi riscontrati nelle esperienze effettuate, sia rivedendo gli aspetti di criticità in una logica di miglioramento progressivo</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b> No</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Superamento della frammentazione degli interventi messi a punto a favore della persona con disabilità.</li><li>• Risposta ai bisogni della persona con disabilità e della sua famiglia nelle diverse fasi di vita e dunque in un'ottica prospettica ed evolutiva</li></ul>
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b> No</p>	<p><b>16) 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</b></p>	

# 7.4.1.C AREA NON AUTOSUFFICIENZA: PROGETTO DI VITA

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Si tratta di un bisogno consolidato, ma che rientra anche nei LEPS che la Regione ha ritenuto obbligatori da realizzare nelle prossima triennalità</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <p>Realizzazione di un protocollo operativo per la valutazione multidimensionale e la costruzione del Progetto di Vita, con ASST e gli attori territoriali che, a diverso titolo, di occuperanno delle persone con disabilità</p> <p>Promozione della metodologia della costruzione dei progetti di vita mediante accompagnamento formativo e sviluppo di linee guida metodologiche che evidenzino le buone prassi ma anche le strategie e i ruoli fondamentali nella definizione del Progetto di vita, sul modello della Misura Dopo di Noi</p>
<p><b>20) L’obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Preventivo e riparativo</p>	
<p><b>21) L’obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>Sì. L’attivazione di una EVM quale soluzione organizzativa che consente l’interdisciplinarietà e lo strumento del Progetto di vita (sostenuto dal Budget di progetto) possono garantire una presa in carico completa e integrata della persona con disabilità con una visione unitaria che tiene insieme tutti gli aspetti della vita quotidiana</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <p>Per il funzionamento a regime dell’EVM si prevedono i seguenti indicatori di risultato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N. di EVM attivate nel corso dell’anno</li> <li>• N. incontri formativi fatti a livello provinciale o di subambito</li> <li>• n. di operatori presenti</li> <li>• n. di persone oggetto di valutazione</li> <li>• n. di progetti di vita elaborati</li> </ul>
<p><b>22) L’obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>Si. Nel lavoro dell’EVM saranno utilizzate il gestionale Health Portal per le cartelle condivise tra operatori degli enti coinvolti a diverso titolo sul progetto di vita</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l’intervento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adozione del Progetto di Vita come strumento automatico di lavoro con le persone con disabilità (questionari agli operatori che hanno partecipato alle EVM)</li> <li>• Miglioramento della qualità di vita e continuità nei percorsi di cura delle persone con disabilità (interviste/focus group con i famigliari)</li> </ul>

# 7.4.2.A 2.2 AREA NON AUTOSUFFICIENZA: ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA DI PLESSO

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riqualificazione del servizio ed estensione della sperimentazione di assistenza educativa di plesso a tutti gli Istituti Comprensivi del territorio</li> <li>• Supportare i percorsi scolastici e l'inclusione degli alunni con disabilità innovando i modelli organizzativi e le modalità di intervento educativo in un'ottica eco-sistemica, più centrata sul contesto</li> <li>• Valorizzare il ruolo proattivo degli educatori quale figura di riferimento nel contesto scolastico</li> </ul>	<p><b>3) Target</b></p> <p>Alunni e studenti con disabilità che frequentano la scuola primaria e secondaria di primo grado</p>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, in quanto il fenomeno è trasversale alle seguenti macro aree di policy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi a favore di persone con disabilità</li> <li>• Interventi per la famiglia</li> <li>• Inclusione sociale</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accordi con i dirigenti scolastici per una sperimentazione</li> <li>• Costituzione di un gruppo di progetto che attivi la sperimentazione con la supervisione di esperti esterni (Coop. Specchio Magico)</li> <li>• Avvio della sperimentazione (monitoraggio, valutazione, riprogettazione) al fine di passare dal prototipo al modello</li> <li>• Accompagnamento all'adattamento progressivo del modello nelle diverse scuole del territorio</li> </ul>	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 262.000 prima annualità. Le risorse saranno implementate nella seconda e nella terza annualità sulla base del numero delle classi che entreranno nella sperimentazione.</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allargamento delle rete e co-programmazione</li> <li>• Contrasto all'isolamento</li> <li>• Ruolo delle famiglie e dei caregiver</li> <li>• Nuovi strumenti di governance</li> </ul>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe servizi disabili di Ambito.</li> <li>• Servizi Sociali Comunali.</li> <li>• Coordinatori Enti Gestori.</li> <li>• Consulenti esterni Cooperativa Specchio Magico.</li> </ul>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione</b></p> <p>Sì</p>
		<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>Sì (partecipazione ai GLO del personale NPI)</p>

# 7.4.2.B AREA NON AUTOSUFFICIENZA: ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA DI PLESSO

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b></p> <p>Sì. A livello Provinciale sono attive la formazione con il centro studi Erickson e la sperimentazione in alcuni Ambiti della provincia</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b></p> <p>Sì. E' stata realizzata un'ATI (Associazione Temporanea d'Impresa) da parte di n. 4 cooperative sociali che gestiscono sul territorio il servizio di educativa scolastica</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b></p> <p>La natura della sperimentazione richiede la stretta collaborazione tra più attori:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• gli istituti comprensivi per l'individuazione delle classi in cui attivare la sperimentazione, il coinvolgimento dei docenti, il corretto svolgimento delle attività e la successiva messa a sistema del modello</li><li>• le famiglie per la revisione di un intervento meno assistenziale e più centrato sull'interazione dell'alunno con disabilità nel suo contesto sia scolastico che extrascolastico</li><li>• i comuni per l'integrazione di altri interventi utili al progetto di vita della persona con disabilità</li></ul>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b></p> <p>Sì</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b></p> <p>Sì. Bando di manifestazione d'interesse. Sottoscrizione dell'Accordo di co-progettazione</p>	
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b></p> <p>Il Servizio viene rivisto e innovato</p>	<p><b>16) 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</b></p>	
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b></p> <p>No</p>		<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <p>Questo bisogno è di grandi dimensioni considerato che gli alunni seguiti in assistenza educativa scolastica è, solo nell'anno scolastico 2023-24, di 450 persone, con un aumento del 25% rispetto al triennio precedente. Inoltre la frammentazione e la precarietà del ruolo di assistente educatore ha determinato una carenza di personale per cui le cooperative che gestiscono il servizio non riescono sempre a garantire copertura e qualità professionale del personale</p>

# 7.4.2.C AREA NON AUTOSUFFICIENZA: ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA DI PLESSO

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b>                      Si tratta di un bisogno consolidato a cui dare risposte concrete e innovative</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b>                      Messa a punto di uno specifico sistema organizzativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pianificazione della sperimentazione</li> <li>• Cabina di regia della sperimentazione</li> <li>• Equipe educativa stabile all'interno della scuola</li> <li>• Costituzione di gruppi di bambini all'interno della scuola</li> <li>• Laboratori secondo focus specifici</li> <li>• Monitoraggio e valutazione continua della sperimentazione</li> <li>• Pianificazione dell'accompagnamento nell'allargamento della sperimentazione</li> </ul>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b>                      Preventivo</p>	
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b>                      Sì. In particolare il nuovo modello di educativa di plesso prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nuovo approccio educativo laboratoriale in piccoli gruppi con la partecipazione anche di alunni non certificati</li> <li>• apprendimento esperienziale</li> <li>• lavoro su abilitazione dei contesti</li> </ul>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b>                      Estensione del modello a tutti gli Istituti Comprensivi attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la sottoscrizione di un protocollo operativo con gli Istituti Comprensivi</li> <li>• n. plessi scolastici coinvolti</li> <li>• n. alunni certificati coinvolti</li> <li>• n. alunni non certificati coinvolti</li> <li>• n. laboratori effettuati</li> </ul>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b>                      No</p>	
	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione della congruenza delle attività con il progetto di vita degli alunni disabili (attraverso interviste ai genitori)</li> <li>• Adeguatezza del dispositivo di lavoro ai bisogni educativi degli alunni (attraverso focus group/interviste con educatori e docenti)</li> </ul>



7.4.3.A AREA NON AUTOSUFFICIENZA: SPAZIO AUTISMO

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <p>L’iniziativa intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sviluppare e implementare un sistema integrato (tra l’offerta sanitaria, sociale ed educativa) rivolto alle famiglie e ai minori con diagnosi di spettro autistico che garantisca un percorso personalizzato e partecipato</li> <li>ampliare la capacità ricettiva di Spazio Autismo</li> </ul>	<p><b>3) Target</b></p> <p>Minori con sindrome da spettro autistico e loro famiglie</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell’intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Filiera integrata che accompagni le famiglie nel percorso di vita fino al Dopo di Noi</li> <li>Allargamento della rete e coprogrammazione</li> <li>Contrasto all'isolamento</li> <li>Rafforzamento delle reti sociali</li> <li>Sostegno alle famiglie secondo le specificità del contesto familiare</li> <li>Conciliazione vita/tempi</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formazione e specializzazione degli operatori sul progetto di vita</li> <li>Attivazione di équipe multidisciplinari per integrare gli interventi dei servizi socio-sanitari e socio-educativi nella prospettiva di un unico percorso di presa in carico</li> <li>Sviluppo di programmi di supporto psico-educativo per i genitori, offrendo consulenze, corsi di formazione e spazi di ascolto, per migliorare la loro qualità di vita e aumentare l’efficacia del trattamento.</li> <li>Iniziative di sensibilizzazione e advocacy (Autism Friendly) per migliorare la comprensione sociale dell’autismo, contrastare lo stigma e migliorare l’inclusione delle persone con autismo a scuola, al lavoro e nella comunità</li> <li>Introduzione di nuove metodologie d’intervento (Game Therapy</li> </ul>	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 50.000 annuali</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell’analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>Sì</p>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>Gli operatori dell’Equipe servizi disabili di Ambito- Gli operatori di Spazio Autismo.</p>	<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell’intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>Sì</p>
	<p><b>6) L’obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, la trasversalità coinvolge le seguenti macro aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventi a favore di persone con disabilità</li> <li>Interventi per la famiglia</li> <li>Inclusione sociale</li> <li>Superamento dello stigma</li> </ul>	



7.4.3.B AREA NON AUTOSUFFICIENZA: SPAZIO AUTISMO

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b></p> <p>Sì. Ambiti ASST Bg Ovest</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b></p> <p>Sì, in quanto tutte le attività messe a punto a favore delle persone con spettro autistico sono l'esito di tavoli di lavoro in cui sono presenti operatori di organizzazioni di terzo settore</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b></p> <p>Sì , prevede il coinvolgimento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Associazioni</li> <li>• Esercenti di attività commerciali private</li> <li>• Musei e biblioteche del territorio</li> <li>• Scuole di diverso ordine e grado</li> </ul>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b></p> <p>SI</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b></p> <p>No</p>	
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b></p> <p>No, servizi rivisto e ampliato</p>	<p><b>16) 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</b></p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <p>L'intervento intende rispondere al bisogno di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• facilitare l'accesso ai servizi esistenti da parte delle famiglie esistenti. In questa logica è previsto un rafforzamento dello Sportello Autismo</li> <li>• ampliare l'offerta di iniziative messe a punto dallo Spazio Autismo in modo da fornire un migliore supporto alle famiglie e promuovere una maggiore inclusione sociale e culturale anche attraverso l'adozione di strategie, protocolli e collaborazioni tra differenti ambiti</li> </ul>
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b></p> <p>Sì. S'intende dare continuità al Progetto Premiale «Autismo Next Generation»</p>		

7.4.3.C AREA NON AUTOSUFFICIENZA: SPAZIO AUTISMO

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Sì, come si evince dai dati in continua crescita (20% dei 450 alunni inseriti nel Servizio di Educativa Scolastica) si tratta di un bisogno fortemente sentito dalle famiglie con figli minori con diagnosi di spettro autistico</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <p>Un tavolo di operatori che produca un documento che contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la pianificazione della offerta aggiuntiva di servizi</li> <li>il materiale comunicativo per lo Sportello Autismo</li> <li>le modalità di accesso alle nuove proposte</li> <li>gli strumenti di valutazione delle nuove attività proposte</li> </ul>
<p><b>20) L’obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Preventivo/riparativo</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <p>Per le attività dello Spazio Autismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n. persone che hanno partecipato alle attività (minori e genitori)</li> <li>grado di soddisfazione (rilevabile con questionari)</li> <li>N. esercenti di attività commerciali coinvolti in Autismo Friendly</li> <li>N. musei e biblioteche del territorio coinvolti in Autismo Friendly</li> </ul>
<p><b>21) L’obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>Sì. Il modello di lavoro prevede un approccio educativo laboratoriale in piccoli gruppi, apprendimento esperienziale e lavoro su abilitazione dei contesti</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l’intervento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vissuto di presa in carico globale e prospettico del percorso di vita delle persone con diagnosi di spettro autistico (interviste/focus group con i famigliari)</li> <li>Miglioramento della qualità di vita delle persone con diagnosi di spettro autistico e dei loro famigliari che hanno partecipato alle attività dello Spazio Autismo (interviste/focus group con le persone e i loro famigliari)</li> </ul>
<p><b>22) L’obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>Sì (utilizzo strumento Game Therapy)</p>	

# 7.5 AREA MINORI E FAMIGLIA

L’esperienza progettuale di questi anni ha evidenziato l’importanza della dimensione collaborativa tra i soggetti istituzionali e non del territorio nel favorire interventi a supporto dei bisogni delle famiglie e dei minori.

Le vulnerabilità familiari si caratterizzano non solo per la dimensione della povertà economica, ma soprattutto per la povertà educativa e relazionale, tale da dover considerare e attivare un approccio metodologico che risponda ai bisogni della famiglia nella loro complessità.

L’Ambito intende consolidare e potenziare il raccordo tra le reti presenti sul territorio che si occupano della famiglia. In collaborazione con il Consultorio familiare dell’ASST BG Ovest e il Centro per la famiglia s’intende promuovere azioni e interventi a sostegno della genitorialità, quali:

- apertura sportelli di ascolto per le diverse fasce di età e attivazione di gruppi di supporto, formazione e laboratori per genitori, al fine di rafforzare le competenze genitoriali nel prendersi cura dei propri figli e promuovere un ambiente familiare sano e favorevole allo sviluppo del bambino, rispondere ai bisogni emotivi, psicologici, educativi e sociali della famiglia, con l'intento di favorire una genitorialità positiva e responsabile
- offerta di eventi e occasioni di incontro attraverso la proposta di attività ludiche, culturali o educative, in collaborazione con le diverse realtà presenti sul territorio (Biblioteche, Musei, Spazi Gioco, Parchi ...), per promuovere la socializzazione tra famiglie, creare opportunità di interazione, scambio e supporto tra nuclei familiari, contribuendo al benessere sia dei singoli membri che della comunità nel suo insieme. Favorire la costruzione di reti sociali, migliorare la coesione comunitaria e sviluppare un senso di appartenenza e solidarietà

La prossima triennalità vedrà la continuità e l’implementazione del Programma PIPPI, finalizzato a prevenire situazioni di disagio e a rischio di maltrattamento, abuso, trascuratezza o difficoltà relazionali all'interno della famiglia. Si prevede inoltre la sperimentazione di Patti Educativi, che favoriscono la cooperazione tra le famiglie e le scuole, la comunità o altre istituzioni educative, al fine di garantire un percorso educativo più coerente, armonioso e inclusivo per il minore.

L’Ambito di Romano aderisce alla rete antiviolenza dell’Ambito di Treviglio e nel corso degli anni ha sviluppato percorsi di prevenzione e implementato una metodologia di presa in carico integrata delle situazioni di donne vittime di violenza.

La prossima programmazione triennale intende agire sulla promozione della consapevolezza sui temi della violenza domestica, educando le persone sui diritti umani, sulle dinamiche di abuso e sulle modalità per riconoscere segnali di violenza. La sensibilizzazione coinvolgerà tutte le età, dai bambini agli adulti, per costruire una cultura di rispetto e uguaglianza.

L’aumento delle richieste di presa in carico ha evidenziato la necessità di reperire sul territorio ulteriori unità di offerta di housing sociale per garantire protezione e sicurezza e consentire alla donna di intraprendere il proprio percorso di autonomia, rafforzando la sua autostima, la consapevolezza dei propri diritti e le competenze per gestire autonomamente la propria vita. Questo avviene attraverso percorsi di formazione professionale, orientamento lavorativo e assistenza per la gestione economica, gestiti in integrazione con le realtà formative, educative e di lavoro del territorio (es. Progetto WOW)

# 7.5 AREA MINORI E FAMIGLIA

L’area educativa rivolta alle nuove generazioni, in particolare preadolescenti e adolescenti, dopo la pandemia, appare più sofferente e precaria con scarsi e fragili riferimenti educativi. Si registra infatti un aumento delle dipendenze dai Social, disturbi alimentari, aggressività, depressione e abbandono scolastico.

Nella prossima triennalità appare fondamentale consolidare la rete già attiva con i soggetti del territorio (enti locali, terzo settore, commercianti), che, a diverso titolo, possono contribuire al raggiungimento dell’obiettivo di costruzione di una comunità inclusiva, promuovendo interventi/iniziative collaborando attivamente al fine della realizzazione degli stessi in un’ottica di strutturazione di luoghi e attività che possa essere permanente. Risulta pertanto prioritario costruire un sistema di governance operativo attraverso la costituzione di una cabina di regia, rappresentativa di tutti gli attori territoriali coinvolti, che avrà il compito di coordinare e integrare le azioni oggetto di programmazione, in ottica di “sistema”, definendo azioni condivise di progetto e lo scambio di informazioni sugli interventi.

Pertanto gli obiettivi per il prossimo triennio possono essere così declinati:

1. garantire l’intercettazione precoce, fisica e online, di preadolescenti e adolescenti con disagio emergente o sommerso per accompagnarli ad affrontare il malessere
2. aumentare la capacità del territorio di articolare una risposta coordinata e complessiva di carattere educativo, sociale e sanitario al disagio emergente di preadolescenti e adolescenti, che veda protagonisti gli stessi del supporto tra pari
3. accrescere la rete territoriale presente nella comunità (pubblico, terzo settore, comunità locale) per costruire risposte integrate al malessere e disagio adolescenziali

che diventino stabili e strutturate nel tempo

# 7.5.1.A AREA MINORI E FAMIGLIA: SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' E PREVENZIONE DELL'ALLONTANAMENTO

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rafforzamento competenze genitoriali positive e responsabili nella cura dei figli e promozione di un ambiente familiare sano e favorevole al loro sviluppo emotivo, psicologico, educativo e sociale</li> <li>Prevenzione di situazioni di disagio e di maltrattamento, abuso, trascuratezza o difficoltà relazionali</li> <li>Promozione di socializzazione e interazione e supporto tra famiglie per il benessere individuale e comunitario, finalizzato anche alla costruzione di reti sociali stabili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sperimentazione di Patti Educativi, favorire la cooperazione tra le famiglie, le scuole, la comunità o altre istituzioni educative e garantire un percorso educativo coerente, armonioso e inclusivo al minore</li> <li>Consolidamento del Programma PIPPI</li> </ul>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, la trasversalità coinvolge le seguenti macro aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventi per la famiglia</li> <li>Interventi a favore di persone con disabilità</li> <li>Politiche per i minori</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <p>Collaborazione con il Centro per la Famiglia e il Consultorio Familiare di ASST Bg Ovest per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apertura sportelli di ascolto per le diverse fasce di età</li> <li>Attivazione gruppi di supporto, formazione e laboratori per su tematiche legate alla crescita dei figli, educazione, salute e benessere familiare e consapevolezza digitale</li> <li>Offerta di occasioni di incontro con attività ludiche, culturali o educative anche in ambienti naturalistici, che coinvolgano famiglie con diversi background, in modo da promuovere la diversità e l'inclusione</li> </ul>	<p><b>3) Target</b></p> <p>Famiglie con figli residenti nei comuni del territorio</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contrasto e prevenzione della povertà educativa</li> <li>Rafforzamento delle reti sociali</li> <li>Tutela minori</li> <li>Contrasto all'isolamento</li> <li>Conciliazione vita-tempi</li> </ul>
	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 75.000 annui</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>Sì</p>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>Equipe area minori e famiglia</p>	<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>Sì</p>

# 7.5.1.B AREA MINORI E FAMIGLIA: SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' E PREVENZIONE DELL'ALLONTANAMENTO

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b></p> <p>SI (Programma PIPPI con Ambito di Treviglio)</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b></p> <p>Sì, è frutto di programmazioni nate su tavoli di lavoro condivisi con il Terzo settore</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b></p> <p>Sì e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I sette Istituti Comprensivi presenti sul territorio</li> <li>• Le scuole secondarie di secondo grado presenti sul territorio</li> <li>• Agenzie educative del territorio (Oratori, associazioni sportive e culturali)</li> <li>• Musei e biblioteche</li> </ul>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b></p> <p>Sì. Il Programma PIPPI era previsto nella programmazione precedente e implementato con i fondi PNRR, deve nella prossima programmazione essere consolidato nei suoi aspetti organizzativo-gestionali e allargato a un maggior numero di situazioni</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b></p> <p>In generale le attività non sono in coprogettazione, ad eccezione del progetto @nalogic finanziato con il bando <i>"Sprint! Lombardia insieme: iniziative in favore delle famiglie e dei percorsi di crescita dei minori"</i></p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <p>L'intervento risponde ai seguenti bisogni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostegno e supporto ai genitori nella funzione educativa e al miglioramento delle dinamiche familiari a favore di un sano sviluppo dei figli</li> <li>• Disponibilità di tempi e spazi che supportino i genitori nella conciliazione tra la vita lavorativa e quella familiare</li> <li>• Promozione di occasioni di incontro tra famiglie</li> <li>• Supporto alle famiglie nelle situazioni di fragilità, disagio e crisi</li> <li>• Aumento della conoscenza e della consapevolezza nell'utilizzo dei device e dei social media</li> </ul>
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b></p> <p>No, in quanto è già in essere, deve solo venire consolidato e ampliato</p>	<p><b>16) 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</b></p>	
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b></p> <p>No</p>		

# 7.5.1.C AREA MINORI E FAMIGLIA: SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' E PREVENZIONE DELL'ALLONTANAMENTO

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b>                      Già stato affrontato nella programmazione precedente ma necessario un riallineamento alle trasformazioni in atto</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apertura di un punto di informazione, ascolto e orientamento stabile sul territorio (Punto di Ascolto Decentrato)</li> <li>▪ Apertura di sportelli psico-pedagogici rivolti ai genitori con figli in diverse fasce di età per attività di supporto alle competenze genitoriali</li> <li>▪ Attivazione di brevi percorsi di confronto in gruppo (3/4 incontri), rivolti ai genitori per diverse fasce d'età e/o target specifici, nella logica della peer education e dell'empowerment di gruppo</li> <li>▪ Consolidamento della struttura organizzativa adottata per l'implementazione del programma PIPPI</li> <li>▪ Realizzazione del progetto Sprint in collaborazione con la rete territoriale per la famiglia</li> </ul>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b>                      Si prevedono tutte le tipologie di intervento anche se il progetto investe sugli aspetti promozionali e preventivi. Non va dimenticato il lavoro riparativo svolto dall'Area Minori e Famiglia nelle situazioni segnalate dal TM</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b>                      Rafforzamento delle competenze genitoriali misurabile attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. di persone che partecipano alla attività formative</li> <li>• n. di persone destinatarie di attività informative</li> <li>• n. di persone che usufruiscono di attività consulenziali personali e di sostegno di gruppo</li> <li>• n. di patti educativi realizzati</li> </ul> <p>Per il Programma PIPPI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. di famiglie che aderiscono alla proposta</li> <li>• n. enti partecipanti al tavolo dei referenti di Ambito</li> <li>• n. di EEMM attivate nel corso dell'anno</li> <li>• N. di progetti individualizzati realizzati</li> </ul>
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b>                      L'obiettivo si propone di attuare modelli valorizzanti l'empowerment delle persone e lo sviluppo di un welfare comunitario e generativo. In particolare il programma PIPPI adotta un modello ecosistemico ed olistico focalizzato sulle interazioni tra famiglie, servizi sociali, educativi e sanitari grazie a un un intervento coordinato tra organizzazioni diverse e promuovendo una valutazione continua e un'attenzione all'innovazione</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b>                      Aumento del senso di genitorialità sociale misurato attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un aumento della partecipazione delle famiglie ai Patti Educativi, alle diverse forme di affido familiare, alla partecipazione alle attività scolastiche misurate nel corso degli anni</li> <li>• interviste in profondità/focus group dei genitori</li> </ul>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b>                      No</p>	

## 7.5.2.A AREA MINORI E FAMIGLIA: POLITICHE GIOVANILI

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b> L'obiettivo si propone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>costruire una rete ampia e attiva con i soggetti del territorio (enti locali, terzo settore, commercianti), che, a diverso titolo, possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo di costruzione di una comunità inclusiva per i giovani e consentire l'intercettazione precoce, fisica e online, di preadolescenti e adolescenti con disagio emergente o sommerso per accompagnarli ad affrontare il malessere</li> <li>Proporre un nuovo modo di affrontare il disagio e la salute mentale, che si focalizzi non sulle criticità, ma sui fattori di protezione offrendo occasioni di benessere e di autoefficacia, in cui adolescenti e giovani si propongano come risorsa, per sé e per gli altri, valorizzando le competenze e abilità personali e sociali</li> <li>Costruire punti di riferimento nella rete territoriale per adolescenti e giovani</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attivazione di uno o più touchpoint di aggancio online tramite piattaforme multichannel già esistenti, al fine dell'intercettazione del malessere sommerso.</li> <li>Offerta di accoglienza e ascolto, sempre da valutare se in presenza o a distanza, per singoli e gruppi.</li> <li>Attivazione di training creativi-artigianali-socializzanti di gruppo che sviluppino benessere e valorizzino le competenze chiave di vita, focalizzati sull'apprendimento esperienziale ed il community building, da svolgere in luoghi dedicati (stanza multisensoriale, spazio polifunzionale) o dentro la comunità, nei luoghi deputati (sport, arte, volontariato, attività produttive,...) per imparare a essere e vedersi come risorsa per sé e per gli altri in una dinamica di empowerment di gruppo</li> <li>Monitoraggio e valutazione di impatto</li> </ul>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventi per la famiglia</li> <li>Interventi a favore delle persone con disabilità e digitalizzszione</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b> Le azioni prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>l'attivazione di una rete fisica (canali istituzionali, rete territoriale e luoghi aggregativi) per l'intercettazione del malessere pre-adolescenziale e adolescenziale sommerso, con l'intento di accogliere, ascoltare e mettere a fuoco il problema</li> </ul>	<p><b>3) Target</b> Giovani e adolescenti</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rafforzamento delle reti sociali</li> <li>Prevenzione e contenimento del disagio sociale</li> <li>Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica</li> <li>Contrasto e prevenzione della povertà educativa</li> <li>Inclusione sociale</li> <li>Nuovi strumenti di governance</li> </ul>
	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b> € 15.000 annui</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione:</b> Sì, per le attività di prevenzione del Consultorio Familiare</p>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b> Personale dell'azienda, in particolare la figura dell'Operatore Sociale di territorio</p>	<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b> Sì, per le attività di prevenzione del Consultorio Familiare</p>



# 7.5.2.B AREA MINORI E FAMIGLIA: POLITICHE GIOVANILI

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b></p> <p>No</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b></p> <p>Sì in quanto si tratta di iniziative che sono il frutto di collaborazioni con il terzo settore nate all'interno di contesti di lavoro condivisi (tavoli di ambito, riunioni di progetto ecc.)</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b></p> <p>Sì, e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• le scuole di secondo grado e i Centri di Formazione Professionale presenti sul territorio dell'ambito</li><li>• gli oratori del territorio per la realizzazione congiunta di alcuni progetti</li><li>• le associazioni di immigrati attive sul territorio</li></ul>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b></p> <p>SI</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b></p> <p>Alcune iniziative sono coprogettate (come ad esempio il progetto @nalogic finanziato con il bando SPRINT) altre no</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <p>I dati rilevati e del contesto di riferimento presentano più bisogni relativi ai minori e giovani quali:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ESSERE ASCOLTATI - avere luoghi fisici e virtuali non medicalizzati dove essere accolti e portare il proprio malessere</li><li>• ESSERE ATTREZZATI NELLE COMPETENZE DI VITA - imparare a scegliere e a reagire di fronte a situazioni di rischio, imparare ad affrontare i problemi</li><li>• VIVERE LA DIMENSIONE DELLA CRESCITA TRA PARI - avere luoghi di incontro, decidere insieme come progettare la propria vita, sostenersi a vicenda, fare esperienze reali; ESSERE RICONOSCIUTI E RICONOSCERSI COME RISORSA per sé e per gli altri - per adolescenti, giovani e adulti, tra pari e gli uni verso gli altri</li></ul>
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b></p> <p>No, in quanto si tratta di una revisione e un aggiornamento di iniziative preesistenti a cui si aggiungeranno iniziative da implementare.</p> <p>L'attenzione, oltre che alle singole iniziative sarà quella di mettere a punto un sistema che le connetta e le integri tra loro superando una visione parcellizzata e specialistica per assumere una prospettiva più vasta e di policy</p>	<p><b>16) 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</b></p>	
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b></p> <p>No</p>		

# 7.5.2.C AREA MINORI E FAMIGLIA: POLITICHE GIOVANILI

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Bisogno consolidato, che si è andato accentuando negli ultimi anni</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <p>Il potenziamento delle politiche giovanili di ambito, al momento ancora frammentate tra loro, richiede la messa a punto di un sistema in grado di ricomporle e farle interagire in una logica di filiera. Dal punto di vista organizzativo, andando a lavorare su più iniziative tra loro diverse si renderà necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• costituire un tavolo di lavoro collegato alle politiche giovanili di ambito a cui siano presenti tutti gli attori impegnati (n. partecipanti al tavolo, n. incontri realizzati)</li><li>• mettere a punto un documento che identifichi il metodo di lavoro adottato per le politiche giovanili di ambito (presenza di finalità, obiettivi, organigrammi, diagrammi di flusso, indicatori per la misurazione degli interventi)</li></ul>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Preventivo</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <p>Poiché i progetti che afferiscono a questa iniziativa sono molteplici, gli indicatori di output dovranno essere confrontabili a livello di ambito e riguardare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• n. persone contattate, distinte non solo per età ma anche per provenienza</li><li>• n. di accessi per ogni persona</li><li>• n. di persone che hanno usufruito di specifiche prestazioni (diversificate per i vari progetti)</li></ul>
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>Introduzione di un nuovo modello di approccio agli adolescenti e all'intercettazione del loro disagio</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b></p> <p>La misurazione di interventi preventivi, soprattutto a livello giovanile, scontano la difficoltà di rintracciare indicatori attendibili. Nel caso specifico verranno attuati confronti nel tempo sul numero di accessi di minori e giovani relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• uso di sostanze e richieste di interventi legati al GAP (dati SERD)</li><li>• contatti con il CPS</li><li>• segnalazioni da parte del Tribunale Penale Minorile</li></ul>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>Sì</p>	

# 7.5.3.A AREA MINORI E FAMIGLIA: CONTRASTO E PREVENZIONE DELLA VIOLENZA DOMESTICA

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere la consapevolezza sui temi della violenza domestica, educando le persone ai diritti umani, e informandole sulle dinamiche di abuso e sulle modalità per riconoscere segnali di violenza. La sensibilizzazione deve coinvolgere tutte le età, dai bambini agli adulti, per costruire una cultura di rispetto e uguaglianza</li> <li>Prevenire e ridurre gli episodi di violenza all'interno delle famiglie, promuovendo al contempo la protezione delle vittime e la responsabilizzazione degli autori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reperimento di nuove unità di offerta di housing sociale per rispondere all'aumento delle richieste</li> </ul>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, in quanto il fenomeno è trasversale alle seguenti macro aree di policy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventi per la famiglia</li> <li>Politiche giovanili e per i minori</li> <li>Inclusione sociale</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Campagne di informazione pubblica per sensibilizzare la comunità locale sulla violenza domestica, incoraggiando le vittime a chiedere aiuto e informando sulla disponibilità di risorse di supporto anche attraverso lo Sportello di ascolto del Percorso Rosa</li> <li>Programmi nelle scuole: introduzione di programmi educativi nelle scuole che trattino tematiche come il rispetto reciproco, la gestione dei conflitti e la violenza nelle relazioni, per prevenire comportamenti violenti in futuro (Progetto Porcospini)</li> <li>Rafforzamento misure di protezione delle vittime: provvedimenti di allontanamento dall'abitazione degli autori della violenza, programmi di protezione per le donne e i bambini, supporto psicologico</li> </ul>	<p><b>3) Target</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La popolazione del territorio nel suo complesso per l'attività informativa e di sensibilizzazione</li> <li>Bambini e bambine della scuola primaria classi seconde di tutto l'Ambito per l'attività di prevenzione (Progetto Porcospini)</li> <li>Studenti scuole secondarie dell'Ambito</li> <li>Donne vittime di violenza e loro figli per gli interventi di housing sociale</li> </ul>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contrasto e prevenzione della violenza domestica</li> <li>Sostegno secondo la specificità del contesto familiare</li> <li>Tutela dei minori</li> <li>Prevenzione e contenimento del disagio e del suo impatto sulla salute</li> <li>Contrasto all'isolamento</li> <li>Rafforzamento delle reti sociali</li> </ul>
	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 23000 annui (Housing sociale per donne vittime di violenza)</p> <p>€ 25000 annui (Progetto Porcospini)</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>In particolare grazie al collegamento con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>il servizio sociale ospedaliero in merito a segnalazioni relative a violenza sulle donne (Percorso rosa)</li> <li>il consultorio famigliare</li> </ul>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>Assistente Sociale di Ambito specializzata nel contrasto e prevenzione della violenza domestica</p> <p>Equipe di educatori nelle scuole</p>	<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>Sì</p>

# 7.5.3.B AREA MINORI E FAMIGLIA: CONTRASTO E PREVENZIONE DELLA VIOLENZA DOMESTICA

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b> Sì, con l'Ambito di Treviglio, attraverso l'adesione alla Rete Antiviolenza</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b> Sì, grazie alle occasioni create dalla partecipazione ai lavori della Rete Antiviolenza e con le associazioni del territorio per le campagne di sensibilizzazione</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b> Sì, nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le scuole primarie e secondarie del territorio di Romano</li><li>• Le Forze dell'ordine</li></ul>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b> Sì</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b> No</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <p>Gli interventi di contrasto e prevenzione della violenza domestica rispondono a diversi bisogni fondamentali delle vittime, della comunità e degli autori di violenza. Protezione fisica e psicologica delle vittime: la violenza domestica mette a rischio la vita e il benessere delle persone coinvolte, specialmente delle donne, e dei bambini.</p> <p>Le politiche di prevenzione rispondono al bisogno di educare la società e, in particolare, le nuove generazioni a relazioni sane, basate sul rispetto reciproco e sul rifiuto della violenza come forma di risoluzione dei conflitti.</p>
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b> No in quanto si tratta della prosecuzione di un intervento attivato in passato e che va consolidato e ampliato</p>	<p><b>16) 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</b> Nella gestione della casistica e per l'attivazione di iniziative sperimentali vi sono forme di partecipazione e collaborazione con la Rete Antiviolenza di Treviglio e Romano e le diverse organizzazioni pubbliche e del privato che vi aderiscono</p>	
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b> No</p>		

# 7.5.3.C AREA MINORI E FAMIGLIA: CONTRASTO E PREVENZIONE DELLA VIOLENZA DOMESTICA

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Sì, il bisogno era stato già affrontato nella precedente programmazione, ora viene consolidata e ampliata la risposta attivata in modo da far fronte a una domanda sempre crescente e dalla gestione complessa</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <p>Realizzazione di un piano di comunicazione che includa gli obiettivi delle attività informative e di sensibilizzazione, le modalità di accesso alle risorse di protezione e di housing, i tempi di permanenza nelle strutture ecc.</p>
<p><b>20) L’obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Preventivo e riparativo</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <p>Consolidamento della partecipazione alla Rete Antiviolenza attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• n. di soggetti aderenti alla rete</li><li>• n. di incontri realizzati</li><li>• n. di attività informative/di sensibilizzazione realizzate</li><li>• n. di persone coinvolte con le attività di informazione/sensibilizzazione</li></ul> <p>Rafforzamento delle attività di protezione:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• n. di donne accolte in housing</li><li>• n. di donne che hanno terminato positivamente il percorso</li></ul>
<p><b>21) L’obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>La natura di questa iniziativa richiede una forte connessione tra organizzazioni diverse. È solo il mix di competenze, disponibilità, intelligenze che riesce a trovare risposte a un fenomeno in continuo aumento</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l’intervento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Riduzione delle segnalazioni relative a violenza sulle donne e violenza domestica nei Comuni dell’Ambito di Romano (Analisi secondaria dei dati)</li><li>• Successo del reinserimento sociale delle donne accolte in housing (follow up attraverso interviste alle donne che sono state accolte)</li></ul>
<p><b>22) L’obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>No</p>	

# 7.6 AREA INCLUSIONE SOCIALE: CONTRASTO ALLA POVERTA’

La povertà è un fenomeno complesso che coinvolge diversi aspetti sociali, economici e culturali e che necessita di un approccio di valutazione multidimensionale, per accompagnare un processo di cambiamento nella vita quotidiana dei cittadini in situazioni di povertà a partire dall’analisi dei loro bisogni, delle loro risorse, delle capacità e delle loro aspirazioni.

Nella prossima triennalità s’intende promuovere la messa a punto di una filiera di servizi per contrastare le povertà, strutturata come un insieme integrati di interventi che rispondano in modo completo e coordinato ai bisogni delle persone vulnerabili. Questa filiera di servizi si basa sull’idea di un intervento integrato, che non si limita ad un singolo aspetto della vita persone in povertà, ma affronta il problema in maniera globale attraverso un approccio che combina il supporto immediato e empowerment a lungo termine. L’obiettivo è non solo alleviare i sintomi della povertà, ma intervenire sulle cause strutturali e creare opportunità reali di cambiamento per le persone.

La filiera deve coprire vari aspetti, tra cui l’accesso a risorse economiche, servizi sociali, educativi, sanitari, lavorativi e abitativi. La filiera prevede un servizio di orientamento che possa individuare rapidamente le persone in difficoltà, tramite sportelli sociali, centri di ascolto e servizi di prossimità, pubblici, privati e del terzo settore. Segue la valutazione, identificando i bisogni più urgenti e i possibili percorsi di intervento all’interno del progetto individualizzato: attivazione di servizi di supporto economico (ADI) o sussidi specifici per famiglie in difficoltà; realizzazione di percorsi di orientamento e placement lavorativo, attraverso il centro per l’impiego e le agenzie del lavoro; sostegno abitativo e emergenza casa; assistenza per le persone senza fissa dimora. Importante è il coinvolgimento delle reti di supporto e volontariato che possono offrire non solo supporto materiale, ma anche sociale, aiutando a ridurre l’isolamento e la marginalizzazione.

Si riconferma il servizio di Pronto Intervento Sociale del Fondo Povertà attivato con le modalità operative della co-programmazione promuovendo la collaborazione tra diversi attori che operano sul territorio dell’ambito territoriale e della provincia bergamasca su questo tema specifico. Gli interventi previsti intendono rispondere a bisogni urgenti ed indifferibili di persone in condizione di grave marginalità, con l’obiettivo di fornire contesti di accoglienza provvisoria e per periodi brevi (massimo 90 giorni) in posti di accoglienza dedicati. Il progetto si sviluppa, dopo l’accoglienza provvisoria, nella realizzazione di processi di accompagnamento finalizzati al reinserimento sociale

# 7.6.1.A AREA INCLUSIONE: POTENZIAMENTO DELLE AZIONI DI CONTRASTO ALLA POVERTA'

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <p>Messa a punto di una filiera di servizi, misure ed interventi per supportare le persone e le famiglie che vivono situazioni di povertà, che si sviluppino lungo diverse fasi e ambiti di intervento, coinvolgendo diverse tipologie di attori (enti pubblici, terzo settore, associazioni, mondo profit) a partire da una valutazione multidimensionale e una presa in carico integrata.</p> <p>Costruire un sistema di risposta per le persone in grave marginalità che, partendo dal Pronto Intervento Sociale, preveda diversi livelli di supporto nel percorso di reinserimento sociale e valorizzazione delle buone prassi. Sperimentazione buone prassi e loro disseminazione.</p>	<p><b>3) Target</b></p> <p>Persone e famiglie in condizioni di povertà/grave marginalità</p>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy? SI</b></p> <p>Sì, in quanto il fenomeno è trasversale alle seguenti macro aree di policy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</li> <li>Interventi connessi alle politiche per il lavoro</li> <li>Inclusione sociale</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione Multidimensionale finalizzata all'analisi preliminare della situazione delle persone e alla definizione di un loro Progetto Personalizzato e alla conseguente sottoscrizione di un patto per l'inclusione</li> <li>Sottoscrizione di Protocolli e accordi con organizzazioni del terzo settore per l'accoglienza di persone senza fissa dimora o emarginate gravi</li> <li>Attivazione di servizi propedeutici al lavoro</li> <li>Supporto economico ed educazione finanziaria che, attraverso l'utilizzo della CSI, consenta la conoscenza e la ricomposizione delle risorse economiche erogate, evitando sovrapposizioni e sprechi</li> </ul>	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>Le azioni di contrasto alla povertà e alla grave marginalità vengono finanziate utilizzando i fondi Quota Servizi Fondo Povertà. Di seguito le risorse economiche a disposizione per la programmazione della prossima triennalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>QSFP 2021 € 143.622,30</li> <li>QSFP 2022 € 432.963,22</li> <li>QSFP 2023 € 424.919,98</li> </ul>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato</li> <li>Vulnerabilità multidimensionale</li> <li>Rafforzamento delle reti sociali</li> <li>Contrasto all'isolamento</li> </ul>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>Gli operatori dell'Equipe inclusione sociale di Ambito (Assistenti Sociali e educatori)</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione</b></p> <p>SI</p>
		<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>SI nello specifico per l'attivazione dell'Equipe Multidisciplinare di Valutazione</p>



# 7.6.1.B AREA INCLUSIONE: POTENZIAMENTO DELLE AZIONI DI CONTRASTO ALLA POVERTA'

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b></p> <p>SI. Convenzione Provinciale del Collegio dei Sindaci con Fondazione Opera Bonomelli (NAP) per un'accoglienza residenziale di un mese. Estensione della convenzione per successivi mesi 2 sottoscritta dall'Ambito di Romano</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b></p> <p>Sì, all'interno di tavoli di lavoro e gruppi di lavoro sia locali che provinciali</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b></p> <p>I Comuni, in quanto segnalanti e coinvolti nella realizzazione del progetto Individualizzato.</p>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b></p> <p>SI, in quanto grazie ai fondi PRINS si è provveduto a una sistematizzazione delle iniziative in essere e a alla messa a punto di sostegni per le persone in condizione di fragilità e povertà</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b></p> <p>No</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento delle situazioni di povertà e delle richieste di sostegno delle famiglia.</li> <li>• Aumento delle situazioni di grave marginalità.</li> </ul>
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b></p> <p>No, in quanto si tratta di una evoluzione del servizio attivato grazie ali fondi PRINS</p>	<p><b>16) 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</b></p> <p>Il coinvolgimento del terzo settore avverrà attraverso altri canali amministrativi rispetto alla coprogettazione. Ciò non impedisce forme di collaborazione con il terzo settore che avvengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sulla presa in carico delle situazioni nelle Equipe di Valutazione Multidisciplinare</li> <li>• a livello di Ambito territoriale con gruppi di lavoro</li> <li>• a livello provinciale con coordinamenti e tavoli di lavoro</li> </ul>	
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b></p> <p>No</p>		



# 7.6.1.C AREA INCLUSIONE: POTENZIAMENTO DELLE AZIONI DI CONTRASTO ALLA POVERTA'

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Sì, il bisogno era stato già affrontato nella precedente programmazione, ora viene consolidata e ampliata la risposta attivata in modo da rispondere a una domanda sempre crescente e di gestione complessa</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consolidamento e ampliamento degli attori coinvolti al Tavolo povertà a livello di ambito</li><li>• Produzione e adozione di linee guida per la gestione con i Comuni dell'Ambito delle situazioni personali e famigliari di forte esposizione al rischio di impoverimento, povertà estrema o condivisione di senza fissa dimora</li><li>• Produzione sistematica e calendarizzata di una reportistica sulle specificità di questa tipologia di soggetti</li></ul>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Preventivo e riparativo</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <p>Creazione e consolidamento di forme stabili di coordinamento tra soggetti a diverso titolo coinvolti nel reinserimento sociale e lavorativo delle persone in condizione di povertà estrema e senza fissa dimora. Gli indicatori saranno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• N. di EVM attivate nel corso dell'anno</li><li>• N. incontri formativi fatti a livello provinciale o di subambito</li><li>• n. di componenti e n. di incontri del tavolo povertà di ambito</li><li>• n. di persone prese in carico dall'Equipe Inclusion</li><li>• n. di Progetti Assistenziali Individualizzati realizzati</li><li>• n. di persone accolte in strutture di housing</li></ul>
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete?</b></p> <p>Realizzazione di una filiera di servizi che possano rispondere adeguatamente e con flessibilità ai diversi livelli di bisogno e domanda.</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b></p> <p>Riduzione del tasso di recidività delle persone in condizione di povertà estrema da realizzarsi con interviste</p>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>SI, l'utilizzo della CSI</p>	

# 7.7 AREA INCLUSIONE SOCIALE: LAVORO, GIOVANI NEET E ALLOGGIO

L’area lavoro è ritenuta cruciale nella programmazione dell’Ambito, per il valore che questo tema ricopre nelle progettualità personalizzate di situazioni complesse, trasversale a tutte le macroaree di policy.

L’obiettivo intende contribuire a favorire l’occupabilità dei cittadini in situazioni di fragilità lavorativa, con particolare riferimento a donne, disoccupati di lunga durata, persone con disabilità, giovani under 30 e lavoratori over 55.

La strategia d’Ambito punta sulla coesione del sistema territoriale, favorendo maggiore connessione e coordinamento tra i diversi servizi ed enti (pubblici e del privato sociale profit e non profit) che contribuiscono all’obiettivo grazie alle proprie competenze e ai propri mandati istituzionali. L’Ambito intende quindi continuare le buone prassi intraprese localmente promuovendo l’integrazione tra i servizi, per favorire l’inserimento lavorativo e l’inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e/o vulnerabilità, supportando la creazione di un sistema territoriale con percorsi definiti per target specifici.

Rilevante è pertanto la presenza del Tavolo di sistema sul tema del lavoro, quale luogo di confronto e dialogo sul tema, nonché di strutturazione delle modalità di lavoro interistituzionali e multiprofessionali per l’orientamento e la presa in carico di persone in situazione di fragilità lavorativa.

L’Ambito intende consolidare e strutturare delle modalità di lavoro interistituzionali e multiprofessionali per l’orientamento e la presa in carico, a partire da processi di valutazione multidimensionale, delle persone in situazione di fragilità lavorativa, coinvolgendo tutti gli attori del territorio implicati sul tema, anche a partire da alcune azioni specifiche già attive sul territorio.

Si promuoveranno anche azioni di “scouting” per sensibilizzare il mondo profit (in merito alla responsabilità d’impresa, ma anche alla necessità di offrire opportunità/condizioni di lavoro appetibili per il contesto) affinché possano essere soggetti “ospitanti” per esperienze di inclusione e inserimento lavorativo arricchendo di opportunità il sistema dell’offerta territoriale.

Nel corso del triennio l’Ambito si impegnerà ad intercettare nuovi fondi tramite la partecipazione a progettualità in partnership tra enti pubblici e del privato sociale.

La nuova programmazione punta a rilanciare il progetto Neet (Not in Education, Employment or Training), coinvolgendo non solo i Servizi Sociali Comunali, ma anche le agenzie del lavoro e della formazione presenti sul territorio. Il progetto mira a coinvolgere e supportare i giovani che non sono attualmente impegnati in percorsi educativi, lavorativi o di formazione a rischio di essere esclusi dalla società e di affrontare difficoltà nell’inserirsi nel mondo del lavoro. La selezione dei candidati NEET avverrà tramite colloqui individuali, in collaborazione con i Servizi Sociali e le agenzie del lavoro. Il progetto si concentra su diverse azioni per favorire l’inclusione di questi giovani nel sistema educativo, formativo e lavorativo. Reinserimento educativo: Offrire percorsi di recupero scolastico o formazione professionale per i giovani che hanno abbandonato la scuola o non hanno completato un ciclo di studi.

Sviluppo di competenze professionali: organizzare corsi di formazione per sviluppare competenze pratiche e teoriche utili all’occupabilità dei giovani. Orientamento al lavoro con attività di coaching, mentoring e accompagnamento alla ricerca di un impiego. Inclusione sociale: per combattere l’isolamento e offrire un supporto psicologico e relazionale.

A partire dalle numerose richieste di bisogno alloggiativo, il tema dell’abitare, soprattutto per le fasce più fragili della popolazione (nuclei monoparentali anziani, nuclei famigliari con minori, popolazione straniera, adulti fragili con reddito insufficiente..) e in situazioni di sfratto in corso, rappresenta un’area che necessita di essere osservata e ripensata all’interno di percorsi comuni, che vedano coinvolti gli attori attivi su questo tema nel territorio, puntando il focus sulle peculiarità dell’offerta abitativa. S’intende pertanto costituire un tavolo di lavoro territoriale con la presenza delle realtà pubbliche, private profit e non profit, per osservare e leggere la dimensione del problema attraverso lo studio di dati di conoscenza territoriale, in vista di produrre delle proposte sperimentali finalizzate alla costruzione di un modello d’intervento di ambito che risponda ai bisogni rilevati.

# 7.7.1.A AREA INCLUSIONE: SERVIZIO DI INCLUSIONE LAVORATIVA

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <p>Consolidamento del sistema integrato di Ambito quale modalità di lavoro interistituzionale e multi professionale per l'orientamento e la presa in carico di persone in situazione di fragilità lavorativa per:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la costruzione e validazione di strumenti e prassi di lavoro condivise non solo su soggetti con disabilità ma anche con fragilità non certificata e con donne e disoccupati di lunga durata</li><li>• l'attivazione di interventi a favore dei giovani NEET nella loro transizione verso il mercato del lavoro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Attivazione di percorsi di formazione pratica per lo sviluppo di competenze tecniche e digitali, in collaborazione con agenzie formative (Enaip,ABF)</li><li>• Attivazione di stage e tirocini</li><li>• Follow up e monitoraggio post formazione</li></ul>	<p><b>6) L'obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, in quanto il fenomeno è trasversale alle seguenti macro aree di policy:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Politiche giovanili e per i minori</li><li>• Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale e promozione dell'inclusione attiva</li><li>• Interventi connessi alle politiche per il lavoro</li></ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Allargamento del tavolo di coordinamento lavoro a nuovi attori quali le agenzie interinali del lavoro (Adecco), quale luogo di confronto di dialogo e di coordinamento per le politiche attive del lavoro in ottica ricompositiva</li><li>• Coinvolgimento dei poli Logistici di importanti gruppi internazioanli (Amazon, Italtrans, MD ....) nel costruire politiche integrate del lavoro e avvio di sperimentazioni con la sottoscrizione di accordi</li><li>• Selezione di candidati NEET tramite colloqui individuali in collaborazione con i Servizi Sociali e agenzie del lavoro</li></ul>	<p><b>3) Target</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Persone in situazione di fragilità lavorativa, in particolare donne e disoccupati di lunga durata</li><li>• Giovani NEET (16/29 anni)</li></ul>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell'intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Interventi a favore dei NEET</li><li>• Contrasto alle difficoltà socio economiche e inserimento nel mondo del lavoro</li><li>• Allargamento della rete e coprogrammazione</li><li>• Vulnerabilità multidimensionale</li></ul>
	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 20.000 annui</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell'analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>Sì</p>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>Operatori dell'Equipe inclusione sociale di Ambito</p>	<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell'intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>Sì, nello specifico per l'attivazione dell'Equipe Multidisciplinare di Valutazione</p>

# 7.7.1.B AREA INCLUSIONE: SERVIZIO DI INCLUSIONE LAVORATIVA

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b> Sì, nella realizzazione di progetti al lavoro finanziati grazie a bandi ottenuti dal privato sociale (es. progetto Direzione Lavoro e WOW)</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b> Sì all'interno dei numerosi contesti di lavoro condiviso</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b> Sì e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Centro per l'impiego</li><li>• Agenzie di formazione</li><li>• Agenzie interinali</li><li>• Aziende</li><li>• Organizzazioni sindacali</li></ul>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b> Sì</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b> No</p>	
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b> No, in quanto è un'iniziativa precedentemente pianificata e non realizzata e che pertanto viene rivista e aggiornata</p>	<p><b>16) 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</b> Nella gestione della casistica vi sono forme fattive di partecipazione e collaborazione anche se non supportate da atti formali con il CPI, Enti di formazione, agenzie per il lavoro, cooperative sociali, organizzazioni sindacali</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b> L'intervento risponde ai seguenti bisogni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusione lavorativa</li><li>• Contrasto alle difficoltà socio-economiche</li><li>• Integrazione dei NEET</li></ul> <p>La consistenza del bisogno è ben rappresentata dal volume degli interventi in questi anni in merito agli aspetti lavorativi</p>
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b> No</p>		

# 7.7.1.C AREA INCLUSIONE: SERVIZIO DI INCLUSIONE LAVORATIVA

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Sì, il bisogno era stato già affrontato nella precedente programmazione, ora viene consolidata e ampliata la risposta attivata in modo da far fronte a una domanda sempre crescente e dalla gestione complessa</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consolidamento e ampliamento dei partecipanti al Tavolo Lavoro a livello di ambito (n. soggetti partecipanti, n. incontri)</li><li>• Sottoscrizione di un protocollo operativo con il Centro per l’Impiego</li></ul>
<p><b>20) L’obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Preventivo e riparativo</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• n. soggetti inseriti nelle diverse tipologie di servizi</li><li>• n. delle diverse tipologie di strumenti attivati (es. Tirocini, TIS, corsi di formazione ecc.)</li><li>• n. soggetti che sono stati assunti</li><li>• n. di soggetti Neet partecipanti al progetto</li><li>• % di soggetti Neet che completano il percorso formativo</li><li>• % di soggetti Neet che trovano lavoro</li></ul>
<p><b>21) L’obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>Sì, poiché integra le politiche del lavoro con quelle di welfare</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l’intervento?</b></p> <p>Stato occupazionale sia delle persone seguite che dei giovani NEET e non più in carico ai servizi (utilizzo di questionari e interviste)</p>
<p><b>22) L’obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>SI</p>	

7.7.2.A AREA INCLUSIONE SOCIALE: SISTEMA CASA

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <p>Messa a punto di un sistema puntuale di conoscenza approfondita della domanda e dell’offerta di casa nei comuni dell’ambito focalizzando sia il mercato privato che le disponibilità del pubblico e del privato sociale (fondazioni, enti morali ecc.), gli erogatori di credito, i soggetti gestori di servizi abitativi, le organizzazioni sindacali quale preconditione per una politica sull’abitare realistica e fattiva</p>	<p><b>3) Target</b></p> <p>In prima battuta il lavoro di ricerca coinvolge operatori del settore, non solo sociale ma anche immobiliare, finanziario ed economico. Questo lavoro preliminare che si tradurrà in sperimentazioni avrà come beneficiari persone in difficoltà abitativa.</p>	<p><b>6) L’obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, in quanto il fenomeno è trasversale alle seguenti macro aree di policy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiche abitative</li> <li>• Contrasto alla povertà e all’emarginazione sociale e promozione dell’inclusione attiva</li> <li>• Interventi per la famiglia</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <p>Costituzione di un'equipe per la realizzazione di una ricerca-azione con più stakeholder del territorio che si articoli in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una conoscenza tra i diversi attori coinvolti o coinvolgibili nella realizzazione di un patto sul tema dell'alloggio e dell'abitare</li> <li>• un lavoro di ricerca su:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- le fonti primarie e secondarie in grado di quantificare e qualificare l’offerta di casa sul territorio</li> <li>- lo studio di caso su situazioni ritenute paradigmatiche</li> </ul> </li> <li>• l’elaborazione di un rapporto di ricerca che includa alcune piste pratiche di lavoro</li> <li>• la sperimentazione controllata di alcune esperienze il cui successo possa venire replicato</li> </ul>	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 5.000 annui</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell’intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allargamento della rete e coprogrammazione</li> <li>• Nuovi strumenti di governance</li> <li>• Working poors</li> <li>• Vulnerabilità multidimensionale</li> </ul>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>Gli operatori dell’Equipe inclusione sociale di ASC Solidalia</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell’analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>Sì</p>
		<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell’intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>Sì</p>

7.6.5.B AREA INCLUSIONE SOCIALE: SISTEMA CASA

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b></p> <p>NO</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b></p> <p>Sì</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fondazioni</li> <li>• Enti morali</li> <li>• Istituti di credito</li> <li>• Agenzie immobiliari</li> <li>• Sindacato</li> <li>• Aler</li> <li>• Comuni</li> </ul>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b></p> <p>Sì, anche se è stato rivisitato alla luce della valutazione effettuata che ha evidenziato non poche difficoltà</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b></p> <p>No</p>	
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b></p> <p>No, in quanto è un'iniziativa che precedentemente pianificata e parzialmente realizzata e che pertanto viene rivista e aggiornata</p>	<p><b>16) 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</b></p> <p>Il terzo settore verrà coinvolto da subito in tutte le fasi del lavoro anche senza atti formali data la proficua collaborazione attivata in questi anni sul tema dell'housing</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b></p> <p>L'intervento risponde a un bisogno abitativo derivante da carenza di alloggi pubblici (nel 2023 solo 28 alloggi disponibili per l'assegnazione) e scarsa disponibilità sul mercato di alloggi in affitto a canone concordato.</p>
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b></p> <p>No</p>		

# 7.6.5.C AREA INCLUSIONE SOCIALE: SISTEMA CASA

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Si, tratta di un bisogno in progressivo aumento dovuto anche alla maggiore richiesta sul mercato di case in affitto.</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <p>Redazione di un documento progettuale di ricerca che includa, oltre a una declinazione degli obiettivi e dei risultati attesi, anche una descrizione chiara della metodologia di lavoro e l'articolazione temporale (GANTT)</p>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Preventivo</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborazione di un rapporto di ricerca</li><li>• Attivazione di almeno n. 2 sperimentazioni</li></ul>
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>I modelli innovativi riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• l'integrazione di policy</li><li>• l'utilizzo di un metodo di lavoro partecipativo come la ricerca-azione</li></ul>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b></p> <p>Aumento del numero di sperimentazioni avviate</p>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>No</p>	



# 7.8 AREA TRASVERSALE

La nuova programmazione punta a rilanciare il progetto Neet (Not in Education, Employment or Training), coinvolgendo non solo i Servizi Sociali Comunal, ma anche le agenzie del lavoro e della formazione presenti sul territorio. Il progetto mira a coinvolgere e supportare i giovani che non sono attualmente impegnati in percorsi educativi, lavorativi o di formazione a rischio di essere esclusi dalla società e di affrontare difficoltà nell'inserirsi nel mondo del lavoro. La selezione dei candidati NEET avverrà tramite colloqui individuali, in collaborazione con i Servizi Sociali e le agenzie del lavoro. Il progetto si concentra su diverse azioni per favorire l'inclusione di questi giovani nel sistema educativo, formativo e lavorativo. Reinserimento educativo: Offrire percorsi di recupero scolastico o formazione professionale per i giovani che hanno abbandonato la scuola o non hanno completato un ciclo di studi.

Sviluppo di competenze professionali: Fornire corsi di formazione mirati a sviluppare competenze pratiche e teoriche che aumentino l'occupabilità dei giovani. Orientamento al lavoro: Aiutare i giovani a orientarsi nel mercato del lavoro, attraverso attività di coaching, mentoring e accompagnamento alla ricerca di un impiego. Inclusione sociale: Promuovere l'inclusione sociale dei NEET, combattere l'isolamento e offrire un supporto psicologico e relazionale.

A partire dalle numerose richieste di bisogno alloggiativo, il tema dell'abitare, soprattutto per le fasce più fragili della popolazione (nuclei monoparentali anziani, nuclei famigliari con minori, popolazione straniera, adulti fragili con reddito insufficiente..) e in situazioni di sfratto in corso, rappresenta un'area che necessita di essere osservata e ripensata all'interno di percorsi comuni, che vedano coinvolti gli attori attivi su questo tema nel territorio, puntando il focus sulle peculiarità dell'offerta abitava.

S'intende pertanto costituire un tavolo di lavoro territoriale con la presenza delle realtà

pubbliche, private profit e non profit, che riesca a osservare e leggere la dimensione del problema attraverso lo studio di dati di conoscenza territoriale, in vista di produrre delle proposte sperimentali finalizzate alla costruzione di un modello d'intervento di ambito che risponda ai bisogni rilevati.

7.8.1.A AREA TRAVERSALE: MEDIAZIONE CULTURALE TERRITORIALE

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <p>Avviare un sistema di rilevazione, coordinamento e promozione di iniziative di mediazione culturale presso i servizi sociali del territorio e delle scuole attraverso lo sportello Progetto NAI (Neo Arrivati in Italia)</p>	<p><b>3) Target</b></p> <p>Beneficiari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gli operatori dei servizi sociali e dello sportello NAI, richiedenti il servizio di mediazione culturale</li> <li>• Volontari del territorio che si occupano di intercultura</li> <li>• Le persone straniere in contatto con gli operatori richiedenti il servizio di mediazione culturale (famiglie, alunni, minori, referenti di associazioni di immigrati)</li> </ul>	<p><b>6) L’obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <p>Sì, in quanto il fenomeno è trasversale alle diverse macro aree di policy del Piano di Zona. In particolare riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi per la famiglia</li> <li>• Politiche giovanili e per i minori</li> <li>• Contrasto alla povertà e all’emarginazione sociale e promozione dell’inclusione attiva</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raccolta e sistematizzazione dati sulla presenza di cittadini stranieri nei vari servizi del territorio e degli operatori pubblici e organizzazioni di volontariato che si occupano di persone di origine straniera</li> <li>• Progettazione con i servizi sociali di un servizio di mediazione culturale attivabile nei servizi sociali comunali e di Ambito e nelle scuole (Progetto NAI)</li> <li>• Coinvolgimento delle associazioni di cittadini stranieri presenti sul territorio dell’Ambito di Romano di L.</li> </ul>	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>Fondi FAMI LabImpact. L’importo verrà definito una volta approvato il progetto da Regione Lombardia e stabilità le modalità di utilizzo dei fondi</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell’intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrasto e prevenzione della povertà educativa</li> <li>• Rafforzamento delle reti sociali</li> <li>• Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato</li> </ul>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>Il servizio prevede l’individuazione all’interno di Solidalia di un operatore che in prospettiva si specializzi sulla comunicazione interculturale</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell’analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>No</p>
		<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell’intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>No</p>

# 7.8.1.B AREA TRAVERSALE: MEDIAZIONE CULTURALE TERRITORIALE

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b> Sì, livello Provinciale</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b> Sì, con il Terzo Settore in partenariato nella programmazione</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b> Sì, e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• gli assistenti sociali comunali</li><li>• le associazioni di immigrati attive sul territorio</li></ul>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b> Sì, servizio rivisto</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b> Sì poiché all'interno del Bando FAMI LABImpact si prevede il coinvolgimento attivo del terzo settore</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b> L'esigenza di avere dei dispositivi di lavoro per rispondere alle nuove domande di una popolazione straniera. Un processo che richiede la formazione degli operatori e la collaborazione delle associazioni di stranieri. Nello specifico i bisogni riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• un corretto inserimento scolastico degli alunni stranieri (Progetto NAI)</li><li>• il sostegno agli operatori scolastici e dei servizi sociali nell'acquisizione di competenze interculturali</li><li>• la creazione di collaborazioni con le associazioni di immigrati del territorio e i loro leader</li></ul> <p>Tale bisogno è determinato dal fatto che ai tavoli del Piano di Zona hanno evidenziato l'alta concentrazione di stranieri e della difficoltà a coinvolgerle ad es. nell'area della disabilità e dei minori e famiglia</p>
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b> No, in quanto è un'iniziativa precedentemente pianificata e non realizzata e che pertanto viene rivista e aggiornata</p>	<p><b>16) 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</b></p>	
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b> No</p>		

# 7.8.1.C AREA TRAVERSALE: MEDIAZIONE CULTURALE TERRITORIALE

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b> Sì, grazie ai finanziamenti ottenuti con il progetto FAMI Families</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b> L'intervento prevede i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• presenza di una figura interna a Solidalia che si occupi dell'implementazione della mediazione culturale comunitaria (tipologia della figura e modalità dell'incarico)</li><li>• messa a punto di un sistema di governance sulla condizione multiculturale del territorio e di alcuni fenomeni che si stanno manifestando (e. numero componenti la governance, n. di incontri della governance)</li></ul>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b> Preventivo</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• n. di operatori comunali che hanno richiesto il servizio di mediazione culturale</li><li>• n. di richieste pervenute dalla Sportello NAI</li><li>• n. di persone straniere che hanno usufruito dell'intervento di mediazione culturale (suddivise per genere, età, provenienza ecc.)</li><li>• n. di associazioni che sono stati coinvolti in attività di mediazione culturale di comunità</li></ul>
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b> No</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• il miglioramento del processo di accoglienza delle persone di origine straniera nei servizi sociali e scolastici. Tale risultato verrà raccolto con dei questionari inviati agli operatori</li><li>• l'aumento della partecipazione delle associazioni di immigrati del territorio nelle attività organizzate dai comuni. Tale risultato verrà raccolto con delle interviste ai leader delle associazioni e a rappresentanti italiani del territorio</li></ul>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b> No</p>	

7.8.2.A AREA TRASVERSALE: PIANO LOCALE GAP

<p><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico che vedano attivamente coinvolti gli Enti Locali e il Terzo settore(esiti della DGR.2609/2019).</li> <li>• Promuovere conoscenze, competenze e consapevolezze mediante opportunità di comunicazioni “protette”, servizi di consulenza agli EELL, ecc.</li> <li>• Incrementare l’offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting scolastico</li> <li>• Aumentare la copertura territoriale delle iniziative attivate dagli Enti Locali in partnership con Soggetti Terzo Settore</li> <li>• Promuovere la capacity building di decisori/reti locali e la diffusione di Buone Pratiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione alle reti di prossimità, moltiplicatori, amministratori</li> <li>• Promozione LST Sc Primarie e secondarie I Grado; Unplugged e Peer Education scuole secondarie secondo grado</li> <li>• Formazione alle reti territoriali d’Ambito - Iniziative di carattere socio culturale ludico quali Mostra NoGAP -</li> </ul>	<p><b>6) L’obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrasto all’emarginazione sociale</li> <li>• Interventi per la famiglia</li> <li>• Politiche giovanili</li> </ul>
<p><b>2) Azioni programmate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione di linee guida per un Regolamento di contrasto al fenomeno GAP</li> <li>• Aggiornamento dati applicativo Smart App e elaborazione report semestrale</li> <li>• Realizzazione di formazione rivolta alle reti prossimità e gruppi di miglioramento interprofessionali e interistituzionali per buone prassi di intercettazione</li> </ul>	<p><b>3) Target</b></p> <p>Amministratori Comunali, Polizie Locali, servizi sociali e sanitari, gestori dei locali, insegnanti di ogni ordine e grado, Genitori, Studenti scuole secondarie di secondo grado, Anziani, reti prossimità, moltiplicatori (volontariato, ETS) , Popolazione in generale</p>	<p><b>7) Indicare i punti chiave dell’intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilità multidimensionale</li> <li>• Presenza di nuovi soggetti a rischio/nuova utenza rispetto al passato</li> <li>• Prevenzione e contenimento del disagio sociale</li> <li>• Contrasto all’isolamento</li> </ul>
	<p><b>4) Risorse economiche preventivate</b></p> <p>€ 21.281</p>	<p><b>8) Coinvolgimento di ASST nell’analisi del bisogno e nella programmazione:</b></p> <p>SI E' attivo un tavolo di programmazione condiviso inter ambito (Romano di Lombardia e Treviglio) che vede il coinvolgimento di operatori di ATS, dipartimento di prevenzione e ASST - dipartimento dipendenze e salute mentale</p>
	<p><b>5) Risorse di personale dedicate</b></p> <p>Assistenti Sociali dei Comuni, Educatori professionali e psicologi</p>	<p><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell’intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b></p> <p>Il tavolo di programma interventi congiunti quali la formazione alle reti di prossimità e i gruppi di miglioramento per l'obiettivo 1 e i programmi LST e Unplugged per l'obiettivo 2</p>

# 7.8.2.B AREA TRASVERSALE: PIANO LOCALE GAP

<p><b>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</b> Si, con l'Ambito di Treviglio</p>	<p><b>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</b> Si attraverso un tavolo di lavoro costituito da Solidalia</p>	<p><b>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</b> Coinvolge gli Istituti Comprensivi e le Scuole Superiori dell'Ambito in stretta connessione con quelle dell'Ambito di Treviglio</p>
<p><b>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</b> SI</p>	<p><b>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</b> NO</p>	<p><b>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</b> Mancanza di conoscenza del fenomeno del GAP e relative connessioni con altri comportamenti problematici o patologici inerenti le dipendenze e la salute mentale; mancanza di soft skill in popolazione sensibile quale minorenni e anziani nel fronteggiare il fenomeno; mancanza di una rete di collaborazione interistituzionale e interprofessionale per un fronteggiamento in logica di sistema</p>
<p><b>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</b> NO</p>	<p><b>16) 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</b></p>	
<p><b>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</b> No</p>		

7.8.2.C AREA TRASVERSALE: PIANO LOCALE GAP

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Il bisogno è già stato affrontato e va in continuità</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• È costituita una équipe di operatori specializzati negli interventi previsti dal progetto con esperienza superiore ai 5 anni di attività. La struttura organizzativa prevede un referente di ambito che presidia il progetto nel suo complesso, promuove la connessione con le altre progettualità del PDZ e del PPT, ricerca nuove forme innovative di intervento, sono presenti poi due referenti di progetto che presidiano le attività degli obiettivi.</li> <li>• Il piano prevede un cronoprogramma annuale nel quale sono declinate le responsabilità di ciascuna azione</li> </ul>
<p><b>20) L’obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Promozionale e preventivo</p>	
<p><b>21) L’obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>Il Piano integra metodologie evidence-based con strumenti di design partecipativo e coinvolge risorse finanziarie da diverse fonti; promuove una rete collaborativa tra servizi territoriali e prevede una piattaforma multicanale per la sensibilizzazione e la formazione online</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <p>Aumento delle competenze da parte dei vari target nella conoscenza dei vari aspetti del fenomeno, ma più in generale nella crescita delle soft skill utili a fronteggiare i fattori di rischio del fenomeno</p> <p>Aumento degli scambi di collaborazione tra enti afferenti all'area sociale e socio sanitaria e sanitaria al fine di un coordinamento degli interventi che agiscono su contesti analoghi e al fine di una sinergia comune nella presa in carico delle situazioni problematiche.</p> <p>n. scuole aderenti al progetto</p> <p>n. alunni coinvolti</p> <p>n. amministratori coinvolti nella formazione</p> <p>n. persone coinvolte nelle varie iniziative</p>
<p><b>22) L’obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>Il piano utilizza strumenti digitali per la promozione dei contenuti quali l'app della mostra NOGAP</p>	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l’intervento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In termini di impatto il coinvolgimento attivo di oltre 1000 persone ogni anno sui target complessivamente coinvolti</li> <li>• Il risparmio economico offerto dagli interventi che agiscono sui moltiplicatori dell'azione preventiva degli interventi one to one e su target diretti di popolazione (es gli studenti) che sono sempre più onerosi e di dubbia efficacia</li> </ul>

# 7.8.3.A AREA TRASVERSALE: POTENZIALENTO DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI COMUNALI

<div><b>1) Quale obiettivo da raggiungere</b> Adeguamento dei servizi sociali comunali al LEPS che prevede un assistente sociale ogni 5.000 abitanti</div>	<div><b>3) Target</b> I Comuni dell’Ambito Territoriale di Romano di Lombardia</div>	<div><b>6) L’obiettivo è trasversale e integrato con altre policy?</b><ul style="list-style-type: none"><li>Tutte le aree di policy</li></ul></div>
	<div><b>4) Risorse economiche preventivate</b><ul style="list-style-type: none"><li>Fondi propri messi a disposizione dai Comuni</li><li>Fondi statali messi a disposizione dalla L. n. 178 del 30.12.2020</li></ul></div>	<div><b>7) Indicare i punti chiave dell’intervento</b><ul style="list-style-type: none"><li>La maggior parte dei punti chiave presenti nelle aree di policy</li></ul></div>
	<div><b>5) Risorse di personale dedicate</b> I responsabili di servizio di ogni Comune</div>	<div><b>8) Coinvolgimento di ASST nell’analisi del bisogno e nella programmazione:</b> No</div>
<div><b>2) Azioni programmate</b><ul style="list-style-type: none"><li>Supporto ai comuni con meno di 5.000 abitanti per l’individuazione delle soluzioni amministrative più idonee all’assunzione del personale richiesto</li><li>Espletamento dei concorsi per l’assunzione del personale previsto</li></ul></div>		<div><b>9) Coinvolgimento di ASST nella realizzazione dell’intervento e azioni congiunte Ambito-ASST?</b> no</div>



# 7.8.3.B AREA TRASVERSALE: POTENZIALENTO DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI COMUNALI

<p>10) L'intervento è realizzato in cooperazione con altri Ambiti?</p> <p>No</p>	<p>14) L'intervento è formalmente co-programmato con il terzo settore?</p> <p>No</p>	<p>17) L'intervento prevede il coinvolgimento di altri attori della rete territoriale? (oltre a ASST e ETS)</p> <p>No</p>
<p>11) E' in continuità con la programmazione precedente?</p> <p>SI</p>	<p>15) L'intervento è formalmente co-progettato con il terzo settore?</p> <p>NO</p>	<p>18) Questo intervento a quale/quali bisogni risponde?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La copertura del servizio sociale presso tutti i comuni dell'Ambito con lo scopo di rendere accessibile a tutti i cittadini l'accesso alla rete dei servizi e favorire una prima presa in carico per le situazioni che lo necessitano</li><li>• Necessità di avere una figura centrale con capacità di intercettare e leggere la domanda sociale.</li><li>• Attivare la presa in carico e promuovere le reti comunitarie e di solidarietà</li></ul>
<p>12) L'obiettivo prevede la definizione di un nuovo servizio?</p> <p>Sì, presso quei Comuni con meno di 5.000 abitanti</p>	<p>16) 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</p>	
<p>13) L'obiettivo è in continuità e/o rappresenta il potenziamento di un progetto premiale della programmazione 2021-2023?</p> <p>No</p>		

# 7.8.3.C AREA TRASVERSALE: POTENZIALENTO DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI COMUNALI

<p><b>19) Il bisogno rilevato era già stato affrontato nella precedente programmazione o può essere definito come un nuovo bisogno emerso nella precedente triennalità?</b></p> <p>Il bisogno è già stato affrontato e va in continuità</p>	<p><b>23) Quali modalità organizzative, operative e di erogazione sono adottate?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Associazione tra comuni al di sotto dei 5.000 abitanti per le assunzioni delle assistenti sociali</li><li>• Partecipazione dei nuovi assistenti sociali assunti al coordinamento di ambito con cadenza mensile</li><li>• Partecipazione alla attività di supervisione monoprofessionale</li></ul>
<p><b>20) L'obiettivo è di tipo promozionale/preventivo o riparativo?</b></p> <p>Promozionale e preventivo</p>	
<p><b>21) L'obiettivo presenta modelli innovativi di presa in carico di risposta al bisogno e cooperazione con altri attori della rete ?</b></p> <p>No</p>	<p><b>24) Quali risultati vuole raggiungere ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• N. Di operatori assunti dalle amministrazioni comunali</li><li>• N. di utenti che accedono al servizio</li></ul>
<p><b>22) L'obiettivo presenta degli aspetti inerenti la digitalizzazione? (organizzativi, gestionali, erogativi ecc.)</b></p> <p>No</p>	
	<p><b>25) Quale impatto dovrebbe avere l'intervento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• N utenti che riferiscono il miglioramento della propria situazione (interviste in profondità)</li></ul>

# Capitolo 8

Individuazione di un sistema di indicatori qualitativi e quantitativi per il monitoraggio e la valutazione della costruzione e realizzazione degli interventi

# 8.1 IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

La valutazione e la misurazione della qualità degli obiettivi previsti dal piano e il loro raggiungimento rappresenta un fattore decisivo dell'azione programmatoria. Per fare questo è necessario attuare un approccio multidimensionale coerente con la dimensione di processo che l'implementazione delle politiche sociali prevede.

Come indicato dalle linee guida si prevede un costante trasferimento informativo che possa leggere l'intero sviluppo del servizio dall'analisi del bisogno alla verifica del raggiungimento dei cambiamenti prodotti e percepiti dai beneficiari. A questo proposito nell'ultima programmazione si era fatto riferimento al framework proprio della valutazione di impatto e della teoria del cambiamento ad essa sottesa.

Nella stessa delibera regionale si rileva l'indicazione di assumere sia una cultura della valutazione che una prassi valutativa all'interno del sistema organizzativo ed erogativo dei servizi. Questo aspetto è stato affrontato nel 2023 dal coordinamento provinciale degli Uffici di Piano. Infatti la progressiva adozione di sistemi di valutazione, al di là di una condivisione sulla opportunità avviarla, necessita di:

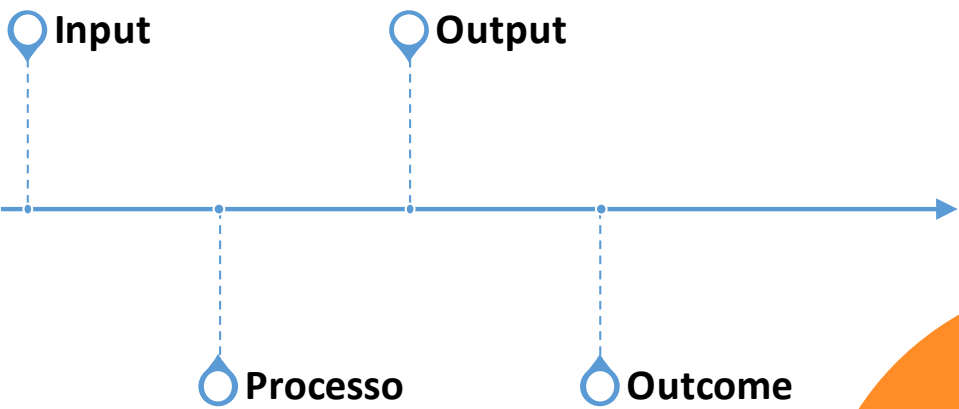
- conoscenze e competenze sulla metodologia della valutazione
- una gradualità nell'adozione della valutazione, vista l'impossibilità di attuarla su tutto con il rischio di non farla su nulla
- tempo da dedicare al processo di valutazione, un tempo che non può essere ritagliato

all'interno delle normali attività già al limite della sostenibilità

- risorse economiche. Non va sottovalutato il fatto che i costi per la valutazione, soprattutto in merito all'impatto sono molto onerosi in quanto, come verificato nei progetti finanziati con i bandi che lo richiedono, ci si deve rivolgere a società specializzate

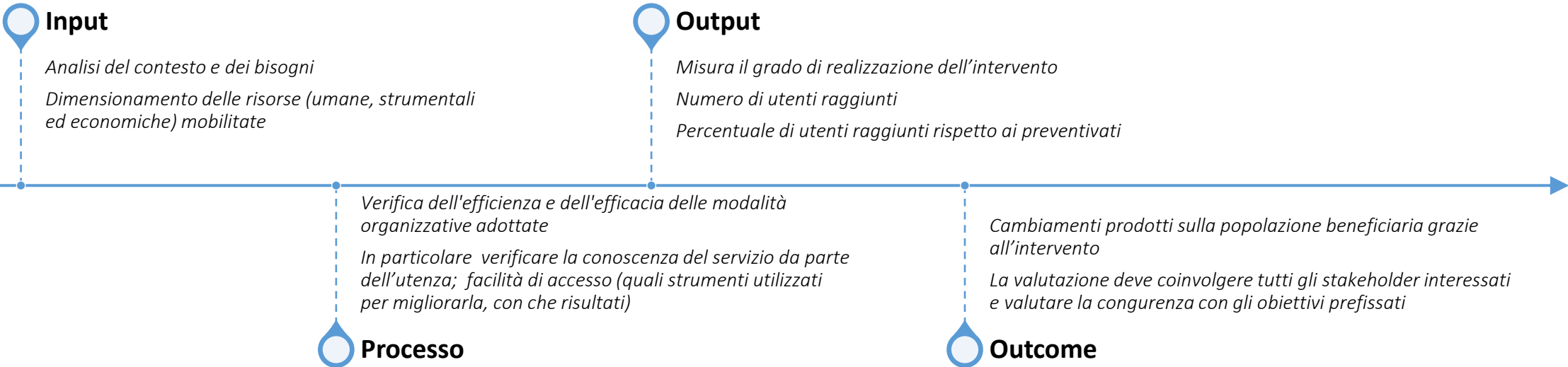
Per queste ragioni sarà necessario attivare per la prossima triennalità nel coordinamento provinciale degli Uffici di Piano un sistema in grado di rendere competente, performativo e sostenibile il processo di valutazione all'interno degli Uffici di Piano

Nello specifico del lavoro attuato da ASC Solidalia si presterà attenzione alla dimensione informativa e documentale che a partire dal processo illustrato di seguito si sviluppa e costruisce la conoscenza e il sistema di apprendimento del piano.



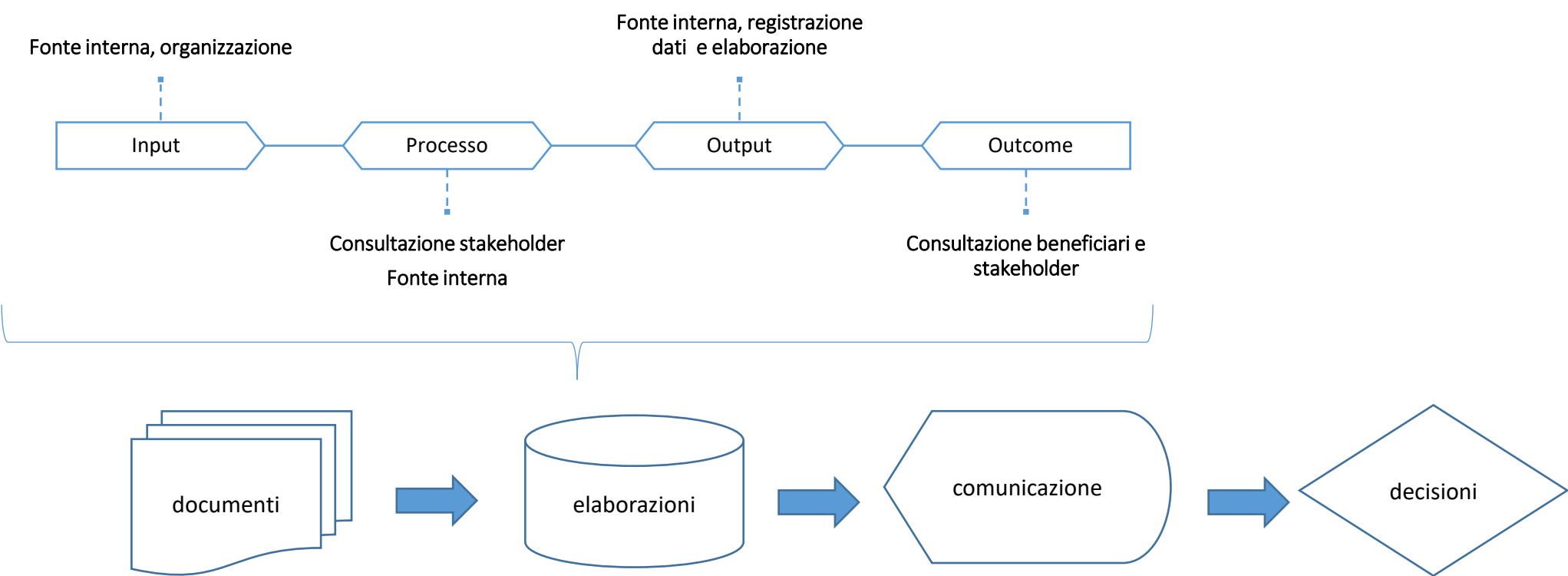
## 8.2. GLI INDICATORI

Il processo di valutazione nell'identificare questi 4 passaggi orienta il proprio sguardo a specifici caratteri che nell'integrazione complessiva possono descrivere la qualità del servizio.



# 8.3 SISTEMA DI VALUTAZIONE E FLUSSI INFORMATIVI

Per favorire il processo di valutazione è necessario identificare fonti e flussi informativi. Nello schema si indicano punti di attenzione, strumenti e metodo di lavoro che il piano assume per favorire un costante processo di raccolta, elaborazione e lettura dell'informazione e della conoscenza generata.



# Capitolo 9

Allegato 1: Prologo provinciale ai Piani di Zona 2025-2027  
degli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di  
Bergamo



# **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	<b>Presidente</b> Marcella Messina, Assessore Politiche Sociali Comune di Bergamo
	<b>Vice Presidente</b> Gabriele Cortesi, Sindaco Comune di Seriate
	Elezione Presidente e vice Presidente 09.11.2022 Scadenza 08.11.2027
	<b>Altri componenti del Collegio dei Sindaci</b> 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	<b>Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci</b> Gianbattista Brioschi, Consigliere delegato Rapporti con gli Enti e le Istituzioni Sovracomunali Comune di Almenno San Bartolomeo  <b>Vice Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci</b> Marcella Messina, Assessore alle Politiche Sociali Comune di Bergamo  <b>Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci</b> 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	<b>Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci</b> Gabriele Cortesi, Sindaco Comune di Seriate  <b>Vice Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci</b> Alberto Maffi, Sindaco Comune di Gandosso

	<p><b>Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci</b>  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><b>Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci</b>  Juri Imeri, Sindaco Comune di Treviglio</p> <p><b>Vice Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci</b>  Caterina Vitali, Sindaco Comune di Ciserano</p> <p><b>Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci</b>  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:

- a) verificare l'applicazione della programmazione territoriale e dei progetti di area sanitaria e sociosanitaria posti in essere nel territorio del Distretto ASST;
- b) contribuire ai processi di integrazione delle attività sociosanitarie con gli interventi socioassistenziali degli ambiti sociali territoriali;
- c) 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;
- d) 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><b>BERGAMO</b> <b>Presidente</b> Marcella Messina, Assessore alle Politiche Sociali Comune di Bergamo <b>Vice Presidente</b> Sara Tasseti, Assessore ai Servizi Sociali di Gorle</p> <p><b>VALLE BREMBANA, VALLE IMAGNA, VILLA D'ALME'</b> <b>Presidente</b> Laura Arizzi, Sindaco Comune di Piazzolo <b>Vice Presidente</b> 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><b>SERiate - GRUMELLO</b> <b>Presidente</b> Luciano Redolfi, Sindaco Comune di Bolgare <b>Vice Presidente</b> Gabriele Cortesi, Sindaco di Seriate</p> <p><b>VAL CAVALLINA, MONTE BRONZONE – BASSO SEBINO, ALTO SEBINO</b> <b>Presidente</b> Alberto Maffi, Sindaco Comune di Gandosso <b>Vice Presidente</b> Loredana Vaghi, Vice Sindaco Comune di Trescore Balneario Simona Figaroli, Assessore Politiche Sociali Comune di Costa Volpino</p> <p><b>VAL SERIANA, VAL SERIANA SUPERIORE E VAL DI SCALVE</b> <b>Presidente</b> Angelo Merici, Vice Sindaco Comune di Gazzaniga <b>Vice Presidente</b> 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><b>MEDIA PIANURA (Dalmine)</b> <b>Presidente</b> Cinzia Terzi, Assessore Servizi Sociali Comune di Dalmine <b>Vice Presidente</b> Corrado Quarti, Sindaco Comune di Osio Sotto</p> <p><b>ISOLA E VAL SAN MARTINO</b> <b>Presidente</b> Alessandra Locatelli, Sindaco Comune di Mapello <b>Vice Presidente</b> Matteo Rossi, Sindaco Comune di Bonate Sopra</p> <p><b>BASSA ORIENTALE (Romano di Lombardia)</b> <b>Presidente</b> Andrea Rota, Sindaco Comune di Bariano <b>Vice Presidente</b> Vincenzo Trapattoni, Sindaco Comune di Barbata</p> <p><b>BASSA OCCIDENTALE (Treviglio)</b> <b>Presidente</b></p>



		<p>Fabio Ferla, Sindaco Comune di Calvenzano  <b>Vice Presidente</b>          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.

<b>Ambito Territoriale</b>	<b>Comuni</b>	<b>Presidente e vice Presidente Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona</b>
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, Fuiplano 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, <a href="mailto:udpambitobergamo@comune.bergamo.it">udpambitobergamo@comune.bergamo.it</a> , <a href="http://www.ambitodibergamo.it">www.ambitodibergamo.it</a>
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI DALMINE	RESPONSABILE Mauro Cinquini CONTATTI Piazza Libertà 1, Dalmine, Tel. 035/6224891, <a href="mailto:ufficio.pianodizona@comune.dalmine.bg.it">ufficio.pianodizona@comune.dalmine.bg.it</a> , <a href="http://www.ambitodidalmine.it">www.ambitodidalmine.it</a>
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI SERIATE	RESPONSABILE Sabrina Bosio CONTATTI Piazza Aleardi 1, Seriate, Tel. 035/304293, <a href="mailto:ufficiodipiano@comune.seriate.bg.it">ufficiodipiano@comune.seriate.bg.it</a> , <a href="http://www.ambitodiseriate.it">www.ambitodiseriate.it</a>

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

<b>DESCRIZIONE</b>
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.
<b>OBIETTIVO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorare l'avanzamento e la realizzazione degli obiettivi del Prologo provinciale ai Piani di Zona 2025-2027,</li> <li>• 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),</li> <li>• 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,</li> <li>• 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,</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>AZIONI PRELIMINARI</b>
<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>
<b>GOVERNANCE</b>
<p>I soggetti coinvolti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collegio dei Sindaci</li> <li>- Conferenze dei Sindaci</li> <li>- Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona</li> <li>- Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali Sociali</li> </ul>
<b>RISORSE</b>
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 SOCIOSANITARIA**

Questa sezione contiene i temi e gli 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)

## 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"><li>- Programma "Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia"</li><li>- Life Skills Training (Primaria e secondaria di primo grado)</li><li>- Unplugged Lombardia (secondarie di secondo grado)</li><li>- Educazione affettiva e sessuale</li><li>- Educazione tra pari (Secondaria di secondo grado)</li><li>- Scuola in movimento</li></ul> <p><u>Luoghi di Lavoro</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia"</li></ul> <p><u>Comunità Locale</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gruppi di Cammino</li><li>- Pedibus</li><li>- Prevenzione incidenti domestici</li><li>- Urban Health</li></ul> <p><u>Prevenzione dipendenze</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Piano Locale GAP</li></ul> <p><u>Promozione della salute – Area consultoriale</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Implementazione delle azioni in raccordo con i Consultori Familiari</li></ul> <p><u>Promozione della salute – Invecchiamento Attivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Implementazione delle attività e delle azioni volte a promuovere l'invecchiamento attivo delle persone con età uguale o superiore ai sessantacinque anni</li></ul>
OBIETTIVO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Costruire un dispositivo di raccordo tra Ambiti Territoriali e ASST per gli interventi di prevenzione e promozione della salute nelle comunità locali;</li><li>• 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.);</li><li>• 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;</li><li>• 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, ...);</li></ul>

- 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,



<p>ecc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione a personale dei Consultori ed operatori sociosanitari (DGR 1141)</li> </ul> <p><i>Specifico per Ambiti Territoriali:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coinvolgimento Sistema bibliotecario per l'implementazione del programma Nati per Leggere</li> </ul> <p><b>PROMOZIONE DELLA SALUTE INVECCHIAMENTO ATTIVO</b></p> <p>Macroarea di policy Piani di Zona: Interventi per le persone con età uguale o superiore ai 65 anni</p> <p>Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute con il coinvolgimento dei distretti nel piano di azione territoriale biennale (2025-2026)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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);</li> </ul> <p><i>Specifico per Ambiti Territoriali:</i></p> <p>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).</p>
<b>TEMPI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validità Piano Regionale Prevenzione</li> <li>- Validità biennale del Piano di Azione Territoriale Invecchiamento Attivo (2025/2026)</li> </ul>
<b>STRUMENTI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano Integrato Locale: stesura annuale a cura di ATS in collaborazione con ASST</li> <li>- Piano Locale GAP: a cura di ATS in collaborazione con Ambiti Territoriali Sociali (Ob. 0-1-2) e ASST (Ob. 3)</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>MONITORAGGIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilevazione semestrale delle attività realizzate sul territorio e inserimento, a cura di ATS, dei dati nella piattaforma regionale Stili di Vita.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>VALUTAZIONE E VERIFICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>GOVERNANCE</b>
<p><b><u>Gruppo tecnico Prom. della salute ATS –ASST (trasversale a tutti i setting), in raccordo con gli Ambiti Territoriali Sociali:</u></b></p> <p><b><u>Coord.: ATS</u></b></p> <p><b><u>Componenti: referenti promozione salute ASST</u></b></p>

## **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"><li>▪ 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,</li><li>▪ 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,</li><li>▪ le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali,</li><li>▪ un sistema di strumenti e supporti che definiscano modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato.</li></ul>
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"><li>- 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;</li><li>- 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,</li></ul>

<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"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- sviluppare una visione comunitaria, orientata verso una nuova organizzazione delle funzioni e delle relazioni territoriali.</li> </ul>
<b>TEMPI E AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027</b>
<p>Anno 2025</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Costruzione di accordi Operativi distrettuali tra ASST – Ambiti Territoriali Sociali in attuazione delle Linee di Indirizzo proposte</li> </ul> <p>Anno 2026</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul> <p>Anno 2027</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidamento della filiera PUA-EVM/UVM in raccordo con COT</li> </ul>
<b>STRUMENTI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione di Accordi operativi a livello territoriale</li> <li>- Adozione di strumenti condivisi per la gestione dei casi (scheda accesso, schede di valutazione, contenuti progetto assistenziale\progetto di vita, ecc.)</li> </ul>
<b>MONITORAGGIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione degli indicatori e degli strumenti di rilevazione</li> <li>- Monitoraggio semestrale e verifica stato di avanzamento attuazione percorso</li> <li>- Produzione reportistica</li> </ul>
<b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Valutazione finale consolidamento.</li> </ul>
<b>GOVERNANCE</b>
Aziende Sociosanitarie Territoriali e Ambiti Sociali Territoriali
<b>COORDINAMENTO TECNICO</b>
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"><li>• <b>Valorizzazione e supporto del caregiver</b> 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.</li><li>• <b>Integrazione dei servizi sanitari e sociali</b> 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.</li><li>• <b>Sviluppo del welfare comunitario</b> 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</li></ul>

<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"> <li>• Innovazione e digitalizzazione dei servizi</li> </ul> <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>
<b>AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027</b>
<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"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>
<b>TEMPI</b>
2025/2026

<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Stratificazione dei Bisogni e delle aspettative: implementazione della metodologia di triage per classificare i caregiver in base al livello di bisogno.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>2027</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul> <p>2025-2027</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Implementazione dei contenuti e delle funzioni del portale caregiverbergamo.it</li> </ul>
<b>STRUMENTI</b>
<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>
<b>MONITORAGGIO</b>
<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>
<b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tre incontri annuali con il Gruppo di Coordinamento provinciale</li> </ul>



<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"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>GOVERNANCE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>COORDINAMENTO TECNICO</b></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

<b>DESCRIZIONE</b>
<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>
<b>OBIETTIVO</b>
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.
<b>TEMPI E AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027</b>
<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>
<b>STRUMENTI</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gruppi di miglioramento territoriali</li><li>• Accordi territoriali ASST, Ambiti Territoriali Sociali ed Unità d'offerta sociali e sociosanitarie</li><li>• Schede di monitoraggio</li></ul>
<b>MONITORAGGIO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Individuazione indicatori e strumenti di monitoraggio</li><li>- Rilevazione dati e verifica stato di avanzamento delle diverse attività (almeno semestrale)</li><li>- Elaborazione dati e relativa reportistica</li></ul>
<b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri periodici di valutazione in merito all'andamento delle azioni attivate e definizione di modalità operative e strategie condivise.</li> <li>- Valutazione finale e consolidamento.</li> </ul>
<b>GOVERNANCE</b>
Gruppi di miglioramento ATS, ASST, Unità d'Offerta, Ambiti territoriali
<b>COORDINAMENTO TECNICO</b>
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>
<b>TEMPI ED AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027</b>
<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>
<b>STRUMENTI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redazione “sintesi” degli incontri,</li> <li>- Predisposizione di una mappa ragionata degli strumenti a supporto dei rapporti tra PA e ETS,</li> <li>- Individuazione di strumenti per la <i>co-programmazione / co-progettazione</i>,</li> </ul>
<b>MONITORAGGIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione degli indicatori,</li> <li>- Incontri di monitoraggio e verifica stato di avanzamento attività,</li> <li>- Produzione reportistica.</li> </ul>
<b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- Consolidamento e stesura di un documento condiviso relativo a possibile\i modello\i di <i>co-programmazione e co-progettazione</i>.</li> </ul>
<b>GOVERNANCE</b>
ATS Bergamo, ASST, Collegio dei Sindaci/Ambiti Territoriali Sociali ed Enti del Terzo Settore (Confcooperative, Legacoop e CSV)
<b>COORDINAMENTO TECNICO</b>
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"><li>• Area della Psichiatria</li><li>• Area della Neuropsichiatria</li><li>• Rete diffusa delle dipendenze (ReDiDi)</li><li>• Rete provinciale Disabilità</li><li>• Area della Psicologia clinica</li></ul>
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
<b>STRUMENTI</b>
- Scheda di programmazione che declini lo sviluppo di ogni area e le relative progettualità
<b>MONITORAGGIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuazione indicatori e strumenti per attività di monitoraggio delle progettualità\azioni delle 5 aree</li> <li>• Monitoraggio semestrale della attività svolte</li> <li>• Produzione di report periodici</li> </ul>
<b>VALUTAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione finale esiti progettualità\azioni realizzate</li> <li>• Eventuale messa a sistema di interventi\progettualità realizzati</li> </ul>
<b>GOVERNANCE</b>
Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, le Dipendenze e la Disabilità (OCSMD)
<b>COORDINAMENTO TECNICO</b>
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 Assemblies 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

<b>DESCRIZIONE</b>
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.
<b>OBIETTIVO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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, ...),</li><li>• mantenimento della rete e della connessione dei diversi soggetti territoriali che lavorano con la grave emarginazione e i senza dimora,</li><li>• valorizzazione di buone prassi e la conoscenza e diffusione di sperimentazioni attivate sui diversi territori,</li><li>• 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,</li><li>• mantenere una attenzione su queste problematiche e promuovere una cultura nei diversi contesti territoriali, indipendentemente dai finanziamenti di volta in volta disponibili,</li><li>• ricordare le possibilità di finanziamento e le risorse presenti sulle tematiche in questione.</li></ul>
<b>AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. accompagnamento educativo ed equipe multidisciplinare</li><li>2. tema dell'abitare legato al Pronto Intervento, Housing first e Housing</li><li>3. tema della residenza raccogliendo i lavori, i dati, gli esiti di quanto realizzato nel corso dei progetti PrinS.</li></ol> <p>Azione trasversale è il collegamento con altri ambiti della più vasta area della fragilità, es. l'area carcere (in connessione con le attività prerogative dell'UEPE - Ufficio di Esecuzione Penale Esterna), tema dipendenze, ecc.</p>
<b>TEMPI</b>
Entro i primi mesi del 2025 terminare il lavoro di approfondimento sui tre temi individuati producendo per ciascuno un "documento" contenente 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.
<b>STRUMENTI</b>
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.
<b>MONITORAGGIO</b>
"Produzioni" del gruppo di lavoro, con cadenza annuale.
<b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b>

Valutazione di utilità da parte dei partecipanti al tavolo; esito dei momenti “pubblici” di confronto
<b>GOVERNANCE</b>
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"><li>- mappare le esperienze già in atto per valorizzare le buone pratiche;</li><li>- stipulare un accordo tra Provincia di Bergamo – Settore Politiche del Lavoro e Ambiti Territoriali Sociali;</li><li>- 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.</li></ul>
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ul style="list-style-type: none"><li>- mappatura delle esperienze locali già in atto;</li><li>- definizione e formalizzazione dell'accordo tra Provincia di Bergamo – Settore Politiche del Lavoro e Ambiti Territoriali Sociali;</li><li>- avvio di una cabina di regia provinciale che governi l'intero processo;</li><li>- avvio dei 14 coordinamenti locali tra Centri per l'Impiego e Ambiti Territoriali Sociali;</li><li>- costruzione di un sistema di monitoraggio per la valutazione dell'efficacia del sistema;</li><li>- costruzione e validazione di strumenti e prassi di lavoro condivise;</li><li>- produzione di report quali-quantitativi sulle attività realizzate.</li></ul>
TEMPI
<p><b>2025</b></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><b>2026-2027</b></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"> <li>- cabina di regia provinciale;</li> <li>- coordinamenti locali;</li> <li>- strumenti e dispositivi di orientamento e presa in carico condivisi;</li> <li>- strumenti di raccolta e analisi dei dati;</li> <li>- strumenti di rendicontazione, sistematizzazione e reportistica delle attività realizzate.</li> </ul>
<b>MONITORAGGIO</b>
Il monitoraggio verrà realizzato attraverso la definizione di specifici indicatori relativi sia al funzionamento della cabina di regia provinciale che dei 14 coordinamenti territoriali.
<b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b>
<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"> <li>- efficacia ed efficienza del sistema integrato territoriale rispetto agli obiettivi individuati;</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>GOVERNANCE</b>
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"><li>- mappare le esperienze già in atto per valorizzare le buone pratiche;</li><li>- coinvolgere attori pubblici, privati e gli Ambiti Territoriali Sociali;</li><li>- individuazione di strategie condivise al fine della creazione di un modello provinciale di azione</li></ul>
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ul style="list-style-type: none"><li>- mappatura delle esperienze territoriali in atto;</li><li>- avvio di un tavolo provinciale di tecnico e sociale di confronto;</li><li>- Individuazione di possibili strategie sperimentali innovative relative all'offerta abitativa;</li><li>- monitoraggio e valutazione finalizzate alla costruzione di un modello provinciale d'intervento che risponda ai bisogni rilevati.</li></ul>
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.
<b>STRUMENTI</b>
<p>Saranno utilizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavolo provinciale di raccordo sul tema in oggetto;</li> <li>- coordinamenti locali;</li> <li>- verbalizzazioni incontri, sistematizzazione e reportistica delle attività realizzate.</li> </ul>
<b>MONITORAGGIO</b>
Il monitoraggio verrà realizzato attraverso la verbalizzazione degli incontri e la reportistica prodotta
<b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b>
Le attività di verifica e valutazione saranno programmate a partire dal tavolo provinciale tecnico/sociale.
<b>GOVERNANCE</b>
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"><li>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;</li><li>b. condividere metodologie e strumenti per favorire l'inclusione scolastica degli alunni/e in situazioni di disabilità;</li><li>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;</li><li>d. qualificare gli interventi secondo principi di efficacia, efficienza ed appropriatezza in termini di inclusione scolastica;</li><li>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;</li><li>f. valorizzare le risorse professionali;</li><li>g. ottimizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie.</li></ul>
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ul style="list-style-type: none"><li>a. interventi individualizzati che promuovono lo sviluppo e il benessere degli alunni/e con disabilità certificata;</li><li>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;</li><li>c. interventi territoriali per la facilitazione dell'inclusione sociale di ogni alunno.</li></ul>
TEMPI
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 Periodicamente sono previsti incontri con il Collegio dei Sindaci, le Conferenze dei Sindaci e l'ATS Bergamo ed i coordinamenti provinciali.
STRUMENTI
- 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"> <li>- supporto formativo ai tutor e agli istituti scolastici attivi nella sperimentazione attraverso il supporto di Erikson</li> <li>- 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</li> <li>- cooperative learning</li> <li>- peer education</li> <li>- gite e uscite didattiche (dispositivi per l'apprendimento esperienziale)</li> <li>- life skills:</li> <li>- laboratori a scuola e nel territorio</li> </ul>
<b>MONITORAGGIO</b>
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.
<b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b>
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.
<b>GOVERNANCE</b>
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"><li>- 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;</li><li>- 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;</li><li>- sperimentare il budget di salute per la promozione del progetto di vita individuale ponendo al centro la sostenibilità dei progetti nel tempo.</li></ul>
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"> <li>● 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;</li> <li>● 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;</li> <li>● 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;</li> <li>● 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;</li> <li>● 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;</li> <li>● integrazione delle risorse nell'ottica del budget di salute.</li> </ul> <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><b>TEMPI</b></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"> <li>- al potenziamento delle azioni per la promozione di opportunità in particolare in termini abitativi ed occupazionali per le persone con disabilità,</li> <li>- alla realizzazione, attraverso la collaborazione con le ASST del territorio, di un servizio clinico per la disabilità adulto</li> <li>- alla definizione di percorsi facilitati per la presa in carico da parte delle persone disabili da parte degli ospedali.</li> </ul> <p>Il terzo anno sarà dedicato al monitoraggio del percorso intrapreso.</p>
<p><b>STRUMENTI</b></p> <p>Verranno utilizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coordinamenti provinciali;</li> <li>- incontri con il Collegio dei Sindaci, le Conferenze dei Sindaci e l'ATS Bergamo;</li> <li>- 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;</li> <li>- attivazione di word-café con operatori delle unità di offerta;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- cassetta degli attrezzi per il progetto di vita per operatori delle unità di offerta (in collaborazione con Erikson);</li> <li>- carte dei servizi in un'ottica ecologico-contestuale per la promozione del progetto di vita;</li> <li>- formazione;</li> <li>- supervisione.</li> </ul>
<b>MONITORAGGIO</b>
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.
<b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b>
Le attività di verifica e di valutazione verranno realizzate in collaborazione con la rete provinciale disabilità dell'ATS di Bergamo.
<b>GOVERNANCE</b>
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"><li>a) Alla rilevazione dei bisogni;</li><li>b) Alla verifica della congruità dell’offerta rispetto alla domanda;</li><li>c) Alla raccolta ed elaborazione dei dati utili alla programmazione regionale e locale;</li><li>d) Al monitoraggio dell’appropriatezza e della efficacia delle prestazioni;</li><li>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.</li></ul> <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"><li>• L’automazione di procedure uniformate;</li><li>• La gestione delle informazioni a livello di assistito e di rete di relazioni;</li><li>• La collaborazione fra i diversi attori attraverso l’integrazione della documentazione professionale e interprofessionale;</li></ul>

- 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
<b>1. Azioni per l'implementazione della CSI-HP</b>			
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			☑
<b>2. Azioni a supporto dell'implementazione</b>			
Percorsi di formazione e aggiornamento	☑	☑	☑
Linee guida CSI-HP		☑	
Gruppo di lavoro CSI-HP	☑	☑	☑

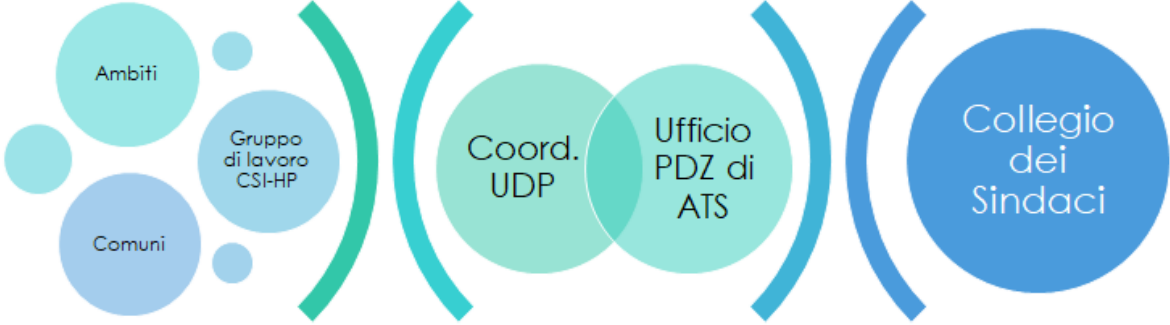
## STRUMENTI

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'adequatezza 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><b>VERIFICA E VALUTAZIONE</b></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><b>GOVERNANCE</b></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.

<b>Ambito</b>	<b>Contributo € quota parte FNPS per anno</b>
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