

Piano di Zona 2018-2020

Ambito Distrettuale di
BERGAMO



SOMMARIO

Premessa	4
1. Il quadro normativo di riferimento	5
1.1. Legge n. 328/2000.....	5
1.2. Legge regionale n. 3/2008.....	5
1.3. Legge regionale n. 23/2015.....	6
1.4. Decreto legislativo n.147/2017 (Reddito di inclusione)	6
1.5. Legge regionale n. 6/2016.....	7
2. Descrizione dell’Ambito territoriale 1 di Bergamo	8
2.1. Analisi della struttura socio-demografica	8
2.2. La fotografia delle abitazioni	13
2.3. I Poli territoriali	14
2.4. Le Unità di offerta sociali e socio-sanitarie nell’Ambito.....	16
3. Gli esiti della programmazione zonale 2015-2017: la valutazione degli interventi, dei progetti, dei servizi.....	23
3.1. Anziani.....	24
3.2. Emarginazione sociale.....	24
3.3. Minori e famiglie	24
3.4. Salute mentale	25
3.5. Disabilità.....	25
3.6. Socio-sanitaria.....	26
3.7. Azioni trasversali	26
4. La nuova programmazione	26
4.1. Le linee d’indirizzo regionale per la programmazione a livello locale 2018/2020	26
4.2. Gli obiettivi strategici di lungo periodo	27
5. La governance e le modalità di partecipazione del Terzo Settore	43
5.1. La Conferenza dei Sindaci, l’Assemblea di distretto, l’Assemblea di Ambito distrettuale	43
5.2. L’Ufficio di Piano.....	45
5.3. L’Ufficio di Staff	46
5.4. Le Cabine di regia della co-programmazione e della co-progettazione	46
5.5. Il Terzo Settore e i Tavoli tematici.....	47
5.6. La governance e i Poli territoriali	48
5.7. Le équipes di valutazione multidimensionale.....	49
5.8. L’Agenzia di Tutela della Salute ATS.....	49
6. Azioni e progettualità trasversali	52
6.1. Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze	52
6.2. Fuori dalla violenza.....	53

6.3.	La posta in gioco.....	58
6.4.	Voucher reddito di Autonomia.....	61
6.5.	segretariato sociale e bonus famiglia.....	63
6.6.	Servizio di inserimento Lavorativo	66
6.7.	Progettualità trasversali ed integrate a favore del potenziamento delle politiche sociali dell’Ambito 1	70
6.8.	REI – Inclusione sociale	72
6.9.	I Tirocini di Orientamento, Formazione e Inserimento/Reinserimento.....	75
7.	Le aree tematiche	77
7.1.	Progettualità aree	78
7.2.	I Tavoli tematici	79
8.	Prologo provinciale e distrettuale	95
9.	Allegati	132
9.1	I progetti dell’area Minori e Famiglie	132
9.2	I progetti dell’area Anziani	136
9.3.	I progetti dell’area Disabilità	143
9.4.	I progetti dell’area Salute mentale.....	152
9.5.	I progetti dell’area Adulti	160

PREMESSA

Il presente documento è frutto di un lavoro concertato e collegiale; nella sua costruzione si è lavorato al fine di garantire la completezza dei contenuti e di renderli leggibili e fruibili.

Pertanto, è stato adottato un metodo di lavoro partecipato, sia nella stesura sia in vista della realizzazione del piano, che fosse espressione di un **sistema realmente integrato**.

Il metodo di lavoro ha consentito di:

- ✓ garantire la completezza dei contenuti attraverso:
 - il rispetto delle Linee Guida
 - l'articolazione delle fonti informative
 - l'introduzione di una scrittura partecipata guidata da strumenti di elaborazione condivisa
- ✓ garantire la leggibilità e fruibilità del documento attraverso:
 - la chiarezza nell'architettura del documento definendo un indice ordinato
 - la coesistenza di documentazione sintetica e analitica
 - la costruzione di strumenti di elaborazione condivisa che favorissero la comparabilità dei contenuti.

Il Piano di Zona 2018-2020 esprime una sostanziale **continuità** con i principi e gli obiettivi della precedente triennalità:

- ricomporre risorse e interventi rispondenti ai bisogni reali delle persone e delle famiglie
- elaborare una strategia innovativa
- implementare la sinergia tra gli attori del welfare
- rafforzare della presa in carico integrata
- valorizzare la rete sociale esistente

all'interno di **un nuovo sistema di governance** dei territori.

1. IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

L'excurus normativo che segue rappresenta una necessaria introduzione al Piano di Zona; infatti, non si possono non delineare le tappe normative che, a livello nazionale e locale, dal 2000 in poi, si sono susseguite orientando le scelte connesse alle politiche sociali:

- la legge 8 novembre 2000 n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- la legge regionale 12 marzo 2008 n. 3: "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario"
- la legge regionale 23/2015: "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"
- il Decreto legislativo 15 settembre 2017 n. 147: "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"
- la legge regionale 8 luglio 2016 n. 16: "Disciplina regionale dei servizi abitativi".

Di seguito si presentano dei, seppur sintetici, approfondimenti.

1.1. LEGGE N. 328/2000

La legge quadro sui servizi sociali n. 328 dell'8 novembre 2000 ha istituito un "**sistema integrato di interventi e servizi sociali**" da realizzarsi mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, attraverso la programmazione e organizzazione del sistema integrato attribuita a livello di Ambito territoriale agli Enti locali, alle Regioni e allo Stato con il coinvolgimento attivo degli organismi del Terzo Settore, d'intesa con le Aziende Sanitarie Locali.

In coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione, la finalità della legge consiste nel garantire il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- il miglioramento della qualità della vita
- le pari opportunità
- la non discriminazione e il godimento dei diritti di cittadinanza
- la prevenzione, l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

1.2. LEGGE REGIONALE N. 3/2008

La legge regionale n. 3 del 12 marzo 2008 ha governato fino al 2015 la rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociosanitario e sociale lombardo. Il suo fulcro riguardava l'**integrazione** sociosanitaria.

Nella nuova legge 3 riformata sono stati abrogati:

- l'art. 3, comma 2 sub b), per cui il servizio sociale è inteso quale “erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia”
- l'art. 18, comma 2 relativo all'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale
- l'art. 6, punto 4 della Legge 3/ 2008, fino ad oggi unico punto di riferimento normativo regionale per la presa in carico e l'integrazione sociosanitaria, viene tolto ogni riferimento agli aspetti sociosanitari.

La legge regionale n.3/2008 si trasforma, pertanto, in una legge relativa all'ambito dei servizi alla persona nell'area esclusivamente sociale. In tale contesto la definizione che viene data di servizio sociale è riduttiva, rispetto alla definizione data dalla precedente legge 3/2008, intendendolo quale “erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia”.

1.3. LEGGE REGIONALE N. 23/2015

La nuova riforma del welfare regionale spinge ad una netta separazione tra il governo della **rete sanitaria e sociosanitaria** (in capo alla Regione) **da quella sociale** (in capo ai Comuni) nell'intento di favorire la **presa in carico continuativa**, superare la frammentazione degli interventi, promuovere l'integrazione fra servizi sanitari, sociosanitari e sociali: **Regione, ATS e dei loro Distretti, ASST anche attraverso i PreSST, ai Medici di Medicina e alle Unità di offerta sociosanitarie.**

La legge regionale n. 23 del 2015 “Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo” è destinata a governare la rete sanitaria e sociosanitaria, rafforzando l'approccio sanitario anche quando prevede l'integrazione tra esso e il sistema dei servizi sociali.

Il confronto e l'integrazione tra l'azione sociale dei Comuni e quella sanitaria e sociosanitaria della Regione sono previsti in modo specifico a livello di ATS, sia sul piano generale sia nelle sue articolazioni territoriali.

1.4. DECRETO LEGISLATIVO N.147/2017 (REDDITO DI INCLUSIONE)

Il Decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017 “Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà” e il nuovo Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2018-2020 approvato il 28 marzo 2018 dal Ministero del lavoro e delle Politiche sociali individuano i livelli essenziali delle prestazioni per accompagnare la famiglia in tutto il percorso all'interno dei servizi, dal momento della richiesta delle informazioni all'uscita dalla condizione di povertà.

Il D. lgs 147 impone un **cambiamento di paradigma** che vada verso il superamento della logica dell'assistenzialismo, che rafforzi i servizi e le misure di inclusione attiva, che rafforzi le capacità dei servizi sociali territoriali di operare in rete con altri soggetti pubblici, privati e del Terzo Settore e di prendere in carico i nuclei familiari più svantaggiati attraverso servizi innovativi e interventi multidisciplinari.

Esso ha una portata innovativa significativa poiché:

- introduce per la prima volta a livello nazionale una misura strutturale di contrasto alla povertà basata sul principio di **inclusione attiva**, superando la logica assistenziale
- individua **modelli appropriati di intervento** per le fasce più deboli
- condivide e promuove, attraverso **azioni di sistema** e progetti pilota, **modelli innovativi di intervento sociale**
- ripensa il **modello organizzativo dei servizi**, garantendo adeguate professionalità e rafforzando la capacità di operare in rete con altri soggetti pubblici, privati e del terzo settore per garantire una **presa in carico integrata e multidimensionale** delle persone in condizione di bisogno
- costruisce **l'infrastruttura organizzativa e sociale** necessaria a gestire le nuove politiche attive di contrasto alla povertà
- favorisce il percorso di **definizione dei livelli essenziali di alcune prestazioni sociali**
- costruisce un **nuovo modello di welfare**.

Il REI diventa un'**opportunità** per definire prassi e modalità operative unitarie tra Comuni dell'Ambito per le **prese in carico**, la **progettazione ed attivazione degli interventi**, per la declinazione della condizionalità e **del monitoraggio degli esiti** prodotti.

Il progetto di inclusione viene costruito insieme al nucleo familiare e instaura un **patto tra servizi e famiglie** che implica una reciproca assunzione di responsabilità e di impegni.

Il REI è la misura che consente:

- l'accesso ai servizi (**l'attivazione di un numero congruo di Punti per l'accesso al REI**, in generale uno ogni 40mila abitanti, identificati nel territorio, in cui i cittadini possono ricevere informazioni, consulenza, orientamento e, se necessario, assistenza nella presentazione della domanda)
- la valutazione della condizione di bisogno **attraverso una valutazione multidimensionale** che consiste in un'analisi dei fattori di vulnerabilità della famiglia e identifica i possibili percorsi verso l'autonomia
- la **progettazione personalizzata** (il perno attorno a cui ruota tutto l'impianto di attivazione e inclusione sociale ed è la funzione tipicamente svolta dal **servizio sociale professionale**)
- l'individuazione dei **sostegni** per il nucleo familiare e degli **impegni** assunti dai suoi membri.

1.5. LEGGE REGIONALE N. 6/2016

I servizi abitativi pubblici in Lombardia sono regolati dalla legge regionale dell'8 luglio 2016 n. 16 "Disciplina regionale dei servizi abitativi".

Con la Deliberazione 7004 del 31 luglio 2017 la Giunta regionale ha approvato il regolamento regionale n. 4 /2017 "Disciplina della programmazione e dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e permanenza nei servizi abitativi pubblici" in attuazione di quanto disposto dall'art. 23 della L.R. 16/2016. Grazie ad esso sono state introdotte **importanti novità** relativamente ai bandi, alle modalità di presentazione della domanda abitativa e di assegnazione degli alloggi pubblici.

A livello di Ambito si approverà **il piano annuale e il piano triennale** dell'offerta di servizi abitativi.

2. DESCRIZIONE DELL'AMBITO TERRITORIALE 1 DI BERGAMO

2.1. ANALISI DELLA STRUTTURA SOCIO-DEMOGRAFICA

L'Ambito territoriale 1 di Bergamo è composto dal Comune capoluogo e dai Comuni di Gorle, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone. La popolazione complessiva è di 153.287 abitanti.

La struttura socio-demografica dell'Ambito di Bergamo viene di seguito dettagliata con le percentuali rispetto alla dimensione socio-demografica della Provincia di Bergamo.

Ambito	sezzo	totale	% su Totale provincia
Bergamo	M	72.748	13,23
	F	80.539	14,38
	TOT	153.287	13,81

Ambito	sezzo	POP. 0- 14 anni	POP 15 -64 anni	POP 65 -79 anni	POP. da 80 anni e oltre	TOTALI
Bergamo	M	10.269	47.449	10.976	4.054	72.748
	F	9.633	48.939	14.029	7.938	80.539
	TOT	19.902	96.388	25.005	11.992	153.287

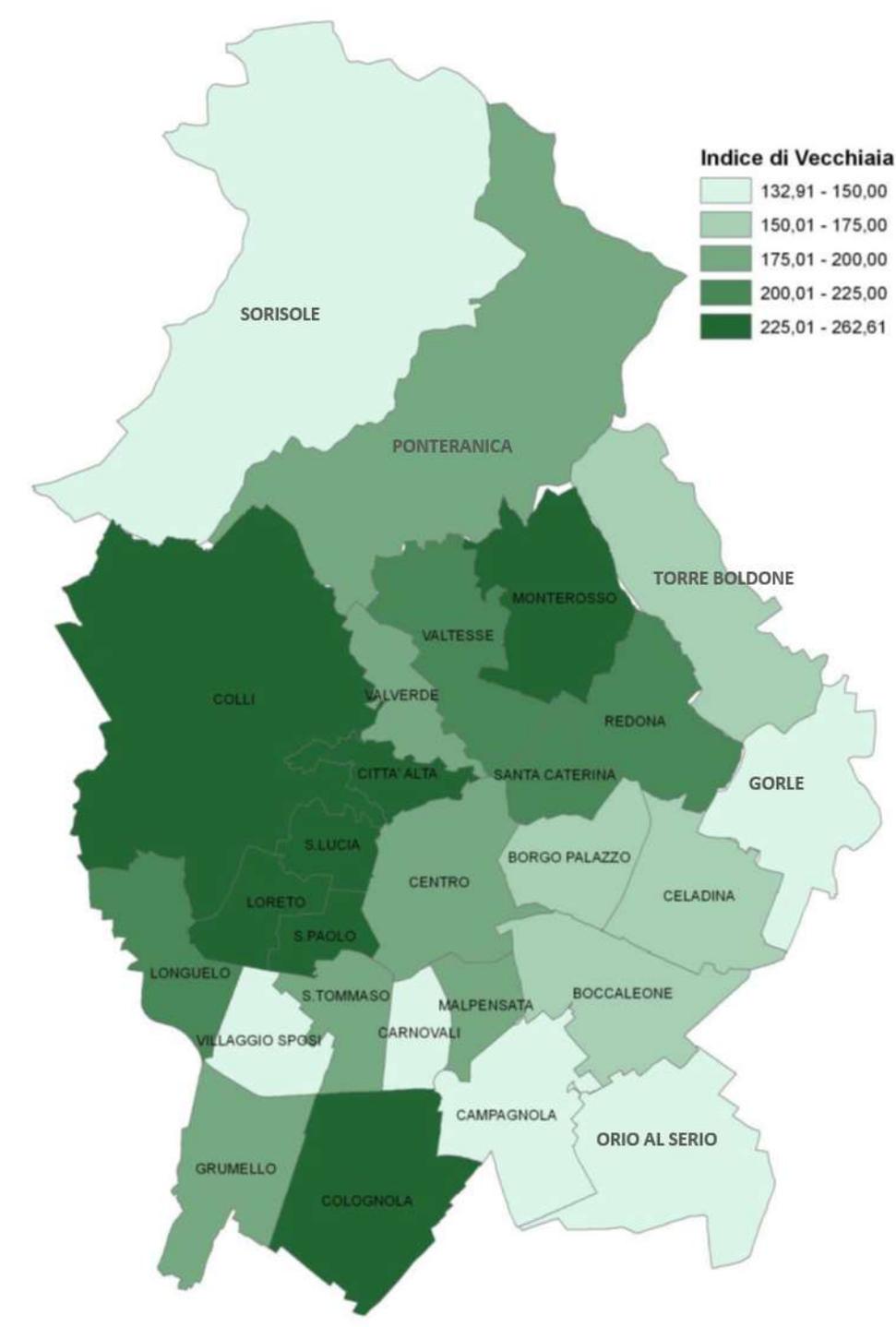
Da queste tabelle si evince l'elevata percentuale di popolazione anziana (oltre i 65 anni) residente nei Comuni dell'Ambito, confermata da alcuni indici riportati nella tabella seguente, in particolare l'indice di vecchiaia, l'indice di invecchiamento e l'indice di dipendenza strutturale negli anziani:

Provincia di Bergamo		densità abitativa per km ²	popolazione 0-14 anni (%)	indice di vecchiaia	indice di invecchiamento	indice di dipendenza strutturale	% soggetti con età > 80 anni	indice di dipendenza strutturale negli anziani	indice di lavoro
				popolazione età >= 65 anni*100/popolazione 0-14 anni	popolazione età >= 65 anni*100/popolazione totale	(popolazione 0-14 anni + pop. >= 65 anni)*100/popolazione 15-64 anni	popolazione età >= 80 anni*100/popolazione totale	popolazione età >= 65 anni*100/popolazione 15-64 anni	popolazione 15-64 anni*100/pop totale
1 Bergamo	M		14,12	146,36	20,66	53,32	5,57	31,68	65,22
	F		11,96	228,04	27,27	64,57	9,86	44,89	60,76
	tot	2.216,09	12,98	185,9	24,14	59,03	7,82	38,38	62,88

La popolazione anziana, quella straniera, il numero di componenti per nucleo familiare e il tasso di disoccupazione sono variamente distribuiti a seconda dei quartieri di Bergamo e dei diversi Comuni dell'Ambito.

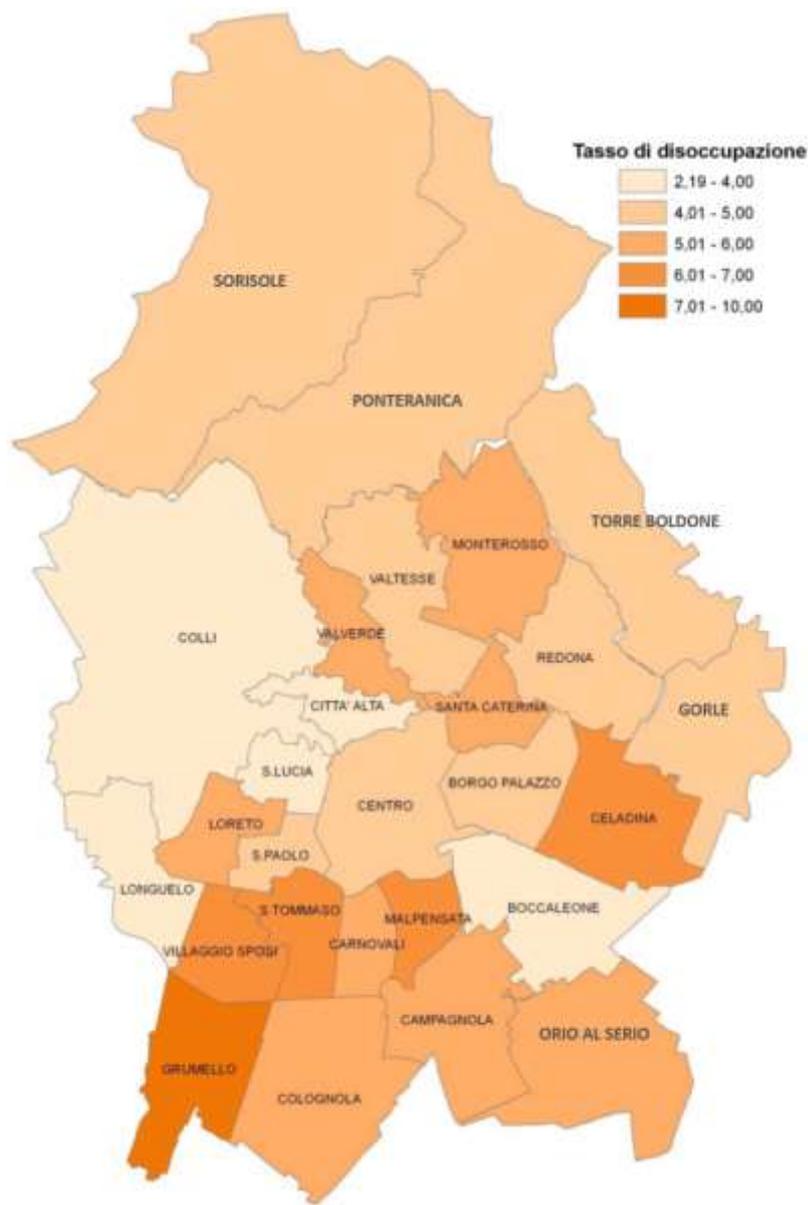
2.1.1. L'INDICE DI VECCHIAIA

La cartina seguente consente di cogliere la diversa distribuzione della popolazione anziana:



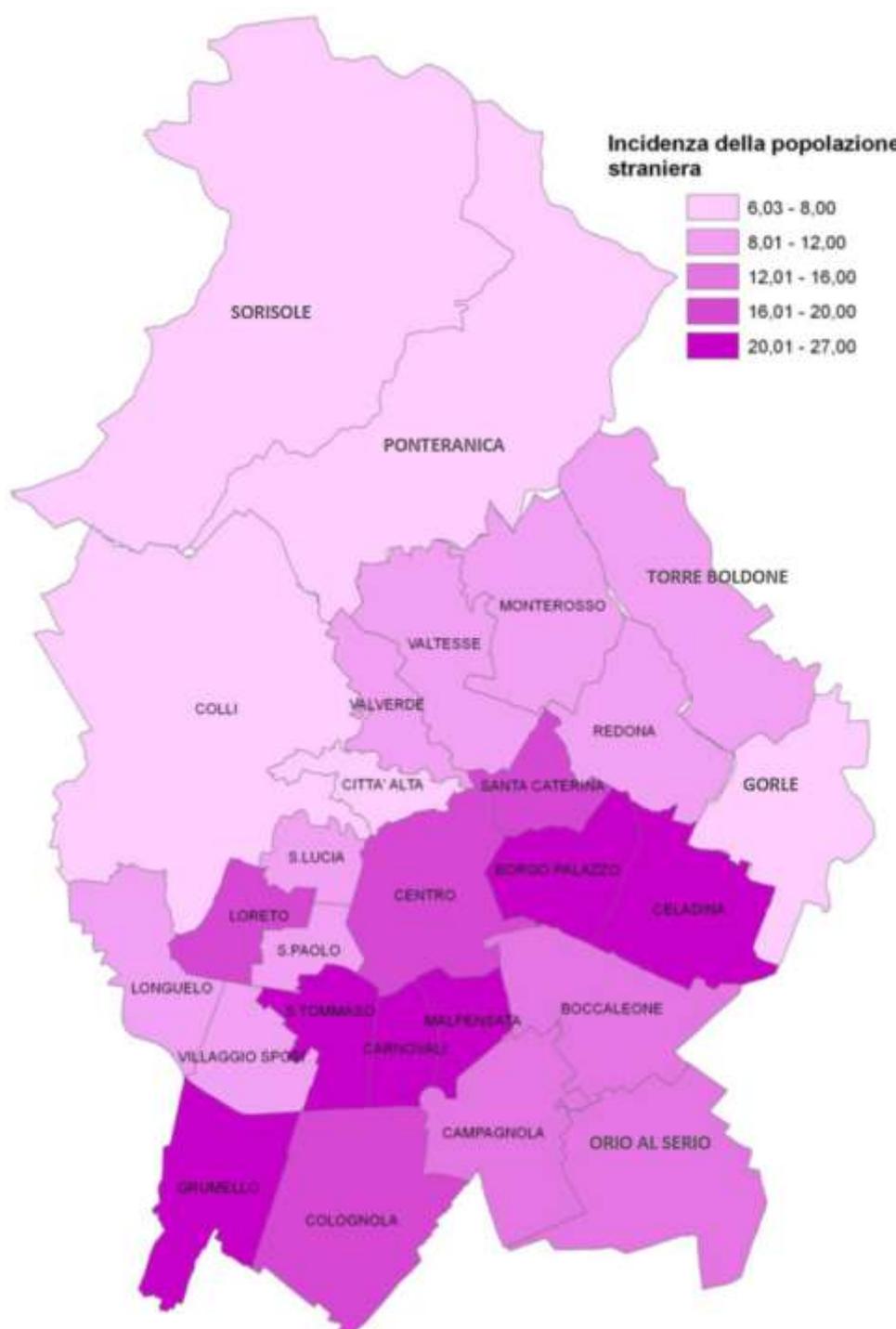
Gli indici di vecchiaia più alti si trovano nei quartieri di Bergamo (Monterosso, Colli, Città alta, Santa Lucia, Loreto, San Paolo e Colognola, seguiti da Valtesse, Redona, Grumello e Borgo Santa Caterina). Tra i Comuni dell'Ambito, il più alto indice di vecchiaia si registra a Ponteranica mentre i Comuni di Gorle, Sorisole e Orio al Serio hanno la popolazione più giovane.

La disoccupazione si mostra particolarmente elevata nel quartiere Grumello, nei contigui Villaggio degli Sposi e San Tommaso oltre che a Celadina e Malpensata. In questi quartieri esso è compreso tra il 6 e il 10%. Particolarmente basso è in alcuni quartieri della città (Colli, Città alta, Santa Lucia, Longuelo e Boccaleone). Si colloca tra il 4 e il 5% nei Comuni di Sorisole, Ponteranica, Torre Boldone e Gorle.



2.1.3. L'INCIDENZA DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

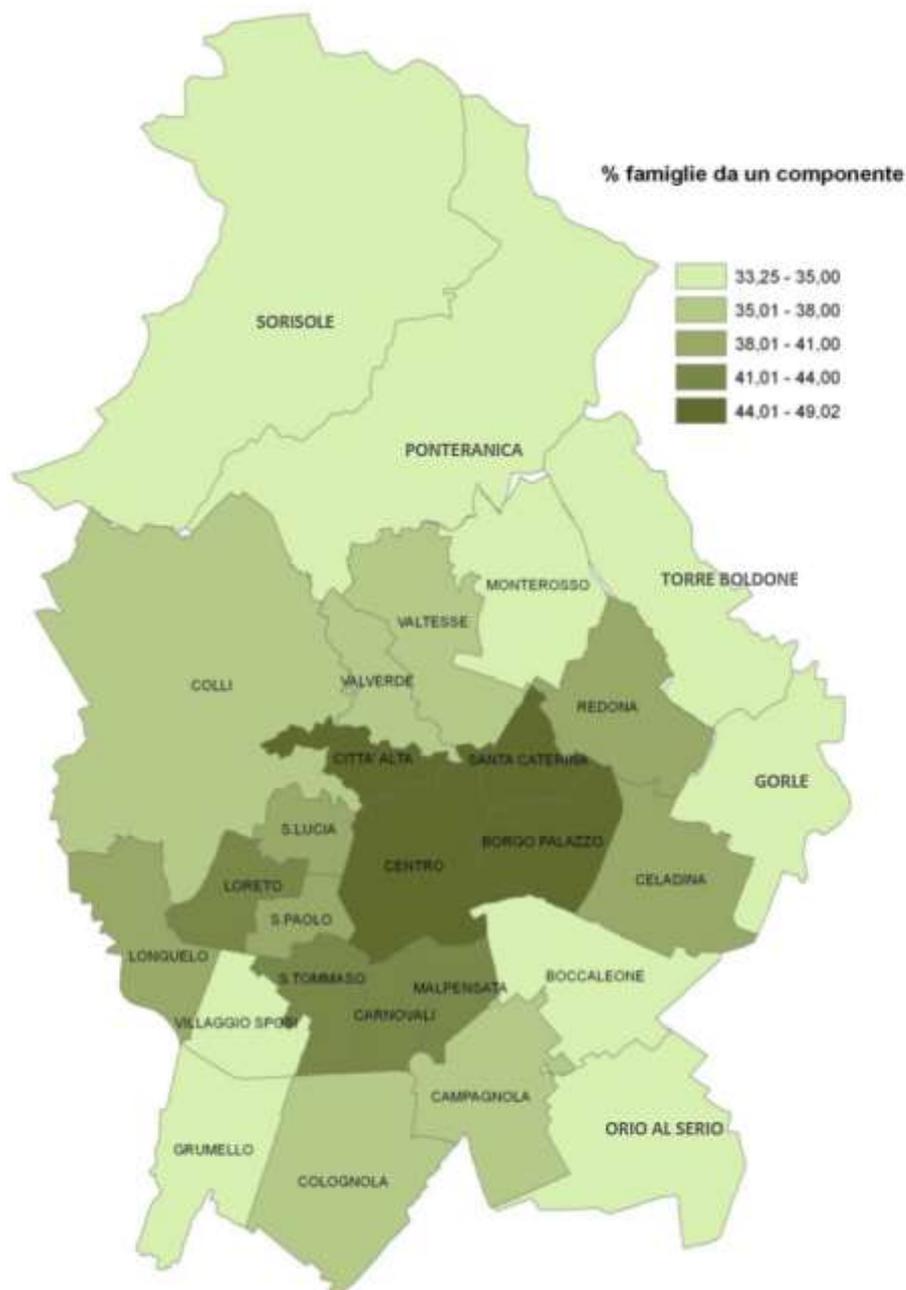
Raggiunge percentuali tra il 20 e il 27% in alcuni quartieri del capoluogo, alcuni dei quali (Grumello, Celadina, Malpensata) hanno un elevato tasso di disoccupazione. Alcuni Comuni dell'Ambito (Sorisole, Ponteranica e Gorle) hanno una percentuale di popolazione straniera che si colloca tra il 6,03% e l'8%.



2.1.4. LE FAMIGLIE CON UN SOLO COMPONENTE

Dato in parte correlato all'invecchiamento della popolazione, in alcuni quartieri della città risulta particolarmente elevata la percentuale di famiglie con un unico componente: si tratta delle aree

centrali: Citta alta, Borgo Santa Caterina, Borgo Palazzo e Centro, dove la percentuale arriva fino al 49,02 del totale della popolazione residente. Elevata è la percentuale registrata nei quartieri Redona, Celadina, Malpensata, Carnovali, San Tommaso e Loreto dove si colloca tra il 41,01 e il 44%. Il fenomeno sembra interessare meno la popolazione dei Comuni dell'Ambito.

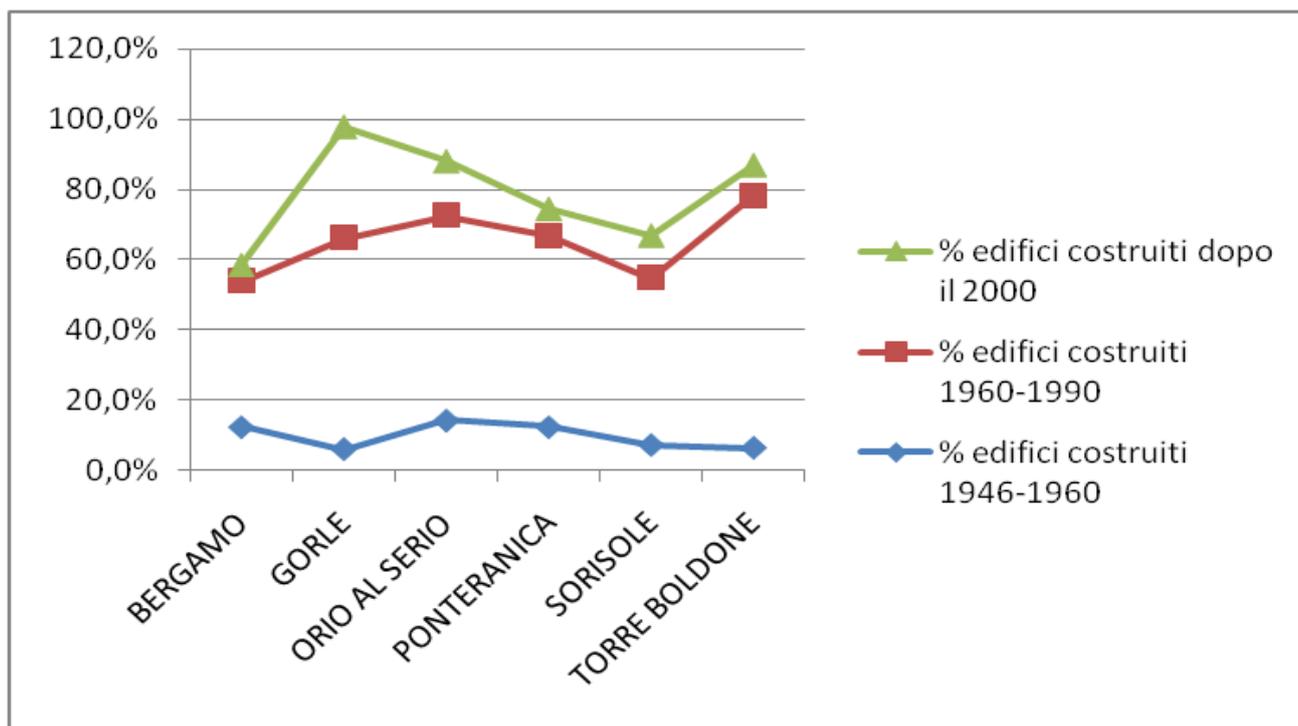


2.2. LA FOTOGRAFIA DELLE ABITAZIONI

Da censimento 2011 sulle abitazioni, il 77,3% è occupato da almeno una persona residente, mentre il restante 22,7% è costituito da abitazioni non occupate (vuote) o occupate solo da persone non residenti.

L'84,3% degli edifici complessivamente censiti è a destinazione residenziale, in crescita dell'8,6% nel decennio. «Tale incremento - osserva l'Istat - risulta sostanzialmente in accordo con quello riscontrato per le famiglie. Gli edifici residenziali sono costituiti per il 51,8% da abitazioni singole». Quanto alle abitazioni, sono tre su dieci le famiglie che in media dispongono di quattro stanze nella propria abitazione mentre una quota minima (2%) ha una sola stanza.

Nel grafico sottostante si evidenzia la percentuale degli edifici costruiti prima e dopo il 2000.



2.3. I POLI TERRITORIALI

L'Ambito 1 descrive un territorio che unisce la Città di Bergamo con i Comuni di Gorle, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone.

Per operare al meglio su un territorio così articolato e complesso l'Ambito ha nel tempo definito una geografia individuando 4 POLI TERRITORIALI, che, con proprie caratteristiche specifiche, rappresentano bacini sociali e demografici definiti su cui è possibile attivare con maggior efficacia strategie di lavoro di rete e di coinvolgimento delle realtà locali.



Il Polo 1 comprende nove zone del Comune di Bergamo

- Borgo Pignolo
- Borgo Palazzo
- Borgo San Leonardo
- Sant’Alessandro
- Centro cittadino e Celadina
- Viale Venezia
- Malpensata
- Boccaleone
- Campagnola

Il Polo 2 comprende dieci zone del Comune di Bergamo

- Loreto
- Longuelo
- San Paolo
- Santa Lucia
- Colognola
- San Tomaso
- Villaggio degli Sposi
- Carnovali
- Grumello del Piano
- Madonna del Bosco

Il Polo 3 comprende otto zone del Comune di Bergamo

- Colli
- Città alta
- Valverde
- Monterosso
- Valtesse
- Conca Fiorita
- Borgo Santa Caterina
- Redona

Il Polo 4 comprende i Comuni di

- Gorle
- Orio al Serio
- Ponteranica
- Sorisole
- Torre Boldone

I Poli territoriali, istituiti in attuazione del Piano di Zona, svolgono le seguenti funzioni in ambito sociale:

- erogazione di servizi sociali a livello territoriale in particolare servizi rivolte a minori e famiglie
- analisi dei bisogni del territorio
- attivazione delle reti territoriali e collaborazione tra servizi e comunità
- progettazione di interventi sul territorio.

2.4. LE UNITÀ DI OFFERTA SOCIALI E SOCIO-SANITARIE NELL'AMBITO

E' interessante la lettura dei dati di Ambito confrontandoli con quelli provinciali.

Le Unità di offerta sociale promuovono e partecipano alla presa in carico delle persone fragili.

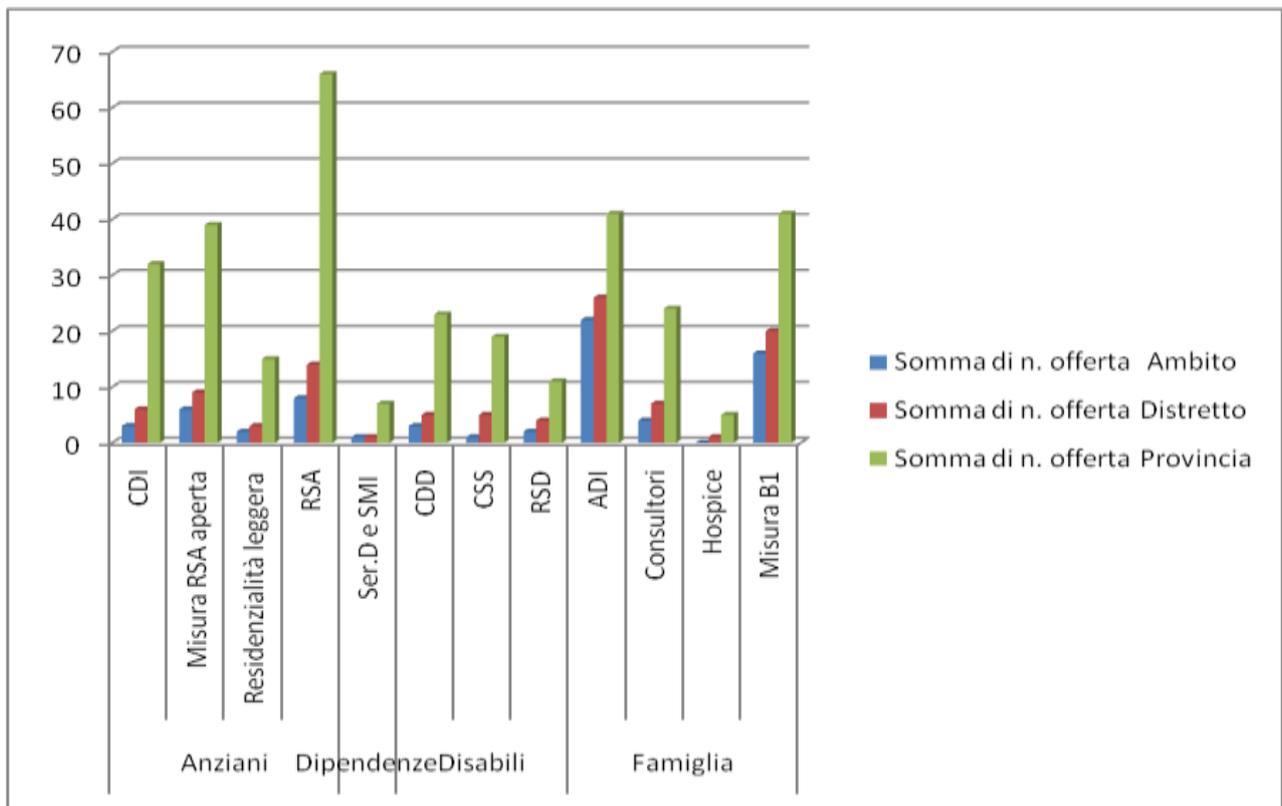
Il dato di Ambito (popolazione 153.287,00) è sempre rapportato a quello del Distretto ATS (popolazione 247.926,00) di afferenza e a quello provinciale (popolazione 1.109.933,00).

2.4.1. LE UNITÀ DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE

La tabella seguente evidenzia le Unità d'offerta sociosanitarie e gli enti gestori candidati per le principali e più significative misure socio-sanitarie. L'Ambito di Bergamo registra un'elevata offerta di servizi RSA (Residenze Sanitarie per Anziani) per l'area anziani e anche la presenza di un numero significativo di servizi consultoriali.

Alta anche l'offerta del servizio di ADI (Assistenza domiciliare integrata).

Etichette di riga	Somma di n. offerta Ambito	Somma di n. offerta Distretto	Somma di n. offerta Provincia
Anziani	19	32	152
CDI	3	6	32
Misura RSA aperta	6	9	39
Residenzialità leggera	2	3	15
RSA	8	14	66
Dipendenze	1	1	7
Ser.D e SMI	1	1	7
Disabili	6	14	53
CDD	3	5	23
CSS	1	5	19
RSD	2	4	11
Famiglia	42	54	111
ADI	22	26	41
Consultori	4	7	24
Hospice	0	1	5
Misura B1	16	20	41
Totale complessivo	68	101	323

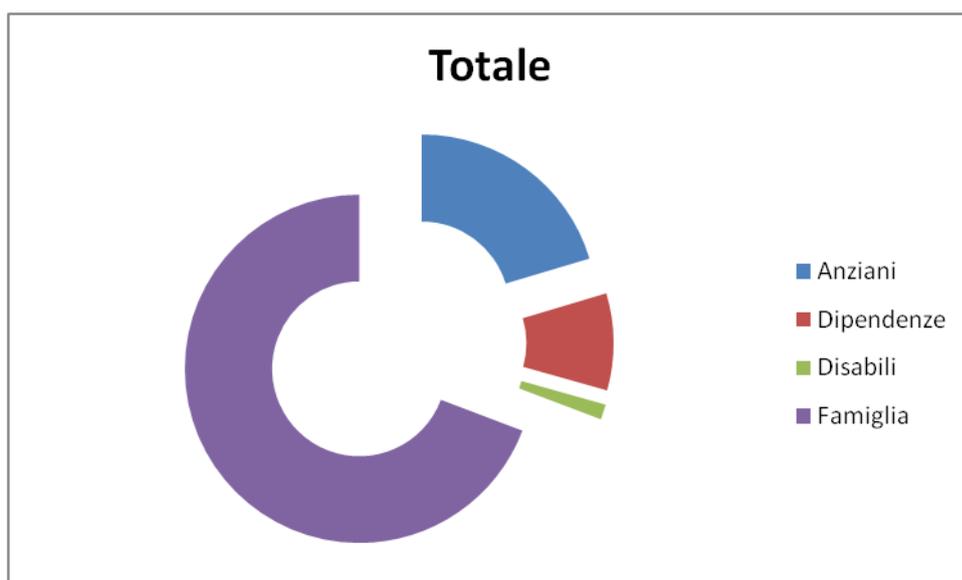


La domanda: l'utenza residente nell'Ambito di Bergamo assistita dall'offerta dell'area sociosanitaria

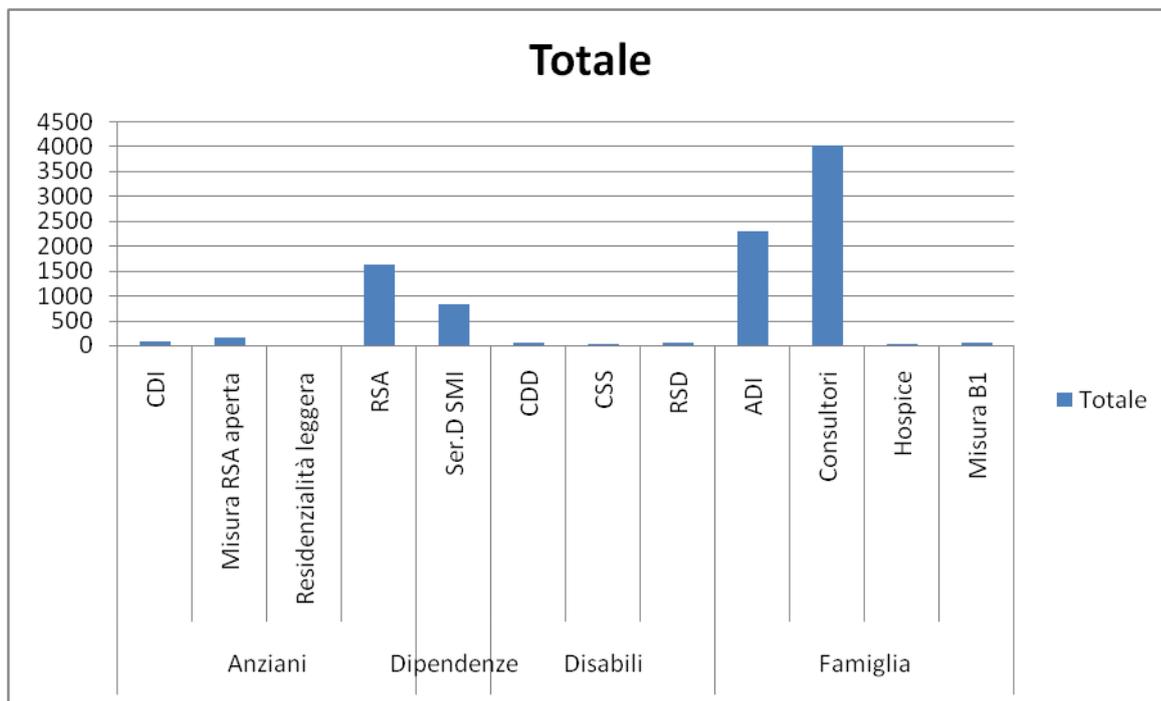
Viene di seguito riportata una sintesi dell'utenza assistita (afferita nel caso dei servizi ambulatoriali – Consultori Familiari o SerD e SMI) nell'anno 2017. Un soggetto potrebbe aver beneficiato nell'anno di più offerte.

Etichette di riga	Valori		
	Somma di assistiti Ambito	Somma di assistiti Distretto	Somma di Assisiti Provincia
Anziani			
CDI	90	174	1101
Misura RSA aperta	159	395	1873
Residenzialità leggera	2	3	51
RSA	1626	2173	7876
Dipendenze			
Ser.D SMI	833	1325	6204
Disabili			
CDD	65	115	575
CSS	22	40	131
RSD	43	78	354
Famiglia			
ADI	2289	3551	13683
Consultori	4005	7120	35215
Hospice	26	143	587
Misura B1	63	119	579
Totale complessivo	9223	15236	68229

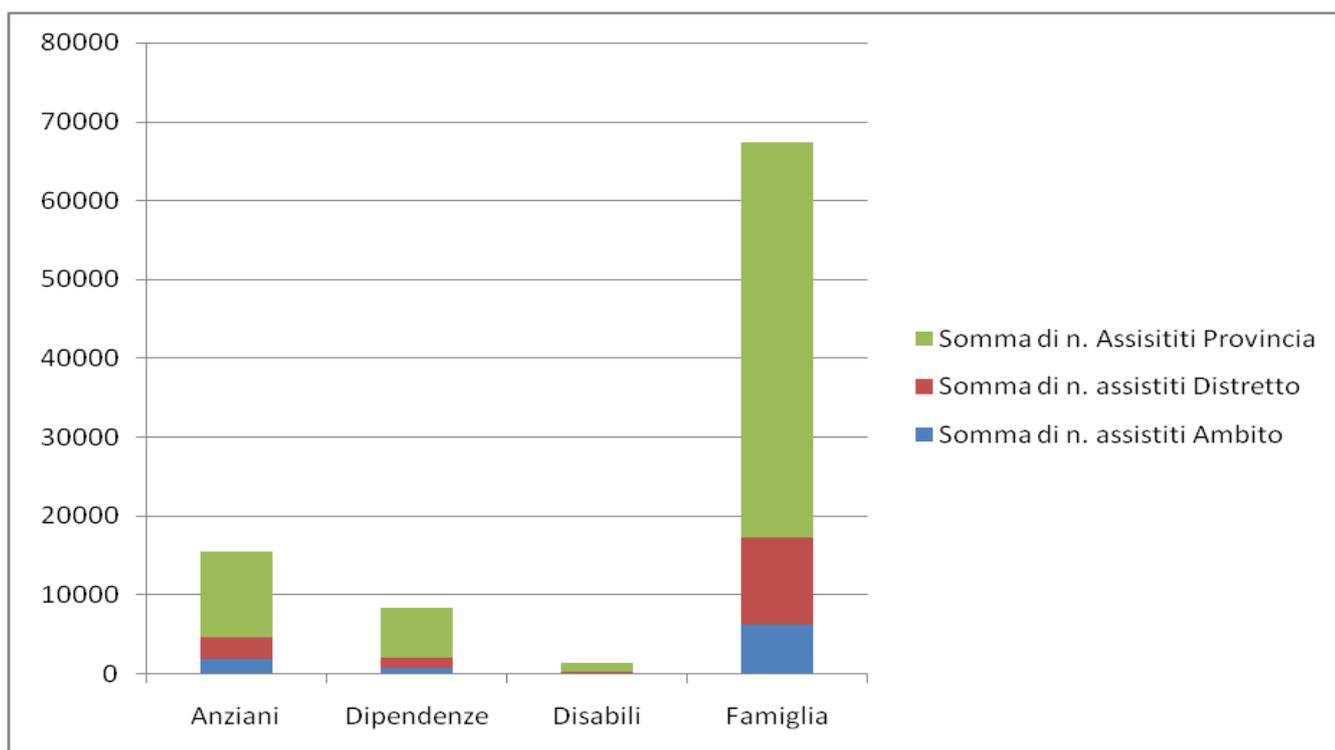
A livello di Ambito l'utenza più assistita è quella delle Famiglie pari al 69% (Consultori, Misura B1, ADI, Hospice etc.) , seguita da Anziani pari al 20% (RSA, RSA Aperta, residenzialità leggera) , l'utenza dei servizi per le Dipendenze pari al 9% (Ser.De e SMI) infine utenza dei Disabili pari a 1%.

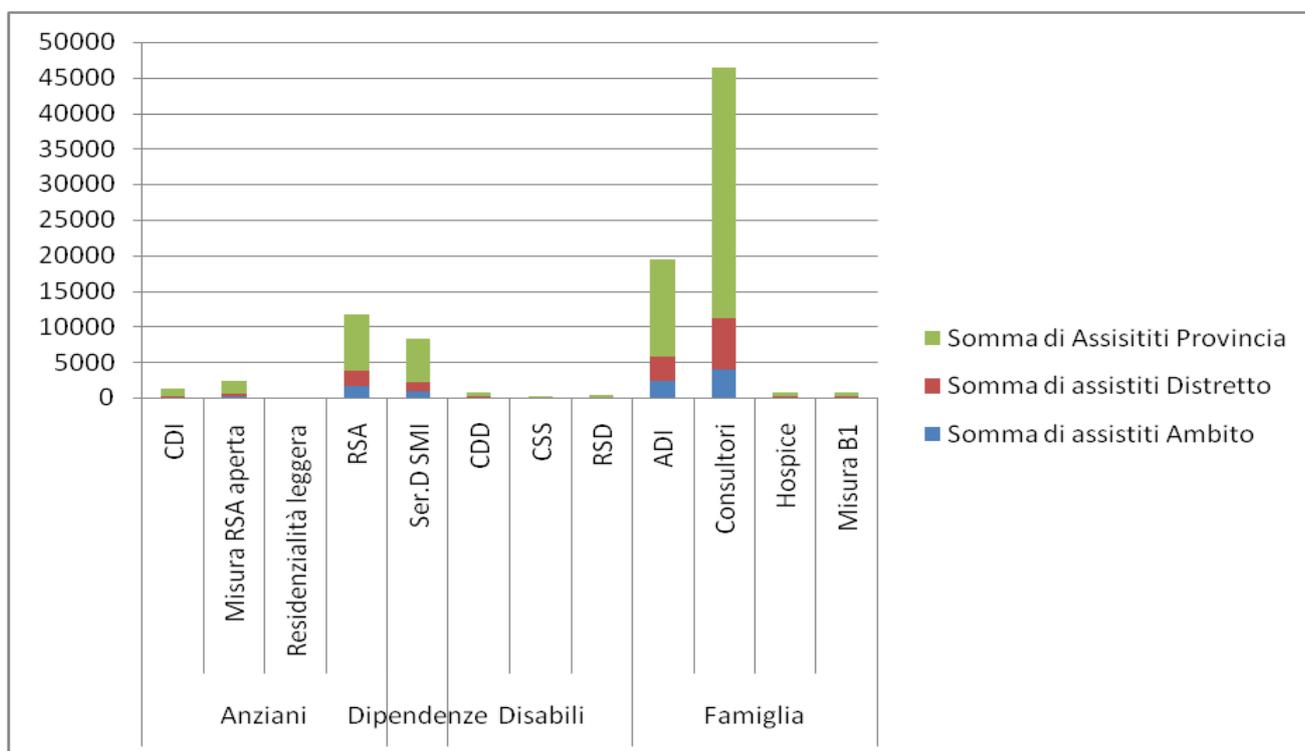


Di seguito le domande in relazione alle unità d'offerta dove si evidenzia una domanda elevata per i servizi dei Consulenti e ADI (Famiglie), RSA (Anziani) e Dipendenze.



Di seguito un confronto rispetto alla domanda a livello Distrettuale e Provinciale, che conferma l'andamento provinciale sia nella tipologia di utenza che nell'accesso alla tipologia di Udo.





2.4.2. LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI

La maggior parte delle Unità di Offerta presenti a livello Distrettuale insistono sul Territorio dell'Ambito 1 di Bergamo portando ad una media del 55% di tale presenza, ed in alcuni casi addirittura al 100%.

	ATS DI BERGAMO	DISTRETTO BERGAMO	AMBITO DI BERGAMO	POSTI ACCREDITATI
ASILI NIDO	181	51	28	969
MICRONIDI	38	5	3	27
NIDO FAMIGLIA	27	10	3	16
CENTRO PRIMA INFANZIA	5	1	1	15
COMUNITA EDUCATIVA	13	11	9	89
ALLOGGI AUTONOMIA	6	1	1	4
COMUNITA FAMILIARI	4	1	0	0

CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE	14	4	1	30
CENTRO SOCIO EDUCATIVO	16	7	2	43
CENTRI ALLOGGIO DISABILI	5	3	1	6
SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA	29	8	3	52
UNITA OFFERTA SPERIMENTALI	8	4	2	33
CASA ALBERGO	9	2	2	44
CENTRI RICREATIVI ESTIVI	528	189	124	8256
TOTALE	883	297	179	9584

2.4.3. L'ACCREDITAMENTO

Ai fini dell'erogazione dei servizi sociali, la legge 328/2000 prevede che gli Enti pubblici promuovano azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa, nonché il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentono ai soggetti operanti nel Terzo Settore la piena espressione della propria progettualità (art. 5, comma 2). Più precisamente, **l'erogazione dei servizi alla persona può avvenire mediante diversi strumenti, rimessi alla scelta discrezionale, ma motivata, dell'Amministrazione, tra cui l'accREDITAMENTO** (art. 11, L. 328/2000).

Attraverso l'accREDITAMENTO vengono individuati i soggetti economici appartenenti al Terzo Settore che possono erogare il servizio mentre è l'utente finale che sceglie la struttura a cui rivolgersi sulla base della qualità del servizio offerto.

Nell'Ambito 1 di Bergamo:

- E' stato istituito **l'Albo di soggetti accREDITATI idonei alla realizzazione di servizi e di interventi a favore di persone con disabilità** residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale 1 – Bergamo
- E' stato istituito **l'Albo dei soggetti pubblici e privati, idonei ad operare per la realizzazione di prestazioni di residenzialità leggera a favore di cittadini con patologia psichiatrica** residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale 1 – Bergamo
- E' stato istituito **l'Albo delle unità di offerta di 29 unità di offerta accREDITATE per i servizi per la prima infanzia**: nido – micro nido – nido famiglia – centro prima infanzia, secondo i requisiti di accesso approvati dall'Assemblea dei Sindaci
- Nel prossimo triennio sarà importante individuare forme di accREDITAMENTO rivolte alle **Comunità di accoglienza per minori**.

2.4.4. AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI UNITÀ DI OFFERTA SPERIMENTALI

L'autorizzazione è generalmente intesa come sistema di abilitazione all'attività dei soggetti privati che vogliono offrire attività di servizio sociale ed è normata da Regione Lombardia, attraverso un albo regionale dei soggetti autorizzati (AFAM), sottoposti a controlli e verifiche periodiche.

A tal fine, l'Ambito di Bergamo ha approvato l'autorizzazione al funzionamento di nuove Unità di offerta sperimentali per lo sviluppo di un percorso di collaborazione pubblico-privato sociale per l'attivazione di nuovi servizi di accoglienza, nella possibilità di realizzare Unità d'offerta sociali sperimentali ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera B della L.R. 3/2008, la cornice legislativa nella quale collocare questa tipologia di interventi che ad oggi non rientra nei parametri delle Unità d'offerta previste dalla Regione Lombardia.

Le Unità d'offerta sperimentali sono:

- Il progetto **La Città leggera** per l'accoglienza abitativa di persone con disabilità realizzato in nove appartamenti dislocati sul territorio comunale, che si configura come unità d'offerta sperimentale ai sensi dell'art. 13 c.1 lett. b) della L. R. 3/2008 in quanto realizza un nuovo modello gestionale nell'ambito della rete sociale, costituendo un'offerta innovativa di rilevanza nel contesto dei servizi alle persone con disabilità
- Il progetto di accoglienza dei **Minori Stranieri Non Accompagnati** in tre appartamenti ubicati in zone diverse della città, finalizzato all'acquisizione, al potenziamento ed al mantenimento di competenze e autonomie dell'abitare che si realizza attraverso percorsi individualizzati all'interno di piccole unità abitative nel cuore dei quartieri cittadini
- E' in corso la valutazione di autorizzazione di nuove unità di offerta, in particolare **Centri Diurni Minori**, che nella nostra realtà territoriale fanno parte dei servizi per minori e famiglie di Ambito.

2.4.5. LE GESTIONI ASSOCIATE

I Comuni esercitano le funzioni in forma associata a livello di Ambito nelle diverse forme giuridiche previste dalla normativa vigente e secondo gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e al rapporto con i cittadini.

L'Ambito di Bergamo gestisce alcuni **servizi e interventi attraverso le gestioni associate** con l'individuazione di un ente capofila, finalizzate ad assicurare autonomia gestionale, amministrativa e finanziaria e continuità nella gestione associata all'ente che ne è responsabile.

Attualmente l'Ambito di Bergamo, attraverso l'ente capofila, gestisce i seguenti servizi in forma associata:

- Il **Servizio Minori e Famiglie di Ambito** che integra diverse azioni e progettualità, in particolare:
 - Tutela minori;
 - Affidi e accoglienze familiari;
 - Assistenza educativa domiciliare per minori e famiglie;
 - Progetti territoriali di comunità;
 - Accoglienza di minori stranieri non accompagnati.

- I **Servizi per la Domiciliarità**, integrano diverse azioni e progettualità, in particolare:
 - Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) strutturato in:
 - Assistenza domiciliare di base
 - Care giving
 - Adulti in difficoltà
 - Tutoring domiciliare
 - Servizio di Custodia Sociale
 - Progetto “Tornare a casa”
- In attuazione dei Piani di zona e di un accordo operativo tra gli Ambiti di Bergamo e di Dalmine dal 2012 si è dato avvio alla sperimentazione di un **Servizio Inserimento Lavorativo** unico sovra-Ambito.

2.4.6. LE CO-PROGETTAZIONI

Le esperienze progettuali attivate nell’Ambito del Piano di zona hanno evidenziato l’opportunità di sviluppare forme istituzionalmente innovative nella gestione, sviluppo e promozione del servizio, fondate sull’integrazione delle competenze fra pubblico e privato.

A tal fine, in piena coerenza con i principi dell’ordinamento in materia, si è sviluppato nella precedente triennalità 2015-2018 lo strumento della co-progettazione, coinvolgente il Terzo Settore, quale soggetto attivo nella rete dei servizi sociali, educativi ed assistenziali, per migliorare i risultati del servizio di cui all’oggetto ed ottimizzare l’impiego delle risorse.

In conformità con le linee guida regionali, la co-progettazione ha per oggetto la definizione progettuale di iniziative, interventi e attività complesse da realizzare in termini di partnership tra pubblico e Terzo Settore, individuato in conformità a una procedura di selezione pubblica.

Lo strumento della co-progettazione consente:

- di stimolare **l’innovazione e la diversificazione** dei modelli organizzativi e delle forme di erogazione dei servizi e degli interventi educativi, sociali e di promozione del benessere collettivo;
- di stimolare la **crescita e la capacità di offerta delle organizzazioni del Terzo Settore** in modo che esse possano concorrere, sempre più efficacemente, alla realizzazione degli interventi di promozione dell’azione sociale nell’ambito del territorio entro le regole pubbliche e agendo secondo logiche concertative, di co-progettazione e di collaborazione con l’ente locale.

3. GLI ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2015-2017: LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI, DEI PROGETTI, DEI SERVIZI

Nel corso della triennalità 2015-2017 sono state realizzate diverse progettualità nell’ambito della programmazione zonale. Sinteticamente e seguendo una suddivisione per aree, se ne riportano gli esiti.

3.1. ANZIANI

Quest'area ha visto:

- L'avvio di un coordinamento sul tema "demenze" per costruire risposte adeguate ai bisogni, diffondere informazioni, formare i volontari
- Il coordinamento tra servizi a valenza domiciliare e strutture ospedaliere
- La costruzione di un livello d'interlocuzione con in soggetti che si occupano a vario titolo di assistenti alla persona (badanti) attraverso la L. R. 15/2015
- La ricomposizione dei servizi attraverso linee guida comuni, la ricomposizione delle risorse e della formazione attraverso la gestione associata
- La ricomposizione dei servizi e l'integrazione delle risorse e delle risposte tra istituzioni e Terzo Settore grazie alla co-progettazione.

3.2. EMARGINAZIONE SOCIALE

In quest'area si sono realizzati:

- L'avvio del progetto PON INCLUSIONE PO I FEAD a valere sull' Avviso 4 PON-FSE per la grave marginalità
- Il sostegno alla realizzazione di progetti riabilitativi e risocializzanti individuali e di gruppo per adulti in difficoltà che coinvolgano reti sociali e gruppi locali
- La collaborazione al servizio a favore di adulti in condizioni di vulnerabilità.

3.3. MINORI E FAMIGLIE

Le principali realizzazioni nell'area hanno riguardato:

- Le azioni di supporto alle famiglie in un tempo dato, attraverso interventi domiciliari, incontri, famiglie di appoggio
- L'avvio di una équipe multiprofessionale unica e la costruzione di buone prassi con il servizio Minori e Famiglie
- La costruzione di una filiera di servizi di titolarità diverse (Comune, Consultorio Pubblico, Consultorio Privato accreditato) che forniscono supporti, talvolta simili, alle neo mamme
- L'elaborazione di buone prassi tra scuola e territorio, nell'ottica preventiva e della presa in carico e della segnalazione
- Il coordinamento degli spazi extrascuola esistenti e una formazione condivisa
- Il coordinamento degli spazi gioco esistenti e la creazione di nuovi
- La formazione agli operatori dei Consultori Pubblici e Privati
- Azioni di sistema e interventi diretti coinvolgenti tutti i soggetti interessati
- Incontri periodici con gli enti gestori dei Centri diurni dell'Ambito
- L'avvio di prassi condivise per interventi con famiglie e minori

- L'avvio del coordinamento del Tavolo delle comunità di accoglienza per minori e focus sul tema minori stranieri non accompagnamenti
- Incontri periodici nei 4 Poli territoriali delle équipes multiprofessionali nella gestione associata del Servizio Minori e Famiglie di Ambito.

3.4. SALUTE MENTALE

Nel corso della triennalità si sono svolti:

- Azioni di comunicazione rivolte agli enti componenti il Tavolo Salute Mentale, altri enti pubblici, associazioni di volontari e familiari, cooperazione, terzo settore, cittadinanza
- Azioni di sensibilizzazione e comunicazione verso i cittadini per contrastare lo stigma verso il paziente psichiatrico, con il coinvolgimento dei gruppi territoriali
- Collaborazione con il SILL di Ambito per la collocazione al lavoro di pazienti senza certificazione di invalidità. Individuazione di nuove opportunità lavorative
- Contributo alla realizzazione di progetti di tirocinio formativi risocializzanti individuali e di gruppo per pazienti psichiatrici sul territorio che coinvolgono reti sociali e gruppi locali
- Integrazione delle risorse economiche, professionali, organizzative e delle reti sociali degli enti partecipanti alle iniziative realizzate nell'area
- Integrazione e collaborazione tra DSM, Comuni, UONPIA, Dipartimento Dipendenze per coordinare le azioni esistenti e individuare nuove opportunità
- Interventi di supporto domiciliare a pazienti adulti con rete sociale povera o assente, anche con azioni di sollievo alla famiglia ove esistente
- Prassi di collaborazione tra CPS Consultorio, Servizi Minori e Famiglia
- Raccolta e ricomposizione dei dati presso i diversi enti che possiedono banche dati sulla salute mentale
- Realizzazione di misure economiche e sociali a sostegno dell'abitare autonomo, quali i voucher di residenzialità leggera e i compensi motivazionali
- Ricostruzione dei dati di risorse volontarie in possesso dei diversi enti componenti il Tavolo Salute Mentale e integrazione con i gruppi del territorio dell'Ambito.

3.5. DISABILITÀ

I principali interventi nell'area hanno riguardato:

- La raccolta e la ricomposizione dei dati in possesso di Cead, comuni, terzo settore, ed associazioni presenti nel territorio dei comuni dell'Ambito
- L'avvio del progetto PRO.VI Vita indipendente 1° annualità
- Il monitoraggio delle prassi in uso nei Comuni, il confronto tra le prassi, la proposta di linee guida omogenee e l'adesione da parte dei soggetti coinvolti
- Dei percorsi critici delle persone con disabilità adulta in uscita dai servizi Sfa (servizi di formazione alle autonomie) e dai servizi socio sanitari e socio –assistenziali
- L'avvio del voucher connesso al reddito di autonomia

- La messa a fuoco dei bisogni di sollievo e di residenzialità leggera delle persone adulte con disabilità e l'avvio di progetti nei Comuni dell'Ambito
- L'avvio delle attività connesse alla L. n. 112/2016 ed alla Delibera regionale n. 6675 – 2017 “Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare”.

3.6. SOCIO-SANITARIA

In ambito socio-sanitario si sono realizzate:

- L'attuazione normativa su: post-acuti, DGR 856/740, valutazioni FNA, DGR n.2942, n.2655, n.2883 e successive
- La valutazione multidimensionale delle situazioni di fragilità sia sociali sia socio-sanitarie attraverso il CeAD.

3.7. AZIONI TRASVERSALI

Trasversalmente alle diverse aree e progettualità, si sono condotte delle azioni di:

- Inserimento e formazione di facilitatori di comunità, ampliamento e sistematizzazione delle relazioni tra le Reti Sociali e gli organi istituzionali
- Inserimento lavorativo
- Utilizzo della piattaforma informatica Comuni/Ambito/ASL con l'adozione di una cartella informatica condivisa da operatori sociali e socio-sanitari degli enti coinvolti.

4. LA NUOVA PROGRAMMAZIONE

4.1. LE LINEE D'INDIRIZZO REGIONALE PER LA PROGRAMMAZIONE A LIVELLO LOCALE 2018/2020

Nelle nuove linee d'indirizzo regionale, in linea con la riforma del welfare regionale, vengono indicati i seguenti obiettivi strategici nella programmazione zonale:

1. **Il rafforzamento della presa in carico integrata** potenziando la valutazione multidimensionale per la stesura di progetti individualizzati anche attraverso una rinnovata formazione degli operatori e valorizzando la rete sociale esistente e coordinando gli interventi e le azioni
2. **L'omogeneità di accesso** ai servizi e agli interventi sociali a livello del nuovo Ambito distrettuale
3. **L'omogeneità dei criteri di valutazione** della qualità delle strutture e degli interventi, degli indicatori di appropriatezza e dei requisiti di accreditamento volontario delle unità di offerta sul territorio del nuovo Ambito distrettuale

4. L'adozione di strumenti quali: un sistema di valutazione **dell'efficacia e della qualità del processo di presa in carico** e/o un sistema di valorizzazione degli esiti delle sperimentazioni e una diversa articolazione del sistema di accreditamento
5. L'attivazione di **progetti e percorsi di innovazione sociale**, per sperimentare nuovi modelli di intervento ai bisogni emergenti.

4.2. GLI OBIETTIVI STRATEGICI DI LUNGO PERIODO

L'importante cambiamento di paradigma che comporta il passaggio dall'assistenzialismo all'inclusione attiva, sostenuto anche attraverso la misura del Reddito d'inclusione, diverrà un percorso strutturale abbandonando la dimensione sperimentale. Elementi centrali del nuovo paradigma sono:

- L'analisi della condizione di bisogno attraverso la valutazione multidimensionale;
- La progettazione personalizzata
- L'individuazione dei sostegni per il nucleo familiare e la verifica degli impegni assunti dai suoi membri.

Al fine di rendere effettivo e strutturale questo cambiamento sono necessari:

- **accordi di collaborazione** in rete con le amministrazioni competenti sul territorio in materia di:
 - servizi per l'impiego
 - tutela della salute
 - istruzione
 - soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, con particolare
 - riferimento agli enti non profit;
- **servizi di segretariato sociale per facilitare l'accesso** dei cittadini alla misura;
- **servizio sociale professionale per la valutazione multidimensionale** dei bisogni e la presa in carico del nucleo familiare;
- **équipe multidisciplinare**
- interventi e servizi per **l'inclusione attiva**
- **servizi comunali sensibili e flessibili** a supporto dei progetti.

Sulla base delle indicazioni delle Linee di indirizzo regionale si individuano i seguenti obiettivi strategici nella programmazione zonale:

Definire i requisiti di accesso e di partecipazione ai servizi e agli interventi (ACCESSO SERVIZI DOMICILIARITA')

Valutare la qualità e l'appropriatezza delle strutture e dei servizi (VALUTAZIONE IMPATTO – METODI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE CONDIVISI)

Implementare l'innovazione sociale (PROGETTO DEMENZE)

4.2.1. OBIETTIVO STRATEGICO 1: REGOLAMENTO OMOGENEO DI AMBITO PER L'ACCESSO E LA COMPARTICIPAZIONE AI COSTI PER I SERVIZI ALLA DOMICILIARITÀ

L'Ambito di Bergamo ha una struttura socio-demografica molto particolare soprattutto per l'effetto/presenza del Comune capoluogo, che ne determina ed influenza la vocazione urbana ad alta densità abitativa. La struttura socio-demografica di questa porzione di territorio è sbilanciata decisamente sulle generazioni più anziane.

Dal punto di vista socio-demografico si ritrovano nel medesimo Ambito situazioni estreme: o tanti anziani e pochi giovani, o viceversa tanti giovani e pochi anziani. I carichi sociali derivanti dall'invecchiamento della popolazione, pesa e peserà ancora di più in futuro sulle famiglie, sulle generazioni e sui servizi. Altro elemento dinamico di cambiamento è quello che è avvenuto nei modelli e nelle forme delle famiglie: sono in tendenziale crescita le persone che vivono sole, le famiglie con soli membri anziani, le famiglie mono-genitoriali e le condizioni di convivenza.

Sulla base del quadro sopra descritto, i Comuni dell'Ambito 1 hanno rivolto la loro attenzione e le proprie azioni ai bisogni legati alla non autosufficienza ed al sostegno alla domiciliarità.

In tal senso nelle ultime normative regionali e nel Piano di zona (2015/2017), si è fatto sempre più riferimento alle modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare è il principale tra i servizi attivati dai Comuni per sostenere la domiciliarità e costituisce oggettivamente la base di partenza sul quale andare a costruire, sviluppare e far evolvere nuovi servizi.

Con l'approvazione ad inizio 2015 da parte dell'Assemblea dei Sindaci delle Linee guida e indirizzo del Servizio di Assistenza Domiciliare, si sono poste le basi per uno sviluppo ulteriore nella costruzione di percorsi di accesso ai servizi più omogenei e maggiormente collegati a quelli socio-sanitari. Da gennaio 2017 i Comuni dell'Ambito di Bergamo hanno attuato la gestione associata dei servizi per la domiciliarità che si articolano per i 5 Comuni (Orio al Serio, Gorle, Ponteranica, Sorisole e Torre Boldone) nel SAD tradizionale mentre con un'articolazione più ampia nella città di Bergamo, che ricomprende anche i servizi di custodia sociale, tutoring familiare e supporto ai care giver.

L'erogazione del servizio avviene tramite questi passaggi:

- Richiesta/segnalazione al servizio sociale comunale di residenza
- Condivisione del progetto/piano assistenziale steso dal servizio sociale con l'anziano e la famiglia; contestuale individuazione del soggetto gestore accreditato
- Attivazione del servizio e inserimento nel sistema informatico del piano assistenziale

- Verifica, monitoraggio, controllo amministrativo e pagamento dei fornitori da parte dell'Azienda Comuni Insieme, che gestisce inoltre la compartecipazione al servizio degli utenti per conto di alcuni Comuni soci.

L'attivazione del Servizio avviene in funzione di una lista d'attesa formulata tenendo conto degli indicatori di priorità, di seguito elencati:

- persone che vivono sole e senza rete familiare e/o solidale di supporto;
- persone con necessità elevate di carico assistenziale (assistenza/sorveglianza continua);
- persone anziane od invalide che non ricevono aiuto da familiari, vicini e/o volontari;
- persone con disagi principalmente imputabili alla solitudine;
- soggetti appartenenti a nuclei familiari multiproblematici.

In caso di più domande con le medesime caratteristiche, la priorità di ammissione è determinata dalla data di presentazione della domanda.

Al momento, a causa del riassetto del sistema sanitario (affidamento dei servizi socio-sanitari territoriali all'ASST) l'integrazione socio-sanitaria tanto auspicata, per la quale si stava lavorando, ha subito una fase di arresto.

Nella gestione associata dei servizi per la domiciliarità di Ambito seppur i criteri di accesso e di ammissione sono uniformi per i sei Comuni, le regole per la compartecipazione ai costi adottati dalle amministrazioni non hanno ancora raggiunto uniformità sui territori.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO E DEGLI OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE

LA COMPARTICIPAZIONE AI COSTI

L'attivazione del SAD di norma avviene su richiesta diretta dell'interessato o di colui che agisce per suo conto. Il richiedente inoltra domanda di ammissione al servizio presso l'ufficio del Servizio Sociale del proprio Comune, utilizzando la modulistica predisposta. Lo stesso è tenuto altresì ad allegare alla domanda:

- l'attestazione ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) di cui alla normativa vigente;
- eventuali certificati inerenti la condizione sanitaria (es. verbale di invalidità) e comprovanti lo stato di bisogno sociale dell'interessato.

Precisa ma eterogenea è la definizione delle regole per la compartecipazione ai costi che, come sappiamo, può anche disincentivare la richiesta di accesso al SAD.

Attualmente per ciascun Comune dell'Ambito i valori di ISEE sono divisi in fasce cui corrispondono specifici costi orari che l'utenza deve sostenere, in generale questa differenza tra i costi per la compartecipazione può dipendere dal diverso assetto dei bilanci comunali, dalla numerosità della domanda e dal costo storico del servizio.

L'ipotesi di una regolamentazione a livello di Ambito della compartecipazione ai costi dei servizi per la domiciliarità si basa sul metodo di calcolo lineare, cioè moltiplicando l'ISEE per un coefficiente

così che al suo aumentare cresca gradualmente anche il valore della compartecipazione. In questo modo allo specifico ISEE corrisponde una tariffa, e si evita di raggruppare gli individui in gruppi che, a seconda dell'ampiezza delle fasce, potrebbero essere poco omogenei.

Gli utenti che usufruiscono del SAD sono tenuti a compartecipare al costo del servizio in relazione alla propria situazione economica, così come definita dall'ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) calcolato in base alla normativa vigente. Per la determinazione della quota di compartecipazione al costo dei servizi da parte dell'utenza, si utilizza la metodologia della progressione lineare secondo la seguente formula matematica:

$$\text{COMPARTICIPAZIONE utente (ISEE iniz} < \text{ISEE utente} < \text{ISEE fin)} = \\ \text{QUOTA MINIMA} + (\text{ISEE utente} - \text{ISEE iniz}) \times (\text{QUOTA max} - \text{QUOTA min}) / (\text{ISEE fin} - \text{ISEE iniz})$$

Ai fini della suindicata formula s'intende per:

- COMPARTICIPAZIONE utente: quota di costo del servizio a carico dell'utenza da calcolarsi con la formula predetta prevedendo come tariffa di partenza la quota minima di compartecipazione. In presenza di un ISEE utenza inferiore al valore dell'ISEE iniziale non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa. In presenza di un ISEE superiore all'ISEE finale, si applica la tariffa massima. Le cifre saranno arrotondate per difetto.
- ISEE utente: è il valore dell'ISEE rapportato alla composizione del nucleo familiare rilevante per il Servizio di Assistenza Domiciliare in base a quanto previsto all'art. 1 del D.P.C.M. n. 159/2013;
- ISEE iniziale: è il valore al di sotto del quale l'utenza è esentata dalla compartecipazione al costo dei servizi;
- ISEE finale: è il valore oltre il quale è richiesto all'utenza di farsi carico della quota massima di compartecipazione alla spesa.

La quota/tariffa posta a carico dell'utente, viene addebitata con cadenza mensile ed è calcolata, sul numero di ore effettivamente fruite e rilevate con metodi oggettivi. L'impianto può essere arricchito dalla previsione di correttivi finalizzati a ridurre i costi a carico dell'utenza.

Il nuovo regolamento inoltre sarebbe coerentemente con, le linee guida regionali in applicazione dal Dpcm 159, che delimitano innanzitutto l'ambito di applicazione del nuovo Isee, che interessa esclusivamente le prestazioni sociali agevolate, ovvero quelle prestazioni sociali non destinate alla generalità dei soggetti ma limitate a coloro in possesso di particolari requisiti di natura socio-economica, o comunque collegate nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche. Il Dpcm 159 stabilisce naturalmente i criteri generali rispetto all'applicazione delle diverse tipologie di Isee, senza entrare nel dettaglio degli interventi, servizi e prestazioni cui debbano essere applicate. Su questo interviene pertanto la delibera regionale, che identifica tre gruppi di prestazioni cui sono associati di volta in volta Isee diversi (art. 1):

Prestazioni	Isee da applicare
A1 - contributi economici ad es. a integrazione del reddito familiare, per le prestazioni di assistenza domiciliare e i servizi connessi (lavanderia, ...), per la mobilità, ecc. - servizi residenziali notturni come centri di accoglienza, pensionati sociali, ecc.- servizi sociali diurni ad es. centri diurni per persone fragili.	Isee standard o ordinario
A2 - contributi economici a integrazione delle rette delle Unità d’offerta socio-sanitarie come RSA, RSD, CSS, CDD, CDI- voucher o misure integrative rispetto a quelle erogate dalla Regione.	Isee socio-sanitario
A3 - tutte le prestazioni erogate a minorenni (trasporto scolastico, mensa, asilo nido, assistenza domiciliare minori), comprese le prestazioni a contenuto residenziale (comunità educative)	Isee standard o Isee minorenni con genitori non coniugati tra loro e non conviventi

Da ultimo, le linee guida lombarde non fissano delle soglie Isee di “minimo” e “massimo”, vale a dire una soglia di Isee sotto la quale si accede in modo gratuito al servizio (soglia minima) e una soglia sopra la quale si accede pagando il 100% del costo (soglia massima). Le linee regionali si limitano invece a stabilire che per tutti gli interventi, i servizi e le prestazioni in cui è prevista una contribuzione da parte dei beneficiari ciascun Comune, in modo uniforme a livello di Ambito, debba definire una soglia Isee al di sotto della quale si è esonerati dal pagamento, così come non viene citata invece la soglia massima, lasciando Comuni e Ambiti liberi di prevedere o meno una compartecipazione totale al costo.

ASPETTI CHE RENDONO INNOVATIVO IL PROGETTO

A livello generale il quadro che emerge non è particolarmente diverso rispetto alle note caratteristiche del nostro sistema di welfare: una eterogeneità territoriale con la conseguente impressione che abitare in un territorio possa fare molta differenza rispetto ad un altro.

Quanto illustrato ci permette di porre l’attenzione a due questioni cruciali:

I criteri per l’accesso al SAD si caratterizzano per omogeneità, e restituiscono l’immagine di un servizio che non lascia ampia discrezionalità da parte degli operatori.

Avere regole di accesso uniformi sul territorio dell’Ambito permette un maggior controllo gestionale e della spesa, capacità di stimare la domanda, minore discrezionalità, etc., senza peraltro il rischio di irrigidire completamente l’approccio “sociale” alla fragilità.

La definizione di regolamenti – e poi delle tariffe – uniformi a livello di Ambito Territoriale.

E’ un segnale a favore della riduzione dell’eterogeneità territoriale. Questo passaggio di scala – dal Comune all’Ambito – è di buon auspicio per lo sviluppo del welfare locale che però sarà pienamente efficace solo se l’azione dei servizi in rete sarà altrettanto coerente e sinergica. I processi di convergenza tra le amministrazioni potrebbero infatti riguardare non solo le modalità di gestione dei servizi sociali (singola o associata, diretta o indiretta), ma anche il versante della erogazione. Ciò assume particolare rilevanza anche e soprattutto alla luce della recente istituzione delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e delle Aziende socio sanitarie territoriali (ASST); l’attesa, insomma, è che, pian piano, a uniformi regole di accesso al SAD corrispondano anche qualità e modalità di produzione dei servizi sociali altrettanto uniformi.

POTENZIALITÀ E SOSTENIBILITÀ DELL’OBIETTIVO NEL FUTURO

In termini quantitativi, al servizio sociale comunale perviene una fascia di popolazione residuale. Dal punto di vista qualitativo, ai servizi accedono spesso anziani soli o carenti di supporti familiari (magari presenti, ma non in grado di sostenere il congiunto per diversi motivi) e in condizioni non agiate. Paradossalmente, in questi ultimi anni in cui la popolazione anziana sta aumentando in modo esponenziale, la domanda di servizi da parte dei cittadini si è generalmente contratta: sono diminuiti o comunque non è aumentata la spesa complessiva per il SAD ed il numero degli utenti in carico.

La compartecipazione al costo del servizio infatti disincentiva l’accesso a persone in condizioni di reddito più elevate, probabilmente poiché il costo orario massimo previsto dalle Amministrazioni non è concorrenziale con il mercato privato. Il tentativo di favorire l’accesso diretto dei cittadini con Isee elevati o sopra soglia non è mai decollato. L’applicazione di una tariffa personalizzata grazie al metodo di calcolo lineare, oltre a garantire una maggiore equità, potrebbe incentivare la richiesta di SAD e contestualmente garantire una maggiore copertura del costo del servizio che permetterebbe alle amministrazioni di incrementare la spesa del servizio.

ATTORI COINVOLTI (ES. TERZO SETTORE, PRIVATO PROFIT, ALTRI ATTORI PUBBLICI ECC...)

I servizi di assistenza domiciliare di base rispondono a centri di gestione, di decisione e di risorse che non coincidono, se non in minima parte, con l’Ambito di Bergamo, che d’altra parte negli ultimi anni ha comunque favorito significativamente l’integrazione tra i servizi sociali e i servizi socio-sanitari e sanitari; attraverso il Centro di Assistenza Domiciliare (CeAD), soprattutto per la gestione di tutte le misure legate al Fondo Nazionale non Autosufficienza e le relative DGR con progetti “personalizzati” (PAI) collegati al SAD, all’ADI, ad unità d’offerta come RSA e CDI.

Con l'approvazione ad inizio 2015 da parte dell'Assemblea dei Sindaci delle Linee guida e indirizzo del Servizio di Assistenza Domiciliare, si sono poste le basi per uno sviluppo ulteriore nella costruzione di percorsi di accesso ai servizi più omogenei e maggiormente collegati a quelli socio-sanitari. In questa direzione sono andati anche i progetti "Terza età e dintorni", orientato allo sviluppo ed ampliamento dei servizi di custodia, vicinato e portierato sociale, e "Tornare a casa", finalizzato a garantire un presidio di supporto domiciliare alle persone fragili nel momento della dimissione dalle strutture ospedaliere, promossi a livello di Ambito e realizzati grazie ad una stretta collaborazione tra pubblico e privato sociale.

Certamente uno dei temi da affrontare in quest'area è quello della ricomposizione delle risorse in capo ai diversi soggetti che erogano gli interventi, in particolare Distretto ATS, Servizi sociali dei Comuni, INPS – pensioni, indennità e progetto Home care premium. I servizi e le "porte" d'accesso sono ancora molto frammentati: nel distretto ATS vengono fornite le prestazioni sociosanitarie (ADI, ausili etc), nei Comuni vengono fornite le prestazioni sociali, c'è poco collegamento/integrazione con i servizi sanitari ospedalieri e riabilitativi e con il mondo della cura più informale. La valutazione delle domande viene fatta dall'assistente sociale del comune di residenza, che definisce insieme alla famiglia le modalità dell'intervento. Al momento, a causa del riassetto del sistema sanitario (affidamento dei servizi socio-sanitari territoriali all'ASST) l'integrazione socio-sanitaria tanto auspicata, per la quale si stava lavorando, ha subito una fase di arresto.

La gestione dei servizi per la domiciliarità in co-progettazione con il terzo settore garantisce la continuità in modo più uniforme dei servizi di assistenza domiciliare, la confluenza delle diverse progettualità in essere e favorisce lo sviluppo di nuove sperimentazioni che estendano in modo innovativo le azioni di supporto alla domiciliarità nel suo significato più ampio, con un'attenzione particolare alle reti sociali, all'assistenza familiare ed a nuove forme di housing sociale. L'auspicio è la collaborazione delle cooperative sociali stesse a ripensarsi con una collocazione non diversa dalla committenza pubblica anche nella co-responsabilizzazione nella compartecipazione dei costi ai servizi da parte dell'utenza.

SOGGETTI BENEFICIARI

Destinatari del Servizio di Assistenza Domiciliare, residenti nei Comuni dell'Ambito 1 - Bergamo, sono:

- i nuclei familiari in cui siano presenti persone con ridotto grado di autosufficienza fisica, con scarsa capacità organizzativa nel governo della casa, in situazioni di solitudine e di isolamento psicologico, che hanno difficoltà a mantenere rapporti con il mondo esterno;
- i nuclei familiari comprendenti disabili, adulti e/o minori in presenza di situazioni di grave disagio o di emergenza.

SPESE DA SOSTENERE

Le spese sono relative agli adeguamenti dei software gestionali di ogni singola amministrazione per adeguamento ai nuovi criteri di compartecipazione per l'accesso ai servizi, con il sistema della tariffa personalizzata e per la gestione del servizio.

INDICATORI DI RISULTATO

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI DI RISULTATO
Regolamento unico di Ambito per accesso e compartecipazione ai servizi per la domiciliarità	Uniformità criteri a livello di Ambito	Riduzione eterogeneità familiare
Applicazione metodo di calcolo lineare	Maggiore equità nella compartecipazione ai servizi	Accesso nuovi utenti al servizio

4.2.2. OBIETTIVO STRATEGICO 2: VALUTAZIONE IMPATTO SOCIALE- METODI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE CONDIVISI

Descrizione delle condizioni esistenti che spingono alla realizzazione di questo progetto

La valutazione d'impatto dei servizi alle persone (valutare inteso come "dare valore") per il l'Ambito 1 Bergamo, nello scenario di una generale "crisi" del modello di welfare esistente, non è solo una necessità "imposta", ma una possibilità di individuare e sperimentare percorsi/pratiche di innovazione.

La valutazione "è principalmente (ma non esclusivamente) un'attività di ricerca sociale applicata, realizzata, nell'ambito di un processo decisionale, in maniera integrata con le fasi di progettazione e intervento, avente come scopo la riduzione della complessità decisionale attraverso l'analisi degli

effetti diretti ed indiretti, attesi e non attesi, voluti e non voluti, dell'azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali; in questo contesto la valutazione assume il ruolo peculiare di strumento partecipato di giudizio di azioni socialmente rilevanti, accettandone necessariamente le conseguenze operative relative al rapporto fra decisori, operatori e beneficiari dell'azione" (Bezzi).

Ognuno degli aspetti individuati in questa definizione apporta sia un valore aggiunto sia conseguenze teoriche e pratiche all'attività di valutazione.

Innanzitutto il fatto che sia **un'attività di ricerca sociale**, garantisce il rigore e la correttezza metodologica. In secondo luogo è **la necessità di poter recuperare tutte le basi informative disponibili e la tendenza a coinvolgere nel processo valutativo i decisori, gli operatori e, dove possibile, anche i beneficiari dell'intervento**, in terzo luogo è importante sottolineare l'obiettivo delle **riduzione della complessità decisionale** come scopo primario dei processi valutativi.

I tre aspetti sottolineati consentono di inquadrare i processi di valutazione nel contesto più ampio della progettazione, della programmazione e della *governance* territoriale dell'Ambito 1 Bergamo.

Nello specifico nel nostro Ambito tre sono le aree nelle quali inquadrare il tema della **Valutazione della qualità e appropriatezza delle strutture e dei servizi**:

1. Nei Servizi in gestione associata e coprogettazione e nello specifico Servizio Minori e Famiglia, Servizi per la domiciliarità e Servizio Inserimento Lavorativo;
2. Nei Servizi/progetti in cui è in essere l'accreditamento
3. Nelle Unità di offerta sperimentali attuali e in divenire.

Infatti ad oggi nell'Ambito 1 di Bergamo:

- E' stato istituito **l'Albo di soggetti accreditati idonei alla realizzazione di servizi e di interventi a favore di persone con disabilità** residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale 1 – Bergamo;
- E' stato istituito **l'Albo dei soggetti pubblici e privati, idonei ad operare per la realizzazione di prestazioni di residenzialità leggera a favore di cittadini con patologia psichiatrica** residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale 1 – Bergamo;
- E' stato istituito **l'Albo delle unità di offerta di 29 unità di offerta accreditate per i servizi per la prima infanzia**: nido – micro nido – nido famiglia – centro prima infanzia, secondo i requisiti di accesso approvati dall'Assemblea dei Sindaci;
- Nel prossimo triennio sarà importante individuare forme di accreditamento rivolte alle **Comunità di accoglienza per minori**.

Le Unità d'offerta sperimentali sono:

- Il progetto **La Città leggera** per l' accoglienza abitativa di persone con disabilità realizzato in nove appartamenti dislocati sul territorio comunale, che si configura come unità d'offerta sperimentale ai sensi dell'art. 13 c.1 lett. b) della L. R. 3/2008 in quanto realizza un nuovo modello gestionale nell'ambito della rete sociale, costituendo un'offerta innovativa di rilevanza nel contesto dei servizi alle persone con disabilità;
- Il progetto di accoglienza dei **Minori Stranieri Non Accompagnati** in tre appartamenti ubicati in zone diverse della città, finalizzato all'acquisizione, al potenziamento ed al mantenimento di competenze e autonomie dell'abitare che si realizza attraverso percorsi individualizzati all'interno di piccole unità abitative nel cuore dei quartieri cittadini;
- E' in corso la valutazione di autorizzazione di nuove unità di offerta, in particolare **Centri Diurni Minori**, che nella nostra realtà territoriale fanno parte dei servizi per minori e famiglie di Ambito

Inoltre l'Ambito di Bergamo, attraverso l'ente capofila, gestisce i seguenti servizi in forma associata:

- Il **Servizio Minori e Famiglie di Ambito** che integra diverse azioni e progettualità, in particolare:
 - Tutela minori;
 - Affidi e accoglienze familiari;
 - Assistenza educativa domiciliare per minori e famiglie;
 - Progetti territoriali di comunità;
 - Accoglienza di minori stranieri non accompagnati.
- I **Servizi per la Domiciliarità**, integrano diverse azioni e progettualità, in particolare:
 - Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) strutturato in:
 - Assistenza domiciliare di base
 - Care giving
 - Adulti in difficoltà
 - Tutoring domiciliare
 - Servizio di Custodia Sociale
 - Progetto "Tornare a casa"
- In attuazione dei Piani di zona e di un accordo operativo tra gli Ambiti di Bergamo e di Dalmine dal 2012 si è dato avvio alla sperimentazione di un **Servizio Inserimento Lavorativo** unico sovra-Ambito.

Descrizione del progetto e degli obiettivi da raggiungere

Si dovranno identificare opportuni indici ed indicatori per ciascuna delle seguenti aree di analisi:

1. Input; intesi come fattori produttivi, risorse umane e finanziarie impiegate, fattori propri e di terzi

2. Attività; intese come processi ed azioni intraprese
3. Output; intesi come risultati intenzionali e diretti prodotti, servizi e beni oggetto della propria funzione e dei propri obiettivi
4. Outcome; intesi come risultati indiretti della propria azione, effetti e cambiamenti realizzati sulla vita dei soggetti coinvolti e sugli individui in generale
5. Impatti; intesi come cambiamenti o effetti di lungo periodo indotti sulla società e sulla comunità

Il processo valutativo dovrà così permettere di giungere ad interpretare la coerenza dei risultati con le risorse impiegate, l'equilibrio tra prodotti intenzionali e diretti della propria azione ed effetti sul benessere dei terzi, il rapporto tra risultati ed effetti di breve e capacità di promuovere cambiamenti sociali di lungo periodo.

Per far questo ipotizziamo di introdurre la possibilità dell'Analisi sul Ritorno Sociale sull'Investimento (SROI) che è un approccio per la misurazione e rendicontazione del valore; ha l'obiettivo di ridurre la disuguaglianza e la degradazione ambientale, di migliorare il benessere, integrando nell'analisi i costi ed i benefici sociali, economici ed ambientali.

Lo SROI misura il cambiamento secondo modalità rilevanti per le persone e le organizzazioni che lo sperimentano o vi contribuiscono. Spiega la storia di come il cambiamento è stato creato, misurando gli outcome sociali, ambientali ed economici e utilizzando valori monetari per rappresentarli.

Condurre un'analisi SROI prevede sei fasi:

- 1. Stabilire il campo d'analisi ed identificare i principali stakeholder.** È importante definire chiari confini circa ciò che l'analisi SROI comprenderà, chi sarà coinvolto nel processo e come.
- 2. Mappare gli outcome.** Coinvolgendo i vostri stakeholder, svilupperete una mappa dell'impatto, o una teoria del cambiamento, che mostra la relazione tra input, output e outcome.
- 3. Dimostrare gli outcome e attribuire loro valore.** Questa fase comporta la ricerca di dati per mostrare se gli outcome sono stati raggiunti e poi valutarli.
- 4. Definire l'impatto.** Raccolte le dimostrazioni degli outcome e dato loro un valore monetario, occorre tra risultato e investimento scontare gli aspetti del cambiamento che sarebbero comunque avvenuti o che sono il risultato di altri fattori.
- 5. Calcolare lo SROI.** Questa fase consiste nella somma di tutti i benefici, la sottrazione dei valori negativi e la comparazione. Questo è il momento in cui è possibile verificare la sensitività dei risultati.
- 6. Restituire, utilizzare ed integrare.** Questo ultimo passo consiste nel condividere i risultati con gli stakeholder, rispondere alle loro domande, integrare processi per una valutazione solida e regolare e per una verifica dell'informazione.

Potenzialità e sostenibilità dell'obiettivo nel futuro

L'analisi SROI può rispondere ad un'ampia serie di obiettivi. Può essere utilizzato come uno strumento per pianificare e migliorare la strategia, per comunicare l'impatto e attrarre gli investimenti, e anche per prendere decisioni d'investimento.

Lo SROI può aiutare a migliorare le aree di interesse dell'Ambito:

- Facilitando riflessioni strategiche, aiutando a capire e a massimizzare il valore sociale che un'attività crea;
- Aiutando ad identificare le risorse appropriate per la gestione di outcome non attesi, sia positivi che negativi;
- Dimostrando l'importanza di lavorare con altre organizzazioni e persone che contribuiscono al cambiamento;
- Individuando un terreno comune tra ciò che l'Ambito territoriale e gli stakeholder vogliono ottenere, incoraggiando la massimizzazione del valore sociale;
- Stabilendo un dialogo formale con gli stakeholder, che consente loro di avere una responsabilità rispetto al servizio erogato e di essere coinvolti significativamente nel disegno del servizio/progetto stesso.

Attori coinvolti (es. Terzo Settore, privato profit, altri attori pubblici ecc...)

Uno degli attributi cardine della valutazione è il carattere partecipativo che deve contrassegnare il suo intero svolgimento. Il contributo informativo degli operatori che erogano il progetto, quello dei destinatari e beneficiari che lo ricevono, in modo diretto o indiretto, è essenziale in ogni tipologia valutativa, sia che si tratti di disegnare un progetto futuro, sia che si tratti di migliorare un progetto in corso di realizzazione, sia che si tratti di valutare i risultati di uno che si è già concluso.

Operatori e destinatari possiedono, grazie alla loro esperienza sul campo, elementi e dettagli che rappresentano in molti casi l'unica chiave interpretativa di dati e fenomeni che, da solo, neanche il più esperto valutatore riuscirebbe a comprendere. L'attendibilità dei risultati della valutazione richiede quindi la partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti nelle aree

Soggetti beneficiari

Destinatari di questo processo sono i Comuni dell'Ambito 1 - Bergamo e il Terzo settore coinvolti nei percorsi delle tre aree. Inoltre, indirettamente, ne beneficiano i destinatari delle varie progettualità.

Spese da sostenere

Le spese sono relative al personale per la conduzione del lavoro e a percorsi formativi specifici per alcuni operatori finalizzati alla costruzione dei processi di valutazione.

Indicatori di risultato

Tali indicatori devono garantire una misurabilità (e ove possibile un monitoraggio) tra obiettivi posti e risultati ottenuti.

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI DI RISULTATO
Avvio di un gruppo di lavoro sulla valutazione delle aree (Servizi accreditati, servizi sperimentali ,coprogettazione)	Costruzione di un gruppo di lavoro tra Ufficio di Piano e Terzo Settore sul tema della valutazione	Costruzione di un piano di lavoro di valutazione nelle tre aree
Costruzione di strumenti condivisi per la valutazione nelle tre aree	Strumenti specifici Accordi tra Ambito e Terzo Settore	Implementazioni nelle coprogettazioni Attivazione di nuove sperimentazioni sia progettuali che di servizi (Innovazione
Applicazione dell'Analisi sul Ritorno Sociale sull'Investimento (SROI)	Facilitare riflessioni strategiche Pianificare e restituire il valore che si produce	

4.2.3. OBIETTIVO STRATEGICO 3: PROGETTO DEMENZE

Descrizione delle condizioni esistenti che spingono alla realizzazione di questo progetto

Oggi, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, circa 35,6 milioni di persone nel mondo soffrono di demenza. Di queste, il 60-70% (tra i 21 e i 25 milioni) è affetto da Alzheimer. Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età. Nel mondo vi sono 650 milioni di persone con età maggiore di 65 anni (400 nei paesi in via di sviluppo) e 21,4 milioni con un'età maggiore di 80 anni. Si stima che nel 2025 i primi arriveranno a circa 1,2 miliardi (840 nei paesi in via di sviluppo), per una quota della popolazione europea del 29% e di quella italiana del 35%.

In Europa si stima attualmente che la prevalenza delle demenze incrementi dal 1.6% nella classe d'età 65-69 anni al 22.1% in quella maggiore di 90 anni nei maschi e dal 1% al 30.8% rispettivamente nelle donne. La demenza di Alzheimer rappresenta, secondo queste stime, il 54% di tutte le demenze, con una prevalenza del 4.4% nella popolazione ultrasessantacinquenne. Anche per questa specifica patologia la prevalenza aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne, con valori compresi tra lo 0.7% per la classe d'età 65-69 anni ed il 23.6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0.6% al 17.6%.

In Italia sono stati condotti numerosi studi di prevalenza, che portano ad una stima complessiva di circa 1.000.000 di persone affette da demenza, delle quali circa il 60% da demenza di Alzheimer. I dati ISTAT 2014 parlano dell'Alzheimer come di una malattia in continua crescita, sesta causa di morte in Italia. In relazione a tale evoluzione demografica, la demenza e i bisogni di salute ad essa connessi rappresentano una grande sfida per il sistema socio – sanitario. La crescita del numero di malati richiederà un ampio sforzo sanitario ed economico: le demenze hanno infatti costi sociali ed economici elevatissimi. A questi si aggiungono i costi sociali legati all'assistenza che ancora oggi grava soprattutto sui familiari delle persone malate. Si deve tenere conto a questo proposito che il cambiamento avvenuto negli ultimi anni impone una rivalutazione complessiva delle modalità di assistenza, sapendo che non sarà possibile la moltiplicazione senza fine di servizi ad alto costo. E' necessario rafforzare politiche di welfare orientate allo sviluppo di interventi di sussidiarietà e inclusione sociale, incentrate sulle relazioni familiari, amicali e di "vicinato", oltre che sulle tradizionali linee di offerta istituzionale.

La famiglia costituisce la principale risorsa del "prendersi cura". Spesso però è la stessa portatrice di ulteriori bisogni e problemi. Nel caso della presenza di una demenza la situazione familiare diventa ancora più complessa. L'Alzheimer è stata definita una malattia "familiare" (Vaccaro, 2007), poiché una patologia così profondamente invalidante diventa un elemento dirompente all'interno di un nucleo familiare. Questo infatti rischia a sua volta di "ammalarsi" e di sperimentare situazioni di impoverimento ed isolamento sociale, in quanto è coinvolto in un forte e pesante impegno - anche psicologico – profuso nelle attività di cura e di assistenza. La terza ricerca realizzata dal Censis con l'Aima (Associazione italiana malattia di Alzheimer) nel corso del 2016, che ha analizzato l'evoluzione negli ultimi sedici anni della condizione dei malati e delle loro famiglie ha evidenziato un importante fenomeno: i malati e chi li assiste invecchiano insieme. L'età media di chi soffre di Alzheimer è di 78,8 anni (era di 77,8 anni nel 2006 e di 73,6 anni nel 1999), mentre i *caregivers* impegnati nella loro assistenza ne hanno in media 59,2 anni (avevano 54,8 anni nel 2006 e 53,3 anni nel 1999). Dedicano al malato di Alzheimer 4,4 ore al giorno di assistenza diretta e 10,8 ore di sorveglianza; un impegno che ha effetti pesanti sul loro stato di salute, in particolare tra le donne: l'80,3% accusa stanchezza, il 63,2% non dorme a sufficienza, il 45,3% afferma di soffrire di depressione, il 26,1% si ammala spesso. Ad assistere i malati sono soprattutto figli e badanti ed è in aumento deciso la quota di malati che vivono in casa propria, in particolare soli con il coniuge (sono il 34,3% nel 2015, erano il 22,9% del 2006) o soli con la badante (aumentati dal 12,7% al 17,7%). Nell'attività di cura del malato, i CAREGIVERS possono contare meno di un tempo sul supporto di altri familiari: nel 2015 vi fa affidamento il 48,6%, mentre nel 2006 era il 53,4%.

Descrizione del progetto e degli obiettivi da raggiungere

Il progetto si pone la finalità generale di sistematizzare l'esistente in tema di demenze e di formalizzare un lavoro di rete tra tutti i soggetti formali e informali che a diverso titolo si occupano di questo tema. Gli obiettivi specifici da raggiungere sono individuati in:

1. Guardare al territorio e rendere le informazioni fruibili a tutti

Mappatura del territorio al fine di evidenziare quali siano i servizi formali ed informali che ad oggi si rivolgono alle persone affette da demenza. Conseguentemente creare una guida informativa che possa rispondere ai bisogni dei familiari di avere indicazioni semplici e pratiche per la cura quotidiana del malato di Alzheimer: come comportarsi, cosa fare, dove andare, quando e a chi rivolgersi, i diritti. Costruire una brochure per gli addetti ai lavori che possa orientare verso le risposte più idonee nella platea dell'offerta dei servizi.

2. Sperimentazione di azioni di sensibilizzazione sul tema delle demenze secondo l'approccio del Dementia Friendly Community

Tale approccio mira a costruire comunità urbane in cui l'anziano con decadimento cognitivo patologico non sarà più una persona da tenere al margine, ma da includere in ogni attività quotidiana tenendo conto, anche nella patologia, delle sue individualità e delle sue competenze. Si individuano le seguenti azioni operative:

- Conoscere i territori e definire territorio di sperimentazione
- Individuare soggetti chiave del territorio
- Definire le azioni
- Monitoraggio delle azioni
- Formalizzazione delle azioni e relativa visibilità

3. Formalizzazione tavolo di lavoro sulle demenze

Il tavolo sulle demenze ha i seguenti obiettivi:

- Strutturare un lavoro di ricomposizione dell'esistente e metterlo in rete
- Ragionare sulla possibilità di avviare un lavoro di costituzione di nuove linee operative sulla presa in carico delle demenze
- Riflettere sulla possibilità di avviare un lavoro di costruzione di un modello operativo condiviso di presa in carico delle demenze che preveda la selezione degli utenti, indirizzo verso servizi consoni alla loro problematica, creazione di documentazioni condivise (scheda di accesso ai servizi, progetto individuale ecc.)

Attori coinvolti (es. Terzo Settore, privato profit, altri attori pubblici ecc...)

Ambito di Bergamo
Comune di Bergamo

ASST PG23
ATS Bergamo
Primo Ascolto Alzheimer
Fondazione Carisma
Cooperativa Bergamo Sanità
Istituto Palazzolo
Fondazione Humanitas
Associazione Alzheimer Bergamo
Consorzio Sol.Co Città Aperta

Soggetti beneficiari

1. Famiglie di persone affette da demenza e operatori dei servizi formali e informali che ne intercettano i bisogni
2. Cittadini in una condizione di fragilità derivante dalla presenza di un decadimento cognitivo
3. La comunità nelle sue varie forme

Spese da sostenere

Il budget è destinato alla mappatura del territorio al fine di evidenziare quali siano i servizi formali ed informali che ad oggi si rivolgono alle persone affette da demenza. Inoltre una quota della spesa è destinata alla creazione di una guida informativa che possa rispondere ai bisogni dei familiari di avere indicazioni semplici e pratiche per la cura quotidiana del malato di Alzheimer: come comportarsi, cosa fare, dove andare, quando e a chi rivolgersi, i diritti e alla realizzazione di una brochure per gli addetti ai lavori che possa orientare verso le risposte più idonee nella platea dell'offerta dei servizi.

Indicatori di risultato

Tali indicatori devono garantire una misurabilità (e ove possibile un monitoraggio) tra obiettivi posti e risultati ottenuti.

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI DI RISULTATO
Rendere le informazioni fruibili a tutti.	Elaborazione di uno strumento informativo alla portata degli addetti ai lavori e delle famiglie.	Mappatura del territorio Distribuzione capillare guida informativa

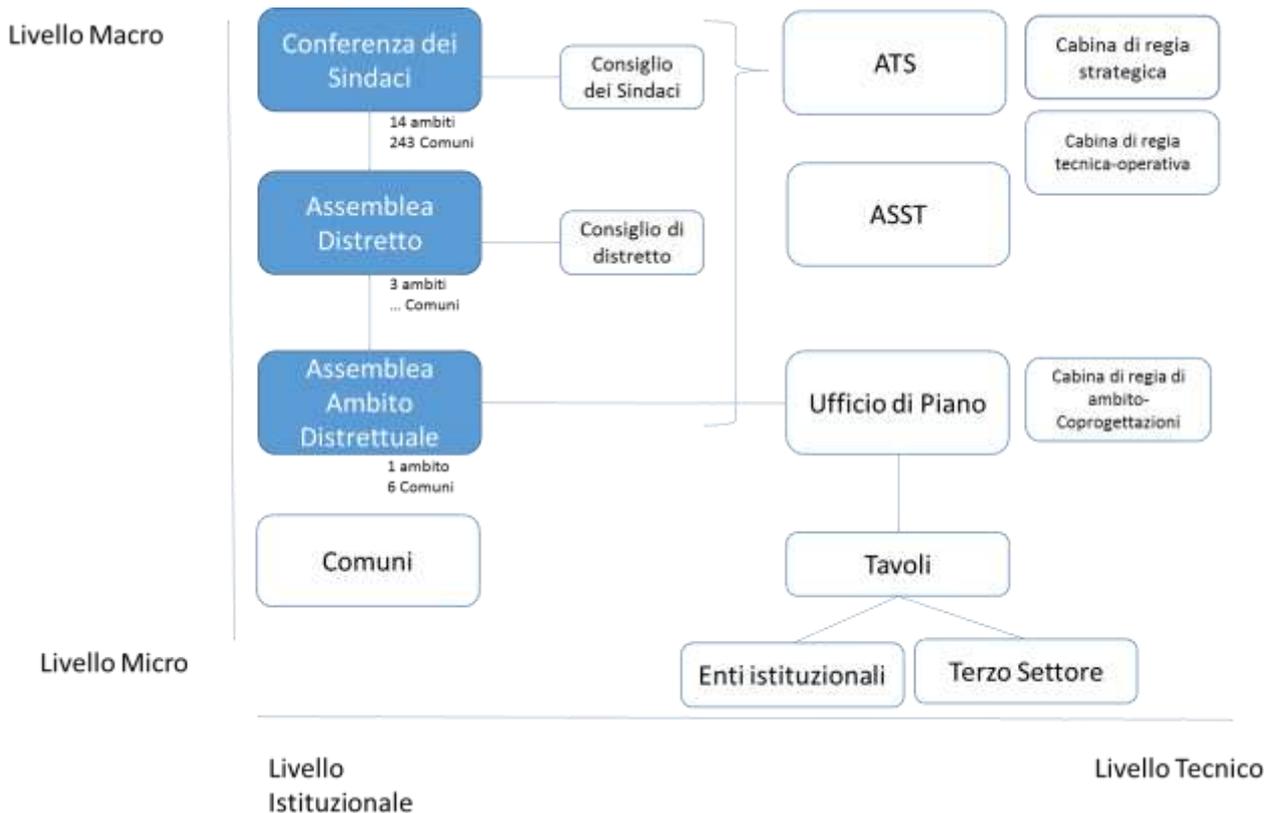
		Utilizzo brochure da parte di tutti gli operatori
Sperimentazione azioni di sensibilizzazione secondo l'approccio del DFC.	Costruzione azioni di DCF all'interno di un territorio di sperimentazione.	Individuare soggetti chiave del territorio Definire le azioni Monitoraggio delle azioni Formalizzazione delle azioni e relativa visibilità
Formalizzazione del Tavolo di lavoro sulle demenze.	Mantenimento incontri periodici e lavoro su oggetti specifici.	Incontri del Tavolo e coinvolgimento degli Enti referenti incluso ATS, ASST.

5. LA GOVERNANCE E LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE DEL TERZO SETTORE

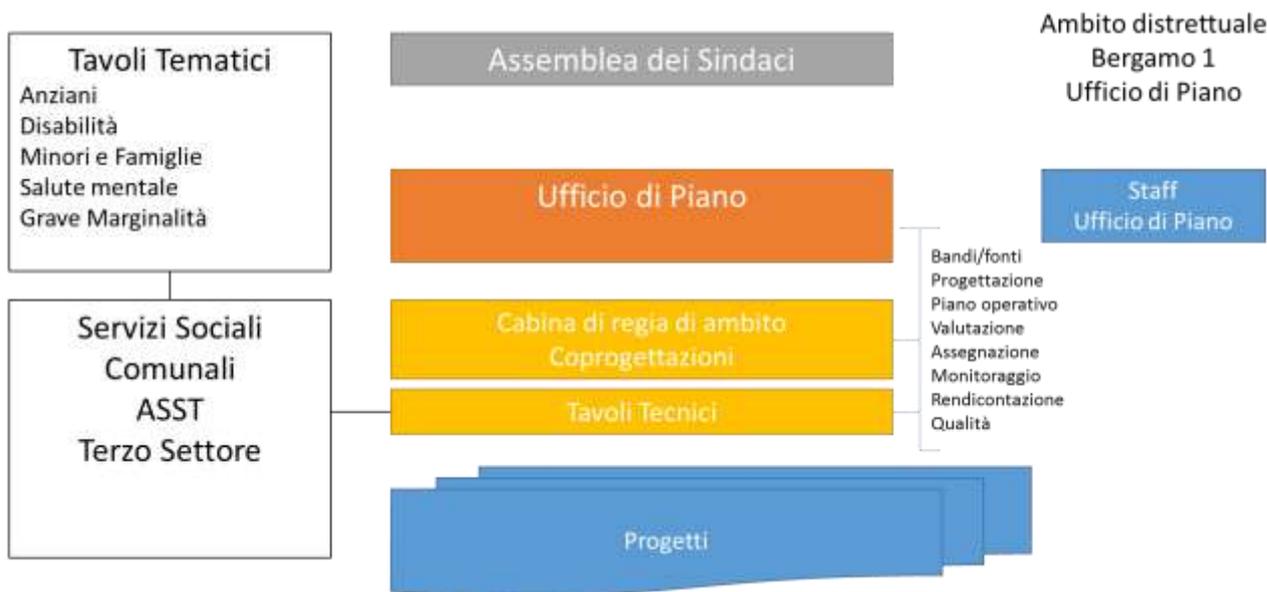
5.1. LA CONFERENZA DEI SINDACI, L'ASSEMBLEA DI DISTRETTO, L'ASSEMBLEA DI AMBITO DISTRETTUALE

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale di Bergamo è composta dai Sindaci dei Comuni di Bergamo Gorle, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone

Il funzionamento della Conferenza, delle Assemblee dei sindaci e del Consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con Deliberazione della Giunta regionale (DGR) 5507/2016 con cui vengono date indicazioni circa l'articolazione e il funzionamento dei nuovi organismi di governance per la programmazione socio-sanitaria, a seguito della legge di riforma n.23/2015 e della ri-articolazione territoriale in ATS e nuovi distretti.



Lo schema che segue offre un'immagine della complessità della struttura di governance, i diversi livelli coinvolti e un'idea preliminare delle differenti funzioni:

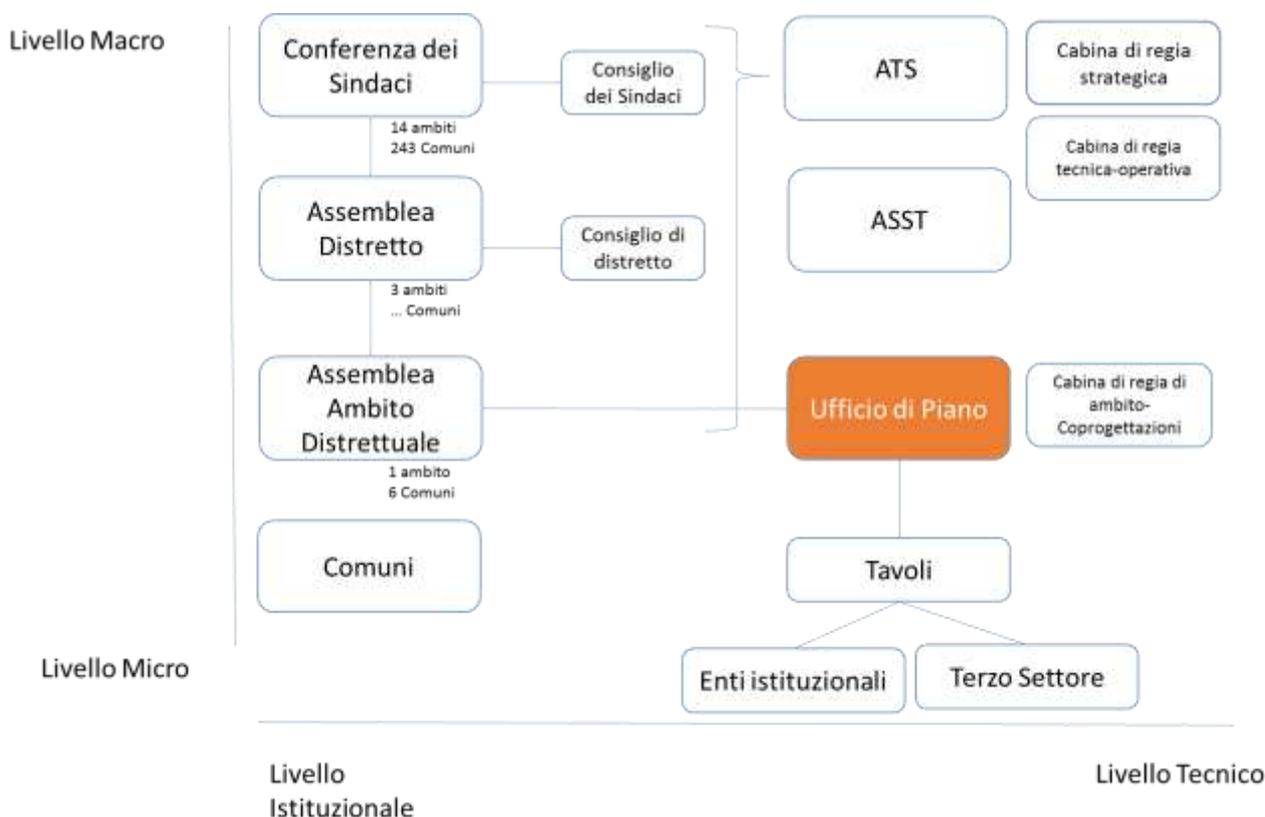


5.2. L'UFFICIO DI PIANO

L'Ufficio di Piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del Piano di Zona. L'Ufficio di Piano, composto dal responsabile e da personale con specifiche competenze tecnico-amministrative, è l'organismo di supporto alla programmazione, con il compito di garantire:

- La programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi
- La costruzione e gestione del budget
- L'amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (FNPS, FSR FNA, Dopo di Noi quote dei Comuni e di eventuali altri soggetti) e le risorse nazionali di inclusione sociale e risorse dedicate alla povertà (REI)
- La predisposizione di Piani operativi per la presa in carico (FNA, Dopo di Noi, Voucher reddito autonomia, misure di inclusione e lotta alla povertà)
- Il coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori all'Accordo di programma
- La correttezza degli adempimenti dei debiti informativi regionali.

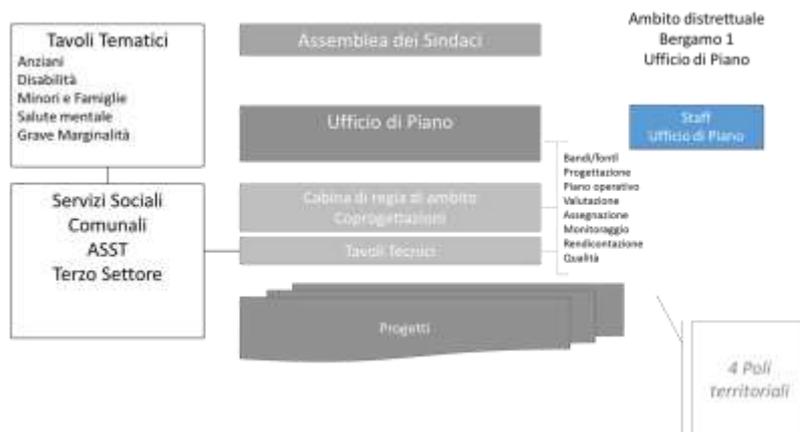
Lo schema che segue permettere di cogliere il posizionamento dell'Ufficio di Piano nel più ampio impianto di governance:



5.3. L'UFFICIO DI STAFF

L'Ufficio di Staff è composto dal responsabile dell'Ufficio di Piano, dal personale tecnico-amministrativo assegnato dai Comuni dell'Ambito, dai Referenti e Consulenti tecnici nelle diverse aree di competenza: amministrativa, non autosufficienza, politiche minori e famiglie, marginalità ed inclusione, cartella sociale e sistemi di monitoraggio.

Nello schema di governance, l'Ufficio di staff occupa la seguente posizione:



Ad esso sono affidate le seguenti funzioni:

- **Coordinare le azioni progettuali associate**, attraverso il monitoraggio e la verifica degli interventi in atto attraverso le Cabine di Regia dedicate alla co-progettazione per la gestione associata dei Servizi di Ambito
- **Formulare le indicazioni e i suggerimenti** diretti all'Assemblea dei Sindaci in tema di iniziative di formazione ed aggiornamento degli operatori
- **Predisposizione di proposte progettuali** per la partecipazione a bandi e avvisi regionali, nazionali garantendo modalità di partecipazione e coinvolgimento
- Proporre **strumenti di monitoraggio** delle azioni intraprese
- Proporre **strumenti di valutazione** ex post di progetti, misure e servizi di Ambito
- Proporre **strumenti e indicatori** per misurare impatto azioni attivate
- **Conduzione e/o partecipazione a tavoli** e gruppi di lavoro tecnici operativi dedicate ai servizi, ai progetti e alle misure di Ambito
- **Sistema di accreditamento** per garantire omogeneità di valutazione della qualità delle strutture anche favorendo percorsi di innovazione sociale.

5.4. LE CABINE DI REGIA DELLA CO-PROGRAMMAZIONE E DELLA CO-PROGETTAZIONE

Sono state istituite le Cabine di regia della co-programmazione e della co-progettazione quale luoghi di **proposta, progettazione e partecipazione**, composti dal Referente dell'Ufficio di Piano e dai Responsabili/Referenti dei Comuni e dagli enti co-programmanti e co-progettanti.

Possono partecipare alle Cabine di Regia rappresentanti di ATS e ASST, per temi di carattere socio-sanitario, di organismi significativi nei campi dell'istruzione e del lavoro, nonché enti accreditati dall'Ambito per l'erogazione di voucher socio-assistenziali.

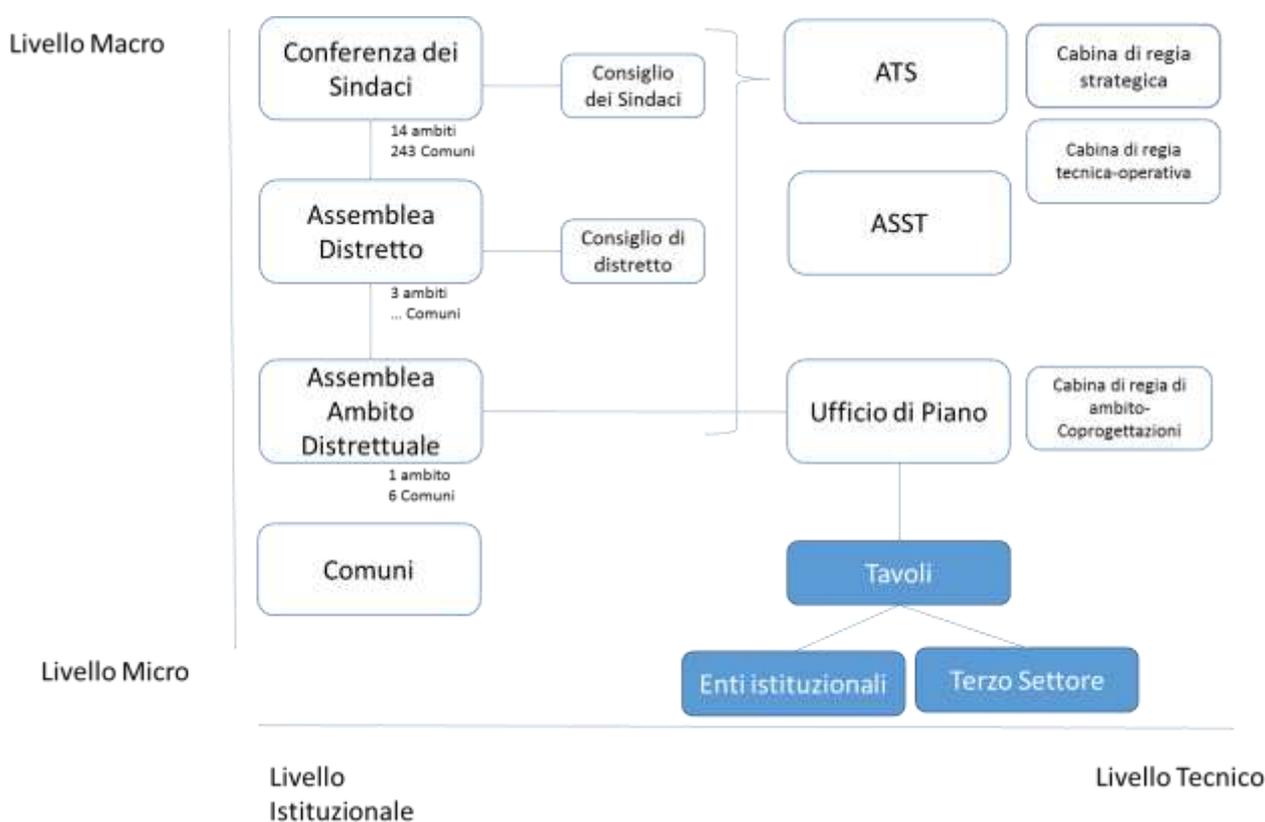
Le funzioni delle Cabine di regia consistono nel:

- **Condividere** la programmazione degli interventi e delle misure di Ambito
- **Esprimere** indicazioni sulle strategie operative dei servizi in co-progettazione
- **Favorire** il livello delle collaborazione e delle sinergie interistituzionali
- **Far crescere** la cultura dell'aggregazione di Ambito, individuando forme sempre più significative di coordinamento ed accordo
- **Verificare e monitorare** il raggiungimento degli obiettivi delle gestioni associate.

5.5. IL TERZO SETTORE E I TAVOLI TEMATICI

In osservanza ai principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali, la competenza in materia di **programmazione e organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali è attribuita agli enti locali, alle Regioni e allo Stato con il coinvolgimento attivo degli organismi del terzo settore** (art. 5 d.p.c.m. 30 marzo 2001, recante «Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dall'art. 5 della l. 8 novembre 2000 n. 328»).

Nello schema di governance, Terzo Settore e tavoli tematici sono collocati al livello tecnico:



I Tavoli Tematici finora sono stati quattro ed hanno riguardato le aree anziani, disabilità, minori e famiglie e salute mentale ed è in corso l'istituzione di un quinto dedicato alla marginalità e all'inclusione sociale.

I Tavoli sono guidati da un Coordinatore individuato tra i Referenti dei Comuni o i Referenti del Terzo settore e vengono convocati con cadenze almeno trimestrali, in modo da produrre una effettiva condivisione ed una efficace lettura integrata dei bisogni, potenziando il dialogo istituzionale e contribuendo a superare la frammentarietà degli interventi. I Tavoli vengono convocati dall' Ufficio di Piano d'intesa con il Coordinatore di ogni singolo Tavolo tematico.

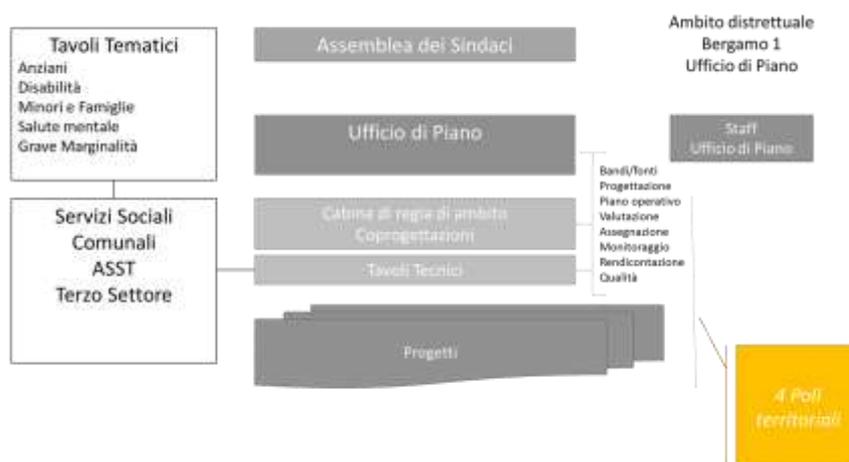
Gli obiettivi dei Tavoli tematici per la prossima triennalità sono:

- **Proseguire il lavoro** che ha consentito di sviluppare contributi e indicazioni tecniche operative per le aree di intervento, con particolare attenzione all'evoluzione dei bisogni e alla valorizzazione delle risorse del territorio
- **Promuovere la cultura dell'integrazione** e della costruzione di forme di collaborazione orizzontali, strutturare la rete e i rapporti trasversali
- **Promuovere la sussidiarietà** come contributo alla costruzione della comunità locale;
- **Sviluppare sintesi e integrazioni** che consentano di "tenere insieme" i diversi portatori di interesse
- **Individuare soluzioni innovative** anche per contribuire con risorse proprie allo stesso funzionamento dei Tavoli
- **Far crescere la cultura della aggregazione** di Ambito, individuando forme sempre più significative di coordinamento e raccordo
- **Sostenere la partecipazione** ed in particolare rinforzare la presenza di alcune rappresentanze istituzionali.

5.6. LA GOVERNANCE E I POLI TERRITORIALI

Il Polo si configura come un gruppo di lavoro multidisciplinare con professionalità diverse (assistenti sociali, psicologi, educatori professionali) che integrano il sapere professionale con il sapere esperienziale, sviluppando relazioni con gli interlocutori formali ed informali del territorio.

Nello schema della governance, i Poli si interfacciano con il livello tecnico – Ufficio di Piano, Cabine di regia, Tavoli tematici – collaborando all'ideazione, alla realizzazione e al monitoraggio di progetti:



I Poli hanno delle caratteristiche precise, sia per ciò che concerne la loro fisionomia, sia per la relazione con gli utenti e il territorio. In particolare sono caratterizzati da:

- Multiprofessionalità: sono gruppi di lavoro con professionalità miste; sono gruppi di lavoro con capacità di integrare competenze professionali ed esperienziali;
- Sguardo su famiglie e territori: la famiglia è una risorsa, non è destinataria degli interventi; vengono valorizzate e attivate le risorse del territorio;
- Attenzione ai risultati: si conduce il monitoraggio dei risultati, si elaborano indicatori, si presentano costantemente i risultati raggiunti;
- Attenzione al processo: si presta attenzione alle connessioni tra i tre livelli (Politico, di responsabilità e operativo), si sostiene la formazione permanente degli operatori.

5.7. LE ÉQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

L'Ambito garantisce l'istituzione di équipe di valutazione multidimensionale finalizzate alla quantificazione dei problemi medici, psicologici, sociali e delle risorse dell'Utente, composte dai referenti dell'Ufficio di Piano, in collaborazione con ATS e ASST, con membri a **geometria variabile** a seconda dell'attuazione degli interventi e dei Progetti Individuali da valutare, in particolare **per le misure inerenti Dopo di Noi, Vita Indipendente, FNA, Rei, Reddito autonomia, assistenza educativa scolastica.**

La finalità principale dell'istituzione delle équipe consiste nell'assunzione di **responsabilità** da parte dei loro componenti che devono possedere le **competenze necessarie e specifiche** per comprendere gli effettivi bisogni e l'effettiva realizzazione dei progetti individuali affinché la gestione delle misure non si riduca in una mera distribuzione di risorse ma si concretizzi nella **realizzazione di progettualità che portino un reale benessere all'utente** ed una sostenibilità economica del progetto durevole nel tempo.

Gli obiettivi che si vogliono raggiungere attraverso le équipe multidimensionali sono:

- Individuare e selezionare i **Progetti Individuali** che, non solo rispondano alle finalità e agli obiettivi delle misure, ma che possedano le caratteristiche per durare nel tempo
- Selezionare progetti che possano trarre un **vantaggio concreto e durevole nel tempo** e si inseriscano in percorsi di vita consoni e sostenibili nel tempo.

5.8. L'AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE ATS

L'Agenzia di Tutela della Salute, in coerenza con quanto previsto dalla definizione dei LEA 2017 e dalle Regole di Sistema 2018, ha come obiettivo prioritario quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità attribuibile alle malattie croniche non trasmissibili, in particolare attraverso lo sviluppo e l'estensione degli interventi di promozione della salute nei setting scuola, luoghi di lavoro, comunità locali, ambienti sanitari e sociosanitari.

Con l'invecchiamento della popolazione, che caratterizza anche il nostro territorio, la transizione epidemiologica evidenzia la prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili, correlate in particolare ad alcuni determinanti di salute quali l'ipertensione, il diabete e l'obesità. Per quest'ultima patologia si assiste, in particolare, a un incremento dei tassi al diminuire dello status

sociale. L'aumentata possibilità di accesso a supermercati e ipermercati, la facile disponibilità di cibo ipercalorico e a basso costo, uno stile di vita sedentario, sono solo alcune delle cause di obesità in città. L'IDF, International Diabetes Federation, stima un aumento da 415 milioni di diabetici attuali, due terzi dei quali residenti in città, a 642 milioni in 25 anni. L'aumento del diabete di tipo 2 è, tra tanti fattori, causato anche da cambiamenti degli stili di vita, lavoro ed esercizio fisico. È stato attivato un programma mondiale, il Cities Changing Diabetes, con l'obiettivo di trovare soluzioni concrete per fronteggiare il diabete¹. Il programma Cities Changing Diabetes è stato lanciato nel 2014 da tre partner globali, Steno Diabetes Centre Copenhagen, University College London e Novo Nordisk, per sviluppare un'azione globale di lotta contro il diabete urbano. Oggi il programma ha stabilito partnership locali in 8 città: Pechino, Copenaghen, Houston, Johannesburg, Città del Messico, Shanghai, Vancouver e, dal 2017, Roma, per affrontare i fattori sociali e i determinanti culturali che possono aumentare la vulnerabilità del diabete di tipo 2 tra le persone che vivono nelle città.

Tra gli ambiti di lavoro, proprio il tema della pianificazione urbana concentra l'attenzione sul contrasto all'obesità e sulla prevenzione del diabete, dimostrando l'importanza della promozione della salute nei processi di pianificazione urbana². Per l'area della prevenzione sanitaria sono previsti due documenti di programmazione di ATS, a cui fare riferimento:

il Piano Integrato Locale di Promozione della Salute (PIL) che mantiene il ruolo di strumento di programmazione degli interventi predisposti annualmente, in un'ottica di integrazione istituzionale, gestionale e operativo-funzionale. In esso confluiscono anche i Piani locali di prevenzione delle dipendenze (d.g.r. 1999/2011) integrati con i "Piani per la sensibilizzazione, informazione, prevenzione e formazione in tema di Gioco d'azzardo patologico";

1. il Piano Integrato di Prevenzione e Controllo che descrive, applicando gli indirizzi di programmazione forniti a livello regionale, gli obiettivi dei piani di settore, la programmazione per l'anno 2018 delle attività di prevenzione, controllo e promozione della salute, al fine di garantire il rispetto degli indicatori LEA e di specifici piani nazionali. I criteri che guidano la programmazione dei controlli devono considerare le specificità riguardanti i settori, ovvero gli insediamenti a maggior rischio in cui l'intervento di prevenzione riveste carattere di priorità.

Nell'ambito dei programmi di promozione della salute, oltre ad implementare e sviluppare gli interventi consolidati nei vari setting, si intende accompagnare e sostenere i Servizi di ATS attraverso una maggiore integrazione con la programmazione dei piani di zona. Dalla collaborazione che ne deriva si intende promuovere modifiche strutturali e dell'ambiente fisico, organizzativo e sociale, sostenute da processi partecipati anche tenendo conto delle indicazioni del progetto "Urban Health CCM" del quale l'ATS di Bergamo è capofila.

Gli obiettivi dei programmi di promozione della salute sviluppati da ATS, a cui i Comuni dell'Ambito distrettuale intendono fornire il proprio sostegno secondo intese operative da realizzare attraverso

¹ Lenzi, Andrea. "Agorà, urbanizzazione e salute, due facce della stessa medaglia,". In *Urbes*, n. 1, ottobre 2017. Milano: Edizioni Universo editoriale, pp. 7, 8.

² <http://www.citieschangingdiabetes.com/home.html>.

il Distretto ATS, sono orientati a promuovere stili di vita salutari e la prevenzione della cronicità, attraverso azioni e interventi orientati a:

- Incrementare la pratica dell'esercizio fisico e sportivo nella popolazione generale e in target specifici (attività adattata per soggetti anziani o con patologie croniche), promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte della comunità locale, aumentare il consumo **di frutta e verdura**, ridurre il numero dei **fumatori**, **il consumo di alcol a rischio**, **il consumo eccessivo di sale**, gli incidenti stradali e domestici
- Coinvolgere di diversi gruppi professionali (Infermieri, Ostetriche, A.S., Educatori professionali, Psicologi, Case e Care manager, MMG, PLS, Medici competenti, ecc.) e dei settori non sanitari per rendere facili le scelte salutari (Guadagnare salute): scuola, luoghi di lavoro, comunità, ecc. per diffondere una responsabilità sociale per la salute, incrementando l'impatto quantitativo degli interventi di **prevenzione della cronicità**
- Promuovere la salute del bambino e della mamma nel percorso nascita PRP 2014-18 (progetto Comunitario "**GenitoriPiù**": Infanzia nei primi 1.000 giorni)
- **Prevenire le dipendenze, attraverso la** prosecuzione dell'implementazione di LST e UNPLUGGED e LST primaria, lo sviluppo del progetto "Giovani Spiriti" e Peer Education, gli interventi di Safe Driver (Tavolo Notti in sicurezza con ASST), la prosecuzione attività del Tavolo provinciale per la prevenzione GAP (Gioco d'azzardo patologico).

In particolare nell'ambito del processo di programmazione integrata verrà anche sperimentato, in raccordo con le ASST ed i principali stakeholders, un approccio intensivo di comunità per promuovere azioni di provata efficacia per la promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita, includendo tra gli interventi la promozione della lettura ad alta voce (Iniziativa "Nati per leggere") e dell'allattamento al seno, la lotta al fumo e all'alcol in gravidanza, la promozione dell'assunzione di acido folico in previsione e durante la gravidanza, la prevenzione della SIDS e la promozione delle vaccinazioni infantili.

Per quel che riguarda l'obiettivo di messa a sistema di un programma di identificazione precoce di condizioni di rischio aumentato per malattie croniche l'ATS di Bergamo, in collaborazione con i Medici di Assistenza Primaria, i Farmacisti, intende sviluppare, una sperimentazione nella comunità per il counselling motivazionale breve per le persone dai 45 ai 60 anni (con particolare attenzione ai soggetti con rischio aumentato di diabete tipo II) come modello di approccio ai fattori di rischio per patologie croniche in previsione di un inserimento degli interventi di prevenzione efficaci nel PDTA per diabete, in accordo con le indicazioni dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale 2018. Questo programma si svolgerà assumendo un'ottica di universalismo progressivo ponendo maggiore attenzione alle classi socio economiche svantaggiate. A questo progetto i Comuni intendono aderire con azioni di sostegno.

Riguardo all'obiettivo relativo all'incremento della pratica dell'attività e dell'esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici verrà dato ulteriore sviluppo alla diffusione dei Gruppi di Cammino, con riferimento alla popolazione con fattori di rischio intermedi di cronicità e/o malattie croniche, alla popolazione over 64 e alle fasce di popolazione con fragilità sociale.

A livello di approccio strategico si intende dedicare una particolare attenzione alla formazione degli operatori sociosanitari (Case e Care manager, Infermieri, MMG, Educatori, Ostetriche, ecc...) e degli operatori sociali, nonché del sistema articolato e composito della rete di volontariato e del terzo settore.

Per questo ATS garantisce il proprio supporto e collaborazione.

I programmi di promozione della salute promossi da ATS, a cui i Comuni intendono fornire il proprio sostegno, anche attraverso finanziamenti propri, sono selezionati sulla base di criteri di dimostrata efficacia, scientifici o epidemiologici. In questo senso ATS sviluppa azioni di informazione e di aggiornamento nei riguardi dell'Assemblea dei Sindaci. I Comuni, anche attraverso l'Ufficio di Piano dell'Ambito, promuovono diffusione dei programmi, azioni e interventi presso i comitati o le associazioni del territorio, nei diversi setting.

6. AZIONI E PROGETTUALITÀ TRASVERSALI

6.1. FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE

Le risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) si inseriscono all'interno delle politiche regionali e costituiscono un intervento decisamente significativo sia a favore delle persone anziane non autosufficienti e disabili gravi, sia, soprattutto, per quelle con disabilità gravissima. La nuova definizione di disabilità gravissima prevista dal Decreto Interministeriale FNA 2016 ha comportato un notevole ampliamento della platea delle persone valutate ammissibili a beneficiare della Misura B1 (disabilità gravissima), a fronte, negli anni, di una notevole diminuzione di risorse assegnate alla Misura B2. Tali nuovi criteri hanno implicato obbligatoriamente la necessità di reimpostare il modello valutativo fondato sulle équipe pluriprofessionali costituite in attuazione della l.r. n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, che consente di avere una buona fotografia delle condizioni di salute della persona fragile e delle risorse di contesto socio-familiare.

6.1.1. GLI OBIETTIVI

Gli strumenti previsti nelle Misure FNA 2014/2015/2016 ,di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia, hanno avuto il compito di garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita. Migliorare la qualità della vita significa innanzitutto progettarela, in tal senso il cittadino, facente parte di un sistema di offerta sociale in integrazione con la rete sanitaria e socio-sanitaria, per la realizzazione del proprio progetto di vita deve accedere ad un Welfare di comunità come soggetto attivo.

Il cittadino, valutato lo strumento più idoneo per la realizzazione del suo progetto di vita, sceglie tra i titoli sociali (Voucher – Buoni) l'Ente dove spendere il Voucher o individua il care giver impegnato nella realizzazione degli obiettivi descritti nel Piano Individualizzato d'Intervento.

6.1.2. GLI ESITI

L'Ufficio di Piano nella triennalità trascorsa ha programmato l'utilizzo delle risorse per l'erogazione dell'FNA sulla base della lettura dell'esercizio degli anni precedenti, degli esiti del monitoraggio, dei bisogni rilevati nel territorio, infine sugli strumenti indicati e previsti nelle Delibere.

Per assicurare una presa in carico globale della persona con problematiche socio sanitarie e per evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione ha avuto carattere multidimensionale. Il P.A.I. è stato sottoscritto da un referente dell'Ambito, da un rappresentante di ASST, dalla persona/famiglia e dal responsabile del caso (case Manager).

L'Ufficio di Piano trasmette ad ATS, secondo quanto previsto dalle indicazioni operative inviate da Regione, il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse FNA mediante le schede pre-compilate in formato excel che sono inviate all'ATS, che a sua volta invia all'Ambito.

I beneficiari (mediamente circa 150 per ogni annualità) nell'arco del triennio hanno visto una contrazione delle risorse della Misura B2 a favore della Misura B1, ciò dovuta al provvedimento del MLPS che ha rivisto la definizione della disabilità gravissima.

Nell'ottica della delibera i beneficiari sono le persone, di qualsiasi età, in possesso di tutti i seguenti requisiti che negli anni hanno subito delle variazioni portando oggi a chiedere oltre la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92 oppure beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980.

Con valore ISEE come definito dal regolamento degli Ambiti territoriali Euro 30.000,00 (per i minori) ed Euro 22.000,00 (socio-sanitario).

Nel caso di progetti di vita indipendente il valore ISEE è ≤ € 20.000.

6.1.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

La valutazione multidimensionale, l'integrazione sociosanitaria e la progettazione individuale sono aspetti consolidati nelle indicazioni regionali. Il consolidamento a queste dimensioni è un aspetto positivo importante per creare innovazione.

La predisposizione del progetto individuale con presa di coscienza e partecipazione al proprio progetto di vita pone il cittadino stesso nell'ottica di essere pro-attivo e partecipe del cambiamento.

La presa in carico globale ed unitaria associata alla corresponsabilità, la tempestività e la personalizzazione del progetto creano azioni di sistema flessibili e sostenibili per il cittadino e concentrazioni di risorse da parte dell'Ufficio di Piano.

6.2. FUORI DALLA VIOLENZA

Nel novembre 2013 è stato formalizzato un "protocollo di intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle

donne” che ha istituito la Rete interistituzionale tra Comune di Bergamo, Questura, Procura della Repubblica, Tribunale Ordinario, ASL, Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII e Humanitas Gavazzeni– Servizi di Pronto Soccorso, Ordine dei Medici, Ufficio Scolastico per la Lombardia, Associazione “*Aiuto Donna - Uscire dalla violenza*” e Istituto delle Suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo. Successivamente, nel 2015, al protocollo ha aderito anche l’Ambito 1 di Bergamo con i comuni di riferimento ed è stato messo in atto un processo di ampliamento della Rete ad altri soggetti del Terzo settore coinvolti in azioni di accompagnamento e sostegno di donne vittime di violenza.

Il Piano di Zona precedente comincia quindi ad evidenziare l’importanza di lavorare in un’ottica di integrazione non solo dei pensieri, ma anche di prassi operative, che connettano il lavoro degli operatori del sociale con gli altri attori istituzionali e del Terzo Settore per sviluppare azioni sinergiche ed integrate.

Nel gennaio 2017 è avvenuta l’approvazione ed aggiornamento da parte dei Presidenti dell’Assemblea dei Sindaci dei Distretti e ai Presidenti delle Assemblee dei Sindaci di Ambito Distrettuale, del Prologo Provinciale ai Piani di zona 2015-2017 in merito a politiche di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne, sottolineando anche in quest’area la necessità di agire sempre più attraverso politiche e azioni di sistema. Nei mesi successivi l’Ambito di Dalmine ha scelto di aderire alla Rete Antiviolenza interistituzionale attiva nell’Ambito territoriale di Bergamo, in quanto sul proprio territorio non sono presenti Centri Antiviolenza e Case Rifugio, quali soggetti imprescindibili per l’attivazione di nuove Reti. L’adesione è stata avvalorata dal fatto che i cittadini del territorio dell’Ambito di Dalmine fanno storicamente riferimento come servizio ospedaliero all’ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

A seguito di ciò è avvenuta la sottoscrizione del nuovo Protocollo della Rete Interistituzionale di Bergamo e Dalmine con la funzione generale di orientare, progettare e sostenere le politiche di welfare dedicate al tema della violenza di genere, favorendo l’integrazione del lavoro dei diversi operatori pubblici e del terzo settore che in contatto con le donne vittime.

La progettualità contro la violenza di genere

L’Associazione Aiuto Donna, in qualità di Centro antiviolenza di riferimento della Rete Interistituzionale, viene contattata annualmente da più di 300 donne vittime di maltrattamento, violenza domestica e stalking. Di queste circa due terzi sono residenti negli Ambiti di Bergamo e Dalmine e poco più di un terzo sono straniere provenienti da una decina di nazionalità diverse con prevalenza di Bolivia e Marocco.

Delle donne prese in carico annualmente sono circa 15/20 nuclei (solitamente madri con bambini) in cui si attiva il sistema protettivo dell’allontanamento da casa attraverso azioni di pronto intervento in collaborazione con i Servizi Sociali, l’Ospedale o le Forze dell’Ordine. La restante parte viene accompagnata attraverso azioni di sostegno individualizzate ed in stretto rapporto con i servizi altri del territorio. Per far ciò l’Associazione mette a disposizione degli Enti coinvolti l’equipe multidisciplinare che segue la donna nel percorso di fuoriuscita dalla violenza (la coordinatrice del centro, l’avvocata civilista e/o penalista, la psicologa).

6.2.1. GLI OBIETTIVI

Ogni donna coinvolta è resa partecipe e protagonista delle azioni di fuoriuscita dalla violenza che le vengono proposte nel tentativo di essere il più rispettosi possibile del suo percorso di vita e delle scelte che nel tempo è in grado e desidera sostenere.

Nei progetti individualizzati si prevede una sua condivisione nella progettazione ed una sua approvazione delle azioni previste.

Le relazioni con la famiglia d'origine, in situazioni di maltrattamento e violenza, sono a volte molto deboli perché trascurate da una esperienze di isolamento sociale e sentimenti di vergogna oppure possono essere molto vincolanti nel mantenimento delle relazioni maltrattanti (specialmente in situazioni legate a donne straniere ma non solo).

Dove è possibile, e se la donna lo desidera, viene coinvolta la sua famiglia d'origine o le sue relazioni sociali più importanti sia perché sono risorse affettive per lei significative (seppur da recuperare), sia perché possono rivelarsi parti importanti della possibile rete di protezione/sostegno che si può costruire attorno alla donna nel suo percorso di fuoriuscita dalla violenza.

Le azioni principali della progettualità sono:

- Accoglienza, sostegno psicologico e legale, orientamento ai servizi ed alle opportunità di sostegno economico e sociale delle donne vittime di violenza in modo integrato fra Centro antiviolenza e gli altri Enti pubblici e privati attivi sul territorio; messa in protezione delle donne più a rischio;
- Azioni di sensibilizzazione del territorio e di specifiche categorie (studenti scuole superiori, insegnanti, volontari, cittadinanza in generale, ecc.);
- Azioni di formazione degli operatori coinvolti (assistenti sociali, educatori, forze dell'ordine, psicologi, ecc.) In prospettiva si pensa di coinvolgere nella formazione anche pediatri e medici di base oltre che operatori legati a progetti di orientamento o avvicinamento al mondo del lavoro o a progetti di housing femminile.

Tutte le azioni sono programmate, approvate e realizzate in stretta connessione con i referenti operative della Rete Interistituzionale.

6.2.2. GLI ESITI

I partner del progetto sono tutti gli enti che formalmente hanno sottoscritto il Protocollo della Rete InterIstituzionale: Comune di Bergamo come capofila e gli altri Comuni dell'Ambito 1, i comuni dell'Ambito di Dalmine, la Questura, la Procura della Repubblica, l'ATS, l'ASST Papa Giovanni XXIII e Humanitas Gavazzeni – con i Servizio di Pronto Soccorso ed i Consultori territoriali, l'Ordine dei Medici, l'Ufficio Scolastico per la Lombardia, la Caritas Diocesana, la Fondazione Angelo Custode per i suoi consultori accreditati, l'Associazione "*Aiuto Donna - Uscire dalla violenza*" in qualità di Centro antiviolenza di riferimento, l'Istituto delle Suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo, l'associazione Agathà e la Cooperativa Sirio.

Tutti i soggetti della Rete oltre a partecipare al lavoro di orientamento e programmazione delle azioni di progetto, attivano azioni proprie come interventi di formazione e sensibilizzazione contro

la violenza di genere (es. Percorso ATS sugli Uomini maltrattanti, convegno ASST per infermieri e medici del pronto soccorso, azioni di sensibilizzazione della questura in occasione dell'8 marzo, ecc) e partecipano alla programmazione e realizzazione di azioni condivise inserendo risorse proprie.

La Questura ha partecipato alla giornata di sensibilizzazione rivolta agli oltre 300 studenti degli Istituti Superiori in occasione del 25 novembre 2016.

La procura, con i propri magistrati come docenti, è stata presente alle giornate formative dedicate alle forze dell'ordine nell'anno 2017 e nei primi mesi del 2018.

Le beneficiarie del progetto sono principalmente le **oltre 200 donne** residenti nei due Ambiti interessati in carico al Centro antiviolenza sebbene in modo differenziato: la maggior parte solo per la fase di accoglienza o consulenza specialistica (legale o psicologica); circa **20 donne** all'anno (quasi esclusivamente madri con figli minori) usufruiscono di progetti specifici di protezione e allontanamento da casa per contrastare un rischio alto di recidiva della violenza.

E' inoltre previsto il coinvolgimento di altre 20 donne per le azioni progettuali di sostegno all'autonomia residenziale e lavorativa ad integrazione del progetto principale.

6.2.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Sono 5 le prospettive individuate per la progettualità:

1. Potenziamento e differenziazione dei progetti di protezione

In relazione all'esperienza dell'ultimo triennio si prevedono in particolare tre indirizzi di lavoro nell'area protezione e residenzialità:

- a) Diminuzione, dove possibile, della permanenza nel Pronto Intervento per sostenere una maggiore autonomia delle donne e dei loro figli;
- b) Potenziamento delle residenzialità di primo e secondo livello con una maggiore integrazione con azioni di sostegno economico attraverso la valutazione e l'utilizzo di tutte le misure compatibili con la situazione socioeconomica della donna con interventi che le permettano di conciliare il suo bisogno di autonomia abitativa e lavorativa con la cura dei figli minori presenti;
- c) Mantenimento della possibilità proposta attraverso gli ultimi fondi regionali di uno "Spazio ibrido" (fino ad un massimo di 30 giorni) con finalità legate all'immediata protezione, ma anche alla creazione di un tempo sufficiente adeguato per una valutazione della propria situazione socio-relazionale e delle proprie risorse personali (non sempre così visibili nella fase di emergenza) per la presa di decisione rispetto ad azioni penali o di allontanamento definitivo maggiormente consapevoli

2. Consolidamento della Rete e della sua visibilità e potenziamento azioni preventive

Programmazione e realizzazione di almeno un evento pubblico all'anno costruito come Rete Interistituzionale e con il coinvolgimento di diversi soggetti, rivolto alla popolazione generale o a fasce più specifiche come gli studenti delle scuole di diverso ordine e grado. Le azioni preventive inoltre possono essere proposte attraverso l'integrazione delle diverse programmazioni (scuole,

progetti giovani, ecc.) e l'individuazione di diverse risorse economiche (bandi regionali o a livello provinciale che coinvolgano Istituzioni e Soggetti del Terzo Settore).

La rete inoltre su richiesta dell'assemblea dei sindaci deve tener conto della possibilità di un confronto con la Rete della Valle Brembana e Valle Imagna che seppur autonoma è appartenente allo stesso distretto sanitario dell'ASST di Bergamo.

3. Proseguo delle azioni formative e di aggiornamento

Programmazione di nuove azioni formative verso i diversi operatori coinvolti (es. medici di base e pediatri; psicologi, operatori legati all'orientamento e sostegno lavorativo, ecc.). Oltre all'aggiornamento, e un conseguente consolidamento delle competenze, degli operatori coinvolti sulle tematiche specifiche relative al tema della violenza di genere e alla destrutturazione degli stereotipi sottostanti, la formazione permette la creazione di un linguaggio comune e una progettazione più coerente dei diversi interventi possibili, oltre che l'aumento delle capacità di individuare più facilmente la presenza e le conseguenze del fenomeno in situazioni complesse (in particolare con la presenza di minori).

La necessità di un linguaggio comune è rappresentata anche dal fatto che all'interno delle cartelle sociali informatizzate non è presente la parola maltrattamento o violenza domestica ma solo conflitto familiare, cosa che rende necessaria anche una revisione degli strumenti di raccolta dei dati anamnestici e di rilettura delle situazioni.

4. Potenziamento delle azioni di sostegno alla fuoriuscita della violenza al di là della protezione

Come presentato in precedenza, le donne che contattano l'associazione annualmente residenti negli Ambiti di Bergamo e Dalmine sono circa 200. Quelle per cui si attiva la protezione non superano il 10%.

Questo dato significa che buona parte del lavoro per la fuoriuscita dalla violenza avviene o dovrebbe avvenire durante la normale vita quotidiana delle donne. Spesso infatti la richiesta delle donne è di sostenerle nella gestione della relazione che stanno vivendo, altre volte aiutarle a separarsi ed a costruirsi una vita autonoma cercando di non allontanare se stesse ed i propri figli dal proprio territorio di appartenenza.

Per rendere possibile tutto questo è necessario costruire con la donna un progetto individualizzato che tenga conto di diverse azione integrate fra loro e con obiettivi diversificati: sostegno psicologico, legale, ma anche autonomia abitativa e lavorativa. La presenza di bandi regionali per questi ultimi due obiettivi può facilitare la costruzioni di buone prassi ed intensificare le relazioni con i soggetti che specificatamente si occupano di casa e lavoro (sindacati, enti accreditati per la formazione ed il lavoro, organizzazioni di terzo settore che si occupano di housing femminile o di individuazione di abitazioni ad accesso agevolato per categorie fragili) . Inoltre è importante intensificare il lavoro di integrazione con gli operatori che si occupano di altre misure per categorie fragili o in difficoltà momentanea come ad es. il SIA /REI, il Bonus energia, ecc. o interventi provenienti da progetti costruiti con partner privati. Altrettanto importante è la conoscenza e l'utilizzo di misure a favore della conciliazione famiglia/lavoro (bonus famiglia, voucher conciliazione, nidi gratis, ecc.) che

possono incentivare la ricerca di autonomia compatibilmente con la cura delle relazioni con i figli, specialmente se molto piccoli.

5. Realizzazione di un nuovo sportello di ascolto

Con l'ampliamento del territorio della Rete si ritiene necessario promuovere l'apertura di un nuovo sportello di ascolto del Centro Antiviolenza decentrato nel territorio dell'Ambito di Dalmine, attraverso azioni di sensibilizzazione alla popolazione in generale ed il coinvolgimento delle associazioni interessate con particolare attenzione a quelle femminili. Per lo sportello sono previste ore dedicate sia per la fase di accoglienza che per il supporto legale e psicologico, oltre che la formazione e l'accompagnamento delle nuove operatrici.

6.3. LA POSTA IN GIOCO

L'evoluzione della diffusione del gioco d'azzardo lecito, in Italia, si è tradotta nella proliferazione dell'offerta di giochi, nella sua accessibilità, nella penetrazione nella quotidianità dei cittadini e nell'accrescimento dei consumi. Essa è correlata alla congiuntura socio-economica "favorevole", che ha indotto i cittadini delle classi sociali meno abbienti a cercare nella sorte una soluzione alla crisi economica e un'occasione di riscatto sociale; alla politica di progressiva liberalizzazione del gioco d'azzardo per impinguare le casse dell'erario; all'alleanza tra Stato e potenti multinazionali concessionarie delle licenze che, intensificando gli investimenti in pubblicità e marketing aggressivi e ingannevoli, hanno camuffato il gioco d'azzardo lecito in un prodotto redditizio che produce sviluppo. E' evidente che si tratti di un'attività che non produce ricchezza diffusa né sviluppo sociale, bensì malessere, solitudine e povertà materiale, sociale e spirituale. Da un lato, lo Stato gestisce e sostiene l'espansione dei giochi d'azzardo e, dall'altro, in quanto responsabile della promozione e della tutela della salute dei cittadini risponde dei costi sanitari e sociali che tale dipendenza comporta per la collettività (stimati in almeno 6 miliardi di euro all'anno). Parimenti, le amministrazioni regionali e locali preoccupate per il peggioramento della qualità della vita dei propri cittadini e per le conseguenze relative all'ordine pubblico tentano di contenere la diffusione dell'offerta e delle occasioni di gioco con significativi provvedimenti atti a limitare e regolamentare il gioco d'azzardo - nonché a prevenire e contrastare i fenomeni di dipendenza da gioco - mentre lo Stato le istituzionalizza e le incentiva nonostante i gravi danni accertati alle persone, al sistema familiare, all'economia reale e alla società. Le leggi regionali e i regolamenti comunali stanno avendo esito positivo nel contrasto all'azzardo, con ripercussioni in termini monetari sulla riduzione delle entrate nelle casse pubbliche e private (vedi il calo nella città di Bergamo a seguito del regolamento comunale e dell'ordinanza sindacale). I numeri indicano un fenomeno radicato e grave: in Italia, secondo i dati dei Monopoli di Stato, nel 2015 il volume di gioco legale ha superato gli 88 miliardi di euro (di cui l'erario ne incassa 8,7 miliardi ma poi deve affrontare circa 6 miliardi di costi sociali e sanitari, incluso la perdita di lavoro, i debiti, spese per campagne di prevenzione, criminalità, ricoveri,.....) con una spesa pro capite di €17.102; nel 2016 il fatturato del settore ammontava a 97 miliardi; nel 2017, registriamo il consumo degli italiani si è attestato a 102 miliardi di euro. La metà di questo denaro è transitato da macchinette. La Lombardia è la prima regione per spesa assoluta di gioco d'azzardo lecito: nel 2015, 14 miliardi di euro, esclusi i giochi a distanza, con una diffusione record delle "slot machine (NewSlot attive ed in esercizio sono 69.782); nel 2016, la raccolta totale

di gioco è di 17,5 miliardi di euro; nel 2017, 18 miliardi. In provincia di Bergamo, nel 2016, la raccolta di gioco è di 1,9 miliardi, di cui 1,6 miliardi di gioco fisico e 344 milioni per gioco telematico; nel 2017, il dato è pressoché invariato. La situazione risulta ancora più grave in riferimento al solo Comune di Bergamo presumibilmente per la maggiore concentrazione delle funzioni urbane primarie (scuole superiori, università, centri di cura, attività economiche e servizi): nel 2015, il consumo pro capite raggiunge il valore di 2.536 euro, neonati inclusi, pari al 54% in più della media provinciale. Nel 2016, si sono spesi 317 milioni di euro e nel 2017, 306 milioni (una contrazione del -3,7% per effetto dell'ordinanza del 2016 che ha disposto lo stop a diversi giochi in tre fasce orarie della giornata (dalle 7,30 alle 9,30, dalle 12 alle 14 e dalle 19 alle 21), oltre al divieto di pubblicità delle sale slot e delle vincite e a campagne di sensibilizzazione della cittadinanza. Si tratta di un quadro allarmante, che interessa fasce di popolazione sempre più ampie e vulnerabili.

6.3.1. GLI OBIETTIVI

Gli obiettivi progettuali sono i seguenti:

- **Informazione/comunicazione:** Attività informative e di sensibilizzazione rivolte a target specifici della popolazione (Terza età e giovani) e alla cittadinanza tutta; proposte ed iniziative di comunicazione sociale sui fattori di rischio e sulle problematiche legate all'azzardo e informazioni sui servizi territoriali; ripresa della campagna di sensibilizzazione "Azzardo Bastardo"; distribuzione materiale e orientamento con l'aiuto delle reti sociali e dei volontari. Aggiornamento ed integrazione del sito Azzardobastardo.net; organizzazione eventi pubblici culturali ed informativi, anche di tipo ricreativo e di socializzazione, per favorire il dibattito allargato e promuovere la conoscenza critica del fenomeno nella sua complessità;
- **Formazione** dedicata agli operatori informali del territorio: i volontari parrocchiali e i Parroci, i referenti dei Centri ricreativi Terza età e dei centri di aggregazione giovanili. Obiettivo: favorire la conoscenza del fenomeno, nei suoi aspetti sociali, economici, culturali e legislativi e dei servizi territoriali a supporto e tutela delle famiglie dei giocatori d'azzardo problematici;
- **Mappatura** con completamento della raccolta dati di Ambito riferiti al precedente progetto; mappatura georeferenziata a livello di ambito; aggiornamento periodico del censimento dei locali con apparecchiature con vincita in denaro e degli apparecchi AWP e VLT e il monitoraggio delle distanze dai luoghi sensibili; restituzione dei dati emersi al territorio; verifica costante dei locali con apparecchiature da gioco nel rispetto delle normative vigenti;
- **Azioni No Slot:** Promozione del marchio "NO Slot" sia durante le attività istituzionali in tema di contrasto del gioco d'azzardo lecito sia tra pubblici esercizi, circoli privati e altri luoghi deputati all'intrattenimento che scelgano di non installare apparecchiature per il gioco d'azzardo lecito (art. 4, comma 2, della l.r. n. 8 del 2013); costruzione di un reticolo interistituzionale, multidisciplinare ed interconnesso, radicato a livello locale e coordinato

a livello provinciale per sviluppare strategie e azioni politiche comuni (previsto dall'accordo Stato Regioni).

6.3.2. GLI ESITI

Grazie alle attività svolte, si sono raggiunti i seguenti risultati:

Mappatura degli esercizi con apparecchiature SLOT7VLT: 7 a Gorle, 3 a Orio al Serio, 17 a Ponteranica, 11 a Sorisole e 10 a Torre Boldone. Dalla tabella della Polizia locale di Bergamo, risultano 205 locali con Slot o VLT per un totale di 636 apparecchi art.11° Tulps (new slot) e 235 Vlt con una media di 4,24 apparecchi ad esercizio. La popolazione della città di Bergamo è di 119.554 unità (dato 2016), quindi si tratta di **1 apparecchio ogni 137 abitanti**.

Percorsi formativi: hanno partecipato **8 operatori volontari, parrocchiali, sindacali**; sono stati attivati **9 laboratori per ragazzi** (15-20 partecipanti a laboratorio); **5 laboratori per anziani** nei centri terza età (circa 30 partecipanti a laboratorio); circa **20 agenti della Polizia Locale**.

La **campagna di informazione e sensibilizzazione ha coinvolto circa 100 mila cittadini**.

Lo spettacolo teatrale: **300 persone**.

6.3.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

1. Condurre azioni strategiche in continuità con della precedente la progettualità 2017-2018 : proseguire con indagini e studi di settore (con l'Osservatorio delle dipendenze di Ats-Bergamo e Università di Bergamo) , campagne di sensibilizzazione (promozione periodica della Campagna azzardo bastardo) e proposte formative, di approfondire la conoscenza del fenomeno (es. donne) e di tutelare i giocatori e le loro famiglie attraverso la diffusione di consapevolezza dei rischi e delle conseguenze negative associate al gioco, dell'individuazione della rete dell'offerta e della pubblicizzazione del sistema dei servizi di assistenza e di cura; ampliare il campo d'azione ai diversi settori della vita delle persone: famiglia, infanzia, adolescenza e giovinezza, anziani, educazione adulti. Si tratta di favorire il dibattito allargato, di prevedere incontri formativi aperti alla cittadinanza (presentazione libri sul tema e restituzione dati raccolti) e di promuovere occasioni di incontro ispirate a principi di pace, amicizia e solidarietà ed azioni rivolte alla creazione di reti di supporto comunitarie. È importante proseguire la attività laboratoriali con giovani e anziani, negli spazi giovanili, negli oratori e nei centri terza età.

2. Sviluppare sinergie e costruire reti territoriali, sperimentare e consolidare azioni territoriali significative al fine di tutelare la salute e il benessere sociale, con attenzione specifica alle fasce deboli, e di ridurre l'impatto e le ricadute sulla collettività, in termini di costi, sicurezza e legalità - ampliando la rete, intercettando nuovi soggetti, integrando i vari servizi comunali e progettualità esistenti finalizzate alla salute e al benessere dei cittadini, come ad esempio la "Rete delle Città Sane" promossa da Ats-Bergamo e il "Servizio Reti Sociali" del Comune di Bergamo, oltre al mondo dell'associazionismo. Coinvolgere tutti gli attori sociali impegnati nei territori e nelle comunità. Interventi nelle scuole, in collaborazione con Ats – Bergamo, ad esempio Progetto Giovani spiriti

oppure in collaborazione con formatori esperti in materia. Si rende necessario uno sforzo culturale ed operativo, da parte di tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti, per poter interagire in una dimensione plurale ed integrata di rete attraverso un'azione unitaria e coordinata che orienti la politica verso un welfare generativo teso a ridurre le diseguaglianze sociali e le discriminazioni e a migliorare la salute per tutti e a rafforzare la cultura della legalità e della responsabilità etica, avendo cura della tutela dei legami sociali e con un'attenzione privilegiata verso le situazioni di fragilità. Gli interventi professionali devono tradursi in un lavoro di équipe multiprofessionale ed interistituzionale, in dialogo e in stretta collaborazione, finalizzato a migliorare la qualità della vita dei singoli e della comunità.

3. In collaborazione con il tavolo provinciale del GAP, **ampliare il ventaglio degli istituti di credito interessati a condividere buoni prassi** con l'obiettivo di controllare e contenere i comportamenti di spesa dei risparmiatori con disturbo da gioco d'azzardo, evitare le insolvenze e l'indebitamento e prevenire casi di usura. Aggiornamento mappatura annuale fatto dalla polizia locale dal commercio.

4. Realizzare l'aggiornamento annuale della mappatura, da parte della polizia locale e degli uffici del commercio, sia degli esercizi con apparecchiature New slot e Vlt sia dei luoghi sensibili. Portare avanti strategie politiche di contrasto al gioco d'azzardo lecito a livello di ambito. Promuovere il marchio regionale No slot. Promuovere eventi no slot e slotmob in collaborazione con la cittadinanza.

6.4. VOUCHER REDDITO DI AUTONOMIA

Le misure relative al Voucher Reddito Autonomia vogliono essere parte di una nuova politica sociale per favorire l'autonomia delle persone e garantire opportunità reali di inclusione sociale.

Rappresenta un paradigma di politiche integrate che vedono al centro le persone e le loro famiglie, riconoscendo ai soggetti in difficoltà opportunità di accesso alle offerte sociali presenti sul territorio.

Sono interventi che si esplicano sulla realizzazione di un progetto personalizzato, condiviso con i caregivers ed il Case Manager e che si pongono obiettivi di potenziare le capacità funzionali e relazionali con la finalità di reinserire il Beneficiario in reti sociali con modalità tali da garantirne la permanenza, anche allo scadere dell'annualità di progetto.

Gli interventi devono pertanto esplicitarsi in maniera flessibile e modulabile, prevedendo azioni quali, ad esempio:

- La partecipazione attiva della famiglia (compliance);
- L'attivazione, grazie alla presenza educativa, di reti sociali e amicali in cui è inserito il Beneficiario
- L'inserimento in strutture socio assistenziali sia di natura formale (es. CSE, CDI, etc) che più informali (es. centri ricreativi);
- La strutturazione di progetti flessibili e dinamici che vanno oltre le tradizionali offerte assistenziali, spesso già strutturate in "pacchetti";
- La possibilità di avvalersi di figure specializzate che possano prevedere un intervento sostenitivo/riabilitativo nel proprio contesto quotidiano;

- Che sostengano politiche di prevenzione grazie al sostegno dell'invecchiamento attivo ed al reintegro nella socialità delle persone con disabilità;
- Che favoriscano azioni ecologiche e non sanitarizzate.

6.4.1. GLI OBIETTIVI

Assicurare l'autonomia personale e relazionale delle persone anziane fragili al proprio domicilio;
Sostenere percorsi di autonomia finalizzati all'inclusione sociale ed all'autonomia personale delle persone con disabilità.

L'équipe multidimensionale dell'Ambito effettua la valutazione dei bisogni dei destinatari che hanno presentato richiesta per accedere ai percorsi multidimensionali e che risultano ammissibili in base ai criteri definiti dagli Avvisi. L'Ente capofila dell'Ambito, in seguito all'individuazione dei destinatari che potranno beneficiare degli interventi, invia a Regione Lombardia la graduatoria. Una volta validata la graduatoria da parte di Regione Lombardia, viene assegnato il voucher nominativo, predisposto il Progetto Individuale (PI) insieme ai destinatari che accedono al percorso ed alle loro famiglie.

Ogni Beneficiario, insieme con i suoi caregivers, individuano il "responsabile del caso" (case manager). Possono scegliere l'UdO sociale presso la quale utilizzare il voucher per l'accesso ai servizi sociali. Ogni intervento non può prescindere dalla partecipazione attiva dei caregivers di riferimento, con i quali è essenziale stabilire una buona compliance per il raggiungimento degli obiettivi nei tempi di progetto.

Scopo del Voucher è di rimettere in rete il Beneficiario: per questo motivo è possibile ipotizzare interventi che coinvolgano la rete sociale in cui è inserito l'Utente, nella sua più ampia accezione: Associazioni, centri ricreativi, reti sociali informali e contesti assistenziali formali.

Inoltre, l'intervento ha lo scopo di allargare la rete sociale ed amicale del Beneficiario e del suo nucleo familiare di appartenenza in modo tale che, esaurita l'annualità di progetto, possa mantenere gli interventi in atto grazie alla compartecipazione della rete socio relazionale stessa che si è creata durante il progetto.

6.4.2. GLI ESITI

Il numero di partecipanti può variare a seconda del finanziamento riconosciuto all'Ambito da Regione Lombardia. In linea di massima, per ogni annualità, possono essere coinvolti circa **20 utenti con disabilità dai 16 ai 65 e 20 anziani fragili o loro caregivers dai 65 anni.**

In riferimento alla delibera attuale, il contributo economico non va all'utente ma *viene destinato per la realizzazione del Progetto*, per la prima mensilità all'Ambito e per gli undici mesi successivi all'UdO scelta per un contributo forfettario di 4.800€ annuali.

6.4.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Si individuano le seguenti tre prospettive:

1. Persone con disabilità:

Ammortizzare il vuoto dei servizi fra il passaggio dalla fine della scuola e la gestione dell'età adulta;
Collaborare con i diversi servizi di inserimenti lavorativi, in modo tale da ridurre la presa in carica dei soggetti e la conseguente chiusura ai servizi;

Sostenere percorsi di separazione/individuazione del soggetto disabile in un'ottica di sviluppo di un reale Dopo di Noi;

Favorire percorsi valutativi e riabilitativi adeguati per un'effettiva conoscenza delle abilità dei Beneficiari e, di conseguenza, l'individuazione di percorsi funzionali alle reali abilità;

Coinvolgere le famiglie e le reti amicali del Beneficiario per poter creare una reale compliance funzionale alla migliore gestione della persona di stabile sia per la qualità di Vita dei soggetti coinvolti che in un'ottica di sostenibilità.

2. Anziani:

Sostenere un processo di invecchiamento attivo attraverso

Mantenimento e promozione del livello culturale e sociale

Potenziamento delle reti sociali

Migliorare la qualità di vita delle persone anziane e dei loro caregivers

Inserendo modalità assistenziali e riabilitative in contesti ecologici

Favorendo l'implementazione di servizi utili alla permanenza al proprio domicilio

3: Sostenere ed accompagnare gli attori che lavorano nel sociale sia a livello formale (case manager, A.S, Enti Erogatori) sia informale (Associazioni), nella comprensione e nel cambiamento dell'ottica di gestione delle fragilità non più intesa nella sola modalità assistenziale ma in un'accezione più flessibile ed evolutiva della risposta ai bisogni che la fragilità stessa pone ed alla sostenibilità economica di tali servizi.

6.5. SEGRETARIATO SOCIALE E BONUS FAMIGLIA

In questi anni si è assistito ad una generale crisi del sistema di welfare, causata da diversi fattori: una struttura socio-demografica sbilanciata sulle generazioni anziane, un cambiamento nei modelli e nelle forme di famiglia, la crisi del mercato del lavoro, l'aumento della precarietà abitativa e il forte impatto della condizione migratoria. Questi aspetti hanno determinato una situazione generalizzata di vulnerabilità, con conseguente crescita esponenziale della domanda sociale di tutela. In particolare, anche nella provincia di Bergamo, oltre all'emarginazione grave, sempre peraltro in continua espansione ed evoluzione, si è evidenziato il fenomeno della vulnerabilità adulta, che interpella i servizi territoriali sulle possibili risposte da offrire a questa "nuova" fascia di popolazione costituita da persone limitate nella loro autonomia, dignità, integrità fisica o psichica. Significativo è anche il fenomeno della povertà, che vede un costante aumento delle persone esposte a tale rischio: nel 2016 la povertà assoluta ha coinvolto il 6,3% delle famiglie e la povertà relativa il 10,6% (Dati ISTAT). La povertà con cui oggi si interfacciano i servizi presenta nuove forme, come l'esclusione dalla vita pubblica, il disagio mentale, immigrati non integrati, nuove forme di dipendenza come quelle dal gioco d'azzardo, ecc.. Queste nuove forme di povertà hanno in comune

la caratteristica di essere, prima di tutto, povertà relazionali, che non possono essere comprese se non si possiede un'adeguata visione relazionale della vita sociale.

Per quanto riguarda la domanda di aiuto che caratterizza il nostro territorio, si osservano prevalentemente due aspetti: da un lato la pressione delle persone che devono affrontare per la prima volta problemi o farsi carico di nuove esigenze (la malattia, la condizione anziana, la ricerca di un lavoro, di una casa, di un servizio adeguato alle proprie necessità, ecc.), dall'altro la presenza di tipologie di persone fragili, con difficoltà nell'utilizzo delle risorse presenti nel territorio, di famiglie senza reti e senza legami. Si tratta di una domanda molto precisa, che necessita di una risposta adeguata e che può essere tradotta nelle seguenti azioni:

- indirizzo nell'uso delle informazioni;
- sostegno, orientamento e consulenza attraverso il servizio di segretariato sociale professionale;
- presa in carico personalizzata socio-educativa.

In questo scenario si inserisce la recente misura REI a contrasto della povertà, che attraversa i servizi sociali nelle loro diverse articolazioni e che, proprio perché di iniziale attuazione, richiede approfondimento professionale competente ed una nuova organizzazione dei servizi.

6.5.1. GLI OBIETTIVI

La L.328/00 indica il Segretariato Sociale Professionale tra i livelli essenziali di assistenza con l'obiettivo di rispondere all'esigenza primaria dei cittadini di avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità d'accesso ai servizi e di conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui vivono. E' quindi un livello informativo e di orientamento indispensabile per evitare che le persone esauriscono le loro energie nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni.

Il segretariato sociale professionale in questi ultimi anni è diventato un punto di riferimento per le famiglie con fragilità, soprattutto al momento dell'insorgenza di una emergenza. La frammentazione e moltiplicazione dei servizi e dei benefici socio-sanitari richiede infatti un luogo di ricostruzione delle risposte intorno alla famiglia in difficoltà.

Il segretariato sociale professionale rientra tra le misure e le strategie messe in atto dagli Enti Locali mirate a garantire l'equità e favorire lo sviluppo di rapporti di trasparenza e fiducia tra persone, famiglie, comunità ed istituzioni.

Rappresenta uno strumento indispensabile per sviluppare il sistema integrato di interventi sostenuto dalla L.R.3/2008 , sistema che ha l'obiettivo di essere funzionale ai bisogni della cittadinanza, in quanto strutturato in stretto collegamento con i servizi sociali professionali che sono presenti su tutti i comuni del territorio e ai quali spetta la presa in carico dell'utente.

Resta indispensabile il collegamento del servizio di segretariato sociale con gli altri soggetti che possano interagire al fine di fornire risposte competenti: i soggetti che operano sul territorio sia a livello volontario sia a livello istituzionale (Centri di primo ascolto della Caritas, consultori familiari, associazioni dei familiari, soggetti del Terzo settore e del volontariato, servizi socio-sanitari o specialistici, ecc.).

Su impulso della legislazione nazionale e regionale, il Comune di Bergamo ha da tempo avviato delle azioni di riorganizzazione del servizio di segretariato sociale professionale al fine di facilitare la relazione tra i cittadini e i servizi sociali, utilizzando lo strumento della co-progettazione.

Tale lavoro di riorganizzazione ha interessato due direzioni:

- la centralizzazione del servizio di segretariato sociale professionale, attraverso la costituzione nel 2009 della Porta Unica di Accesso ai Servizi Sociali (PASS). Il superamento dell'attività orientativa legata alle sette sedi circoscrizionali attraverso la predisposizione di una sede unica e l'ampliamento dell'apertura al pubblico a cinque giorni settimanali, ha qualificato la modalità di accoglienza del cittadino e l'analisi della domanda;

- la riorganizzazione del servizio sociale di base in macro aree di competenza (minori, adulti, disabili, anziani), che ha consentito di integrare l'aspetto della territorialità e vicinanza al cittadino con un'adeguata articolazione e qualificazione delle risposte.

L'Ambito, nei mesi scorsi ha avviato per i cittadini del proprio territorio, lo Sportello Bonus Famiglia con la figura di una assistente sociale per il ruolo di segretariato sociale specifico per la famiglia e la natalità, a supporto delle richieste di Bonus Famiglia e collocato presso il Centro Famiglia del Comune di Bergamo.

Per quanto attiene in specifico al segretariato sociale professionale, gli altri comuni dell'Ambito si sono dotati da anni di figure professionali per l'espletamento della funzione, insieme alla presa in carico delle famiglie in difficoltà.

6.5.2. GLI ESITI

Nel 2017 nel solo Comune di Bergamo sono stati effettuati 945 colloqui di segretariato sociale professionale, principalmente legati a disagio economico (47,5%), morosità e sfratto (31,6%), non autosufficienza (14,6%).

6.5.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

1. Costituzione di un gruppo di lavoro tra gli assistenti sociali comunali che si occupano di segretariato sociale professionale nei comuni, gli assistenti sociali incaricati della valutazione del REI e lo Sportello Bonus Famiglia.

Si rende oggi necessario organizzare e gestire un gruppo di lavoro di questi professionisti che, attraverso il confronto e la costruzione di metodologie professionali condivise, possano fronteggiare la richiesta sempre più articolata e complessa del cittadino, con l'obiettivo di mettere a punto strumenti di lavoro condivisi, misurabili ed utilizzabili sia da chi si occupa di segretariato, sia da chi si occupa della presa in carico.

Il confronto e/o la costruzione di buone prassi operative nella gestione della funzione di segretariato costituisce autoformazione ed accreditamento del servizio.

2. Definizione di accordi con altri servizi socio-sanitari per l'accesso (ospedali, consultori pubblici e privati, psichiatria, servizi per le dipendenze, Centro aiuto alla vita, Centro antiviolenza, ecc.)

Per un miglioramento del servizio, risulta indispensabile la costruzione di relazioni stabili, anche attraverso protocolli operativi, con la rete dei servizi inviati e con i principali soggetti organizzati presenti ed attivi sul territorio.

3. Definizione di accordi con altri sportelli di accesso diretto presenti nel territorio (altri uffici/sportelli comunali, patronati/sindacati, centri di primo ascolto parrocchiali/Caritas, ecc.)

In analogia con il punto precedente, anche con gli sportelli di accoglienza che forniscono informazioni o fungono da orientamento (ad es. U.R.P.), vanno costruite relazioni stabili per fornire il miglior servizio di informazione e orientamento al cittadino

4. Integrazione con l'impianto del REI.

La nuova misura di contrasto alla povertà attraverso il lavoro del servizio sociale professionale nelle sue diverse funzioni (segretariato sociale professionale e presa in carico) e pertanto richiede una stretta integrazione tra operatori individuati sul REI ed operatori comunali per la costruzione di percorsi individualizzati utili alla fuoriuscita dalla condizione di povertà dei cittadini più deboli.

L'impianto del REI, infatti, interroga i servizi sociali e li coinvolge in un percorso che non può essere che in crescita.

6.6. SERVIZIO DI INSERIMENTO LAVORATIVO

L'anno 2017, come confermato anche dal Rapporto sul Mercato del Lavoro ha portato "un quadro di miglioramento tendenziale del mercato del lavoro locale: aumentano sensibilmente gli occupati residenti in provincia, si riduce l'area della disoccupazione, anche quella giovanile, la partecipazione al mercato del lavoro risale senza però colmare un persistente divario di genere. I flussi dei contratti di avviamenti e cessazioni di rapporti di lavoro sono in marcato aumento rispetto agli anni precedenti e segnalano un incremento della mobilità nel mercato del lavoro e un allargamento del saldo netto tra ingressi e uscite, tuttavia la qualità e la stabilità del lavoro che si rigenera dopo un lunghissimo periodo di crisi economica e sociale deve essere verificata nella capacità di tenuta dell'occupazione nel corso di quest'anno e nella corrispondenza tra le competenze che si mettono in gioco in un mercato del lavoro più dinamico e frastagliato e le nuove professionalità sollecitate dall'evoluzione tecnologica" (Provincia di Bergamo-aprile 2018).

Anche l'Istat conferma la ripresa, registrando per Bergamo una riduzione del tasso di disoccupazione dal 5,3% del 2016 al 4,2% del 2017, secondo in Italia solo a Bolzano, di contro ad una media italiana dell'11,2% e a una media lombarda del 6,4%. In questo momento di tratta di un'occupazione ancora da verificare se non solo volatile, rappresentata per più del 50% anche per la produttiva Bergamo dal settore dei servizi - a cui fanno seguito l'industria, le costruzioni, l'agricoltura - e stranamente per un'occupazione su profili di bassa qualità quali addetti vendita e autotrasportatori, seppur associata ad un incremento del livello di studio dei neoassunti (più del 25% con diploma), oltre che riguardare per più del 40% giovani under 29 anni.

Da tali tendenze risente anche la situazione relativa al "mercato del lavoro delle categorie protette", che registra complessivamente un aumento rispetto all'anno scorso delle opportunità di inserimento, associato però ad uno spostamento verso l'alto dei profili professionali richiesti quanto

a requisiti in ingresso (in particolare titolo di studio post terziario) e performance attese sia sul fronte della complessità della mansione che sul fronte della produttività. Ad esempio, per una postazione impiegatizia è necessario sapere usare tutti gli strumenti di Microsoft Office (Word, Excel, Power Point e la posta elettronica), essere in grado di relazionarsi al telefono in modo adeguato, possedere un buono standing, oltre che saper svolgere piccole mansioni amministrative. Di fronte a ciò i profili adatti delle persone prese in carico dal servizio si riducono notevolmente ...

Il bisogno lavoro è molto attenzionato oggi da più parti, compreso sul fronte dello svantaggio "generico" in quanto quello più facilmente associato almeno ad una condizione di povertà definita come "rischio povertà" (vd Piano Povertà 2018/2020 e Guida nazionale REI).

Il servizio istituzionalmente dedicato alla promozione, accompagnamento e inserimento degli invalidi nel mercato del lavoro è il SIIIL (Servizio Integrato di Inserimento Lavorativo), dal 2012 un servizio di sovrambito per gli Ambiti di Bergamo-Dalmine e servizio di secondo livello, ossia che agisce in base alla segnalazione dei servizi territoriali sulla base del possesso di alcuni requisiti minimi. Attualmente fanno parte della rete i servizi sociali comunali e i servizi specialistici come il CPS, il Sert. Altro servizio dedicato all'inserimento lavorativo dei disabili è l'Ufficio Collocamento Mirato della Provincia di Bergamo attraverso lo strumento del Piano Provinciale Disabili, che però da ormai più di un decennio ha scelto di gestire mantenendo le "sole" funzioni di pianificazione economica, governance e monitoraggio per lasciare ai diversi enti accreditati in rete sui tavoli territoriali l'effettiva operatività. Inoltre oggi potrebbe capitare che qualche categoria protetta arrivi anche sul tavolo lavoro SIA/REI, che cerca innanzitutto di far attivare una progettualità da parte dei due servizi specialistici dedicati alla 68 (Piano Provinciale Disabili e/o SIIIL).

Le tipologie di destinatari a cui il servizio SIIIL è rivolto sono ampie, ed in generale comprendono tutti quei cittadini, la cui situazione personale crea difficoltà nel reperimento autonomo di un lavoro: più in dettaglio, tali categorie sono:

- a) persone disabili con invalidità superiore al 45% e quindi iscrivibili nell'elenco provinciale del collocamento mirato ai sensi della L. 68/99;
- b) persone con disabilità psichica e psichiatrica, in carico ai competenti servizi pubblici che ne certifichino la condizione;
- c) persone in situazione di svantaggio individuale e/o sociale, prive di certificazione di invalidità o con invalidità inferiore al 45%, purché in carico ai Servizi sociali del territorio.

Lo staff è composto da 5 figure professionali: coordinatore (1), operatori specializzati per i servizi di orientamento e tutoraggio area disabili (2), mediatore aziendale (1), psicologo (1). Gli utenti sono segnalati al SIIIL dal servizio sociale o dai servizi specialistici e sono presentati mediante una scheda di segnalazione, oggetto di discussione e approfondimento dell'equipe SIIIL e del servizio inviante. Seguono dei colloqui con l'utente e la costruzione del successivo percorso che può vedere diverse possibilità: percorsi di sola formazione, percorsi di tirocinio con finalità osservative e di formazione professionalizzante in contesti più o meno protetti (cooperative, aziende, associazionismo) o direttamente di assunzione. Parallelamente all'attività con l'utenza, il servizio offre ai soggetti partner consulenza riguardante le tematiche dell'inserimento lavorativo (aspetti burocratici,

normativi, di informazione sul sistema dotale Regionale e Provinciale, nuovo bando provinciale Legge 13/2009 ecc.).

6.6.1. GLI OBIETTIVI

Il processo di inserimento lavorativo si snoda attraverso le fasi dell'assessment (ricostruzione del quadro diagnostico tramite le schede di segnalazione e l'incontro con i servizi inviati), accoglienza e prima valutazione in ingresso e incontro con i servizi inviati, orientamento e potenziamento dell'occupabilità della persona attraverso l'attivazione di un tirocinio ad hoc di qualità, valutazione finale secondo tre macroesiti: idoneo per contrattualizzazioni in azienda e cooperativa (circa 40% dei casi) oppure idoneo nella sola cooperativa (circa 25% dei casi); non idoneo per contrattualizzazione (circa 35% dei casi). Se il percorso di inserimento lavorativo è garantito a tutti ed è articolato e personalizzato per mettere in campo risorse e professionalità diverse, l'occupazione è invece l'obiettivo per tutte le persone segnalate, ma un esito raggiunto solo da parte alcuni, sulla base delle capacità del singolo e delle offerte del mercato del lavoro in quell momento. Se l'esito del tirocinio è negativo, il SIIIL offre consulenza ai servizi sulle possibilità alternative in grado di rispondere ai bisogni della persona e sui contesti possibili presenti sul territorio (percorsi di SFA, socio occupazionali).

6.6.2. GLI ESITI

Il 2016/2017 è stato un biennio di attività molto intensa per il servizio SIIIL, in quanto ha dovuto sopperire alla mancanza del Piano Provinciale Disabili, che rappresenta l'unico altro servizio del territorio che promuove l'inserimento lavorativo dei cittadini disabili, oltre ad essere una misura attesa dalle aziende in quanto fino al 2017 passaggio obbligatorio per poter accedere ai bonus assunzione. Complessivamente nel 2017 sono state prese in carico da parte del SIIIL nr **36** persone disabili segnalate dai 6 comuni dell'Ambito di Bergamo, di cui 27 hanno o hanno avuto in corso un tirocinio con l'esito al momento di 14 assunzioni. Le 36 persone prese in carico avevano una patologia fisica (circa 40% dei casi), psichica (circa 28% dei casi) mista (circa 25% dei casi) e cognitiva (circa 7%). Nel contempo si è dato avvio all'azione sperimentale rivolta ai segnalati con svantaggio generico, che sono stati **7** nel 2017, i quali, dopo un primo colloquio approfondito con gli operatori dei SIL, vengono inviati all'ente accreditato Mestieri per proseguire tale percorso tramite il finanziamento regionale DUL: il percorso DUL consta in più colloqui individuali di orientamento, formazione alla ricerca attiva del lavoro, coaching e sostegno alla motivazione. Di questi 7, a dicembre 2017, 1 persona è stata assunta e 1 ha rifiutato un tirocinio scopo assunzione.

Inoltre il SIIIL partecipa costantemente al Tavolo L.13 della Provincia di Bergamo che rappresenta il canale principale di accesso alle aziende in obbligo L.68 con bonus assuntivo: in questo modo è come se il SIIIL svolga un ruolo da "sostenitore" delle persone che ha in carico, mettendo in evidenza il percorso di preparazione svolto finora con il SIIIL e presentando i loro profili professionali agli enti che condividono a quel tavolo le ricerche aperte, cercando di incentivare il loro abbinamento alle posizioni aperte sul doppio canale dell'inserimento nominativo e numerico. Senza la preparazione offerta dal percorso SIIIL e senza il ruolo di "sponsor e coach" che il SIIIL assicura ai propri utenti su

questo tavolo, difficilmente tali persone avrebbero accesso a tali opportunità nella stessa misura che il SILL garantisce loro, in quanto “sulla carta” non si presentano come i profili più adeguati.

Inoltre ha avviato un percorso di riflessione con il servizio SFA di Bergamo.

6.6.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

1. Porta d’ingresso per il mercato del lavoro e semplificazione delle procedure

Sempre più il territorio ed i servizi di base richiedono una risposta al bisogno impellente di lavoro che proviene ormai da tutte le fasce di età e le tipologie di residenti (giovani, over 40, donne, disabili L.68, certificati svantaggio L.381, emarginazione sociale) ed in particolare emerge il bisogno di una categoria di residenti, adulti e con bassa scolarizzazione, respinti dal mondo del lavoro perché le richieste sono di sempre maggiori competenze, velocità e flessibilità: ciò riguarda sia le persone invalide che le persone “normodotate” (basti pensare alla misura REI). Aprire il servizio del SILL anche a questa nuova utenza richiede di ripensarne l’impianto e gli obiettivi. Proponiamo un nuovo servizio SIL che possa fungere da porta d’ingresso per i servizi al lavoro, ossia un corrispettivo del PASS per i servizi sociali: il nuovo servizio SILL, oltre all’utenza certificata che continuerà comunque a seguire, potrà far fronte alle nuove richieste attraverso percorsi più agili e diversificati in base alla tipologia di utenza, e dovrà essere capace di mettersi in rete - e a volte fungere anche da regista - anche con gli strumenti altri che possono pervenire da bandi provinciali (ad es. Bando Fasce Deboli 3-4), da bandi regionali (leggesi bando di RL per le fragilità,) oppure ancora da misure nazionali (leggesi misura REI). L’eventuale ampliamento del SILL in tale direzione richiede di costruire una nuova rete di partner e/o di intensificare i rapporti con alcuni nodi della rete già esistente, coinvolgendo da una parte le istituzioni su più livelli, la Provincia, le Associazioni di Categoria e I sindacati, e dall’altra parte le realtà produttive presenti sul territorio, le diverse agenzie per il lavoro e gli enti di formazione. Il nuovo servizio SILL potrebbe distinguere due livelli di servizi:

- un primo “livello” universale di servizi al lavoro composto da accoglienza, mappatura del profilo del lavoratore e orientamento informativo sul mercato del lavoro per tutte le persone beneficiarie del servizio
- un secondo “livello” specialistico di servizi al lavoro con percorsi diversificati mirati alle esigenze e alla situazione del singolo, quindi ad esempio in successione counseling orientativo, accompagnamento alla ricerca attiva ed autonoma del lavoro (in particolare per le situazioni di “non certificazione”); individuazione di percorsi innovativi di formazione d’aula presenti sul territorio e /o di formazione on the job (tirocini con finalità osservativa o professionalizzante o assuntiva sulla base degli esiti dell’orientamento). Molto interessante sul fronte dello svantaggio generico, la creazione di gruppi di mutuo aiuto di disoccupati, che si ritrovano stabilmente accompagnati da un orientatore per condividere gli esiti della loro ricerca di lavoro, tenere allenare le tecniche di ricerca attiva del lavoro e mantenere alta la motivazione.

2. Implementare la rete con il territorio, potenziare i legami con le aziende e le pubbliche amministrazioni, fornire supporto formativo/informativo alle aziende

Di fronte all’innegabile difficoltà ad avviare al lavoro alcune tipologie di categorie protette ed in mancanza di una politica nazionale o regionale incentivante l’assunzione di persone con svantaggio,

è necessario potenziare la diffusione di conoscenze presso tecnici e politici dell'unico strumento oggi esistente in tal senso: la contrattualistica con affidi diretti-appalti riservati con art 112-appalti con clausole sociali all'interno degli appalti pubblici. Si tratta di uno strumento ancora poco conosciuto e diffuso eppure in grado di creare effettiva occupazione per persone con svantaggio generico e/o occupazione per invalidi che faticano ad inserirsi con i canali ordinari: ci si riferisce a disabili con situazioni sanitarie compromesse oppure con disabilità cognitiva/psichica, infatti da questo punto di vista il cosiddetto strumento dell'articolo 14 tramite le cooperative sociali non riesce a soddisfare totalmente questo bisogno. Si ricorda invece che per le persone senza certificazione 68 e senza certificazione 381, ossia il semplice "svantaggio sociale/svantaggio generico/svantaggio non certificato", non vi è un obbligo assuntivo da parte delle aziende/cooperative sociali e nemmeno tali persone sono portatrici di specifiche agevolazioni assuntive nemmeno per le cooperative.

3. Utilizzare le misure regionali

Sviluppare per lo svantaggio generico il servizio del tirocinio inteso come strumento non solo di formazione on the job, ma progettuale e di inclusione (vd REI, VOICHER RA. VAI): a tal proposito è necessario implementare un apposito fondo tirocini dedicato a persone con svantaggio generico. Sarebbe interessante per tutte le categorie di utenza del SILL anche coinvolgere la rete dei fornitori delle pubbliche amministrazioni per ricercare di nuove opportunità di tirocini da intendere come modalità di effettiva formazione professionale svolta sul campo, anziché in un'aula.

4. Costruire alleanze con le scuole e potenziare la metodologia valutativa e l'implementazione di un progetto individuale

Uno degli obiettivi principali dell'attività dell'inserimento lavorativo è creare delle buone relazioni con gli istituti scolastici per favorire l'ingresso nel mondo del lavoro ai soggetti più deboli. Quest'azione non può prescindere dallo sviluppo di modelli di valutazioni tali per cui il soggetto svantaggiato possa, alla fine del percorso scolastico, avere una giusta valutazione delle abilità residue indispensabile per credere un Progetto Individualizzato e trovare nel minor tempo possibile una collocazione idonea nelle diverse unità d'offerta territoriali.

6.7. PROGETTUALITÀ TRASVERSALI ED INTEGRATE A FAVORE DEL POTENZIAMENTO DELLE POLITICHE SOCIALI DELL'AMBITO 1

L'ultimo quinquennio è stato caratterizzato per un significativo incremento dei bisogni complessi portati dalle famiglie residenti nell'Ambito. La congiuntura economica negativa e la crisi del mercato del lavoro si sono fatte sentire in modo importante causando la chiusura di molte realtà produttive con forti conseguenze sui livelli di occupazione. Il numero delle famiglie vulnerabili e a rischio di povertà è aumentato in modo rilevante: nel solo 2013, grazie al Fondo Famiglie e Lavoro, sono state aiutate 921 famiglie da Comune e 574 dalla Caritas diocesana. Ai bisogni di natura economica, sociale, educativa, lavorativa dei singoli e delle famiglie, si sono accompagnate situazioni nuove: l'incremento delle dipendenze, da sostanze e da gioco, la povertà infantile, la fragilità familiare, l'aumento delle persone con demenza, l'invecchiamento della popolazione. Nella maggior parte dei

casi si tratta di bisogni complessi poiché nel medesimo nucleo si sommano differenti tipologie di bisogno.

Il Piano di Zona 2015-2017, anche in considerazione di questo quadro, aveva indicato quali priorità la ricomposizione degli interventi e delle risorse al fine di addivenire ad azioni più efficaci e rispondenti ai reali bisogni della popolazione evitando duplicazioni e sprechi e l'implementazione della sinergia tra i diversi attori – pubblici e privati – presenti nell'Ambito di Bergamo al fine di elaborare risposte innovative.

Il progetto *Veniamoci incontro. Progettualità trasversali ed integrate a favore del potenziamento delle politiche sociali dell'Ambito 1* ha voluto:

- avviare una ricomposizione degli interventi nella consapevolezza che solo da una pluralità di sguardi e di competenze si possano prendere in carico adeguatamente le situazioni complesse;
- introdurre un approccio trasversale tra le progettualità in atto nelle differenti aree – minori e famiglie, anziani, persone con disabilità – riconoscendo, in tal modo, la trasversalità di alcuni bisogni e di alcune situazioni;
- rinforzare la sinergia tra pubblico e privato sociale che, nell'Ambito 1, rappresenta un elemento consolidato e alla base di numerose co-progettazioni – Servizio Minori e Famiglie, Servizi per la disabilità, Servizio di Assistenza domiciliare, Servizio Reti sociali – e collaborazioni.

Al progetto, presentato dal Consorzio Sol.Co Città aperta al Bando 3/2017 della Fondazione della Comunità Bergamasca dedicato allo sviluppo delle progettualità coerenti con le finalità dei Piani di Zona – hanno collaborato, stringendo un accordo di partnership, otto realtà del terzo settore: Le associazioni I pellicani, Associazione Disabili Bergamaschi, Primo ascolto Alzheimer, Oltre noi, Infanzia e Incontri, Il girotondo, Piccoli passi e la Fondazione Angelo custode.

6.7.1. GLI OBIETTIVI

1 – Consolidamento e implementazione delle progettualità che hanno dimostrato di rispondere adeguatamente ai bisogni complessi; in particolare:

- Alzheimer Cafè organizzato dall'associazione Primo ascolto Alzheimer presso il Polaresco;
- Il trasporto sociale con il coinvolgimento di 5 associazioni e l'introduzione di una figura di coordinamento per implementare questa azione;
- Le iniziative rivolte ai genitori e ai figli minori previste dall'area Minori e famiglie, specialmente quelle condotte presso il Centro Famiglia – incontri di gruppo, consulenze a coppie e singoli -; a domicilio, dalle ostetriche del Consultorio Scarpellini della Fondazione Angelo custode, di supporto alle neomamme; presso gli Spazi per bambini ed adulti diffusi nei diversi comuni dell'Ambito

2 – Integrazione e promozione della trasversalità degli interventi:

- Incontri tra i 4 coordinatori delle aree tematiche
- Incontri di verifica coinvolgenti i partner del terzo settore

3 - Estensione ai comuni dell’Ambito de “La città leggera” con l’avvio di percorsi per i familiari e di progetti individualizzati per le persone adulte con disabilità interessate;

4 – Potenziamento delle reti familiari e territoriali con il coinvolgimento degli operatori di quartiere del servizio Reti sociali e alla collaborazione delle associazione di volontariato.

6.7.2. GLI ESITI

Il progetto è condotto con la collaborazione di otto realtà del Terzo settore (elencate sopra) con cui è in essere un accordo di partenariato. In itinere, sono state coinvolte altre associazione, Il Vol.To di Torre Boldone e Aiuto per l’autonomia di Bergamo, segnatamente per il trasporto sociale. Proprio la parte legata al trasporto offre i dati numerici maggiori: I pellicani e Associazione disabili bergamaschi effettuano più di 2.000 trasporti ciascuna all’anno, spesso a favore delle progettualità di Ambito: “La città leggera” e Alzheimer Carè soprattutto.

Il progetto è ancora in corso e ciò non permette una valutazione complessiva, dal punto di vista numerico, dei risultati e dei beneficiari.

6.7.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Per l’evoluzione del progetto, per consentire la quale è stato presentato Ambiti di Vita al Bando 3 (Piani di Zona) della Fondazione della Comunità bergamasca, sono individuate 3 prospettive:

1. Assegnazione trasversale di risorse. Al fine di sostenere una reale trasversalità, oltre ai momenti di confronto, risulta essenziale che alcune risorse vengano assegnate trasversalmente laddove più aree siano interessate dalla medesima progettualità oppure si trovino ad affrontare i bisogni di più soggetti di un medesimo nucleo familiare.

2. Introduzione di una maggiore innovazione. Accanto al consolidamento di azioni che si sono mostrate efficaci, andrebbe sostenuta l’innovazione al fine di rendere le progettualità capaci di cogliere i mutamenti in atto nei beneficiari e nel contesto circostante e di evolvere di conseguenza.

3. Per la parte dell’area Minori e famiglie interessata dal presente progetto sono emerse tre necessità:

- prevedere momenti di confronto tra le ostetriche e le figure educative al fine di giungere all’elaborazione di azioni realmente concertate che uniscano i diversi sguardi – sociale, educativo e sanitario – e che concorrano a costruire risposte e politiche adeguate a favore della prima infanzia
- la formazione rivolta a genitori e a figure adulte con ruoli educativi che vada ad integrarsi – sostenendole ed arricchendole – alle altre proposte rivolte alle famiglie dell’Ambito
- prevedere l’affiancamento a domicilio di ostetriche ed educatrici professionali per un certo numero di ore a neo-genitori che vivano situazioni di momentanea fragilità: parti plurigemellari, mamme minorenni, bambini nati prematuramente.

6.8. REI – INCLUSIONE SOCIALE

Il quadro emerso nella progettualità REI, a differenza di quanto rilevato nella SIA, ha evidenziato un forte incremento delle situazioni di disagio e di grave fragilità che hanno richiesto la misura

ministeriale. Il dato dell'accesso al servizio richiedente la misura Sia o Rei ha confermato che circa il 40% delle segnalazioni, appartengono a nuclei famigliari non conosciuti ai servizi sociali territoriali. Così come è confermata in entrambe le misure la multiproblematicità dei beneficiari siano essi singoli o appartenenti a nuclei famigliari. Lo sviluppo dal Sia al Rei, dalla sua entrata in vigore ha mostrato una realtà familiare complessa e fragile, portando alla luce non solo una carenza economica di fondo, dettata forse in parte anche dalla crisi del welfare a vari livelli: sociale, lavorativo, economico, culturale, ma anche una forte incapacità di questi stessi soggetti di reagire alla situazione attuale, perchè in parte in affanno ma dall'altra sono apparsi nuclei che fino ad ora sono stati in grado autonomamente, di attivare una loro rete sociale e di prossimità, a volte non sempre probabilmente legale, che gli ha comunque permesso di non far riferimento a nessun servizio sociale di base. I beneficiari del Rei sono per la maggior parte italiani a differenza della condizione della misura SIA che presentava una più alta numerosità di famiglie straniere e nuclei con presenza di bambini anche piccolo, soggetti italiani spesso soli. Nel Rei i nuclei presentano caratteristiche differenti, sono più adulti, attualmente distanti da tempo dal mondo del lavoro o spesso utilizzati dal sistema occupazionale in modo improprio o con forme di pagamento temporanee e spesso sommerse. Soggetti che presentano anche un quadro di compromissione psicologica, cognitive, psichiatrica importante quindi con scarse possibilità di collocamento in ambito lavorativo regolamentare ma che necessiterebbero di collocazioni adeguate, protette, più flessibili rispetto alle attuali richieste del mondo del lavoro, per cui situazioni queste difficilmente collocabili. Inoltre emerge che diverse delle situazioni nuove non conosciute presentano un quadro patologico compromesso, sia da un punto di vista clinico: psichiatrico, dipendenza dal gioco o dall'alcool, sia da un punto di vista familiare: criticità nelle relazioni, isolamento, solitudine. Questo aspetto rileva pertanto la necessità di una rilettura di tutto il sistema dei servizi sociali di base e probabilmente anche specialistici. La Community Care nel suo significato più ampio deve rappresentare nella logica della misura ministeriale così come pensata, capace di prossimità e accoglienza di un quadro sociale nuovo e diversificato dove ripensare le logiche comunitarie di sussistenza e di inclusione sociale e civile di soggetti che anche se inattivi produttivamente potrebbero rappresentare una risorsa per il sistema sociale e la rete territoriale di appartenenza, anche attraverso azioni etiche di inclusione in attività per esempio di sostegno alla cittadinanza attiva.

6.8.1. GLI OBIETTIVI

Il progetto si realizza attraverso una Cabina di Regia quale strumento di intermediazione tra l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano. La cabina di regia, ha il compito di indirizzare e monitorare la progettualità, che attraverso l'equipe multidisciplinare costituita da due assistenti sociali, (una per il comune di Bergamo e una per i restanti comuni dell'Ambito), tre tutor educativi, un coach lavorativo e un informatico, hanno il compito di gestire il processo di "Presa in carico" e di "Costruzione di Interventi personalizzati" nei percorsi di accompagnamento verso l'autonomia dei beneficiari. Inoltre il progetto si sviluppa dentro una fitta rete di azioni di raccordo e integrazione tra il sistema dei servizi sociali già esistenti quali: segretariato sociale, servizio sociale professionale, sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, supporto nella gestione del bilancio familiare,

sostegno alla genitorialità e mediazione familiare, assistenza domiciliare e servizi di prossimità, mediazione culturale, pronto intervento sociale. Ulteriori azioni progettuali riguardano lo sviluppo e il raccordo tra le agenzie per l'impiego pubbliche (agenzia di Bergamo e di Zogno), il sistema degli enti accreditati per la formazione e l'orientamento lavorativo presenti all'interno dell'Ambito. Accanto a questo la presenza dei tutor educativi all'interno della rete territoriale di quartiere e comunale, ha garantito attraverso la presa in carico delle singole situazioni tuttora in corso, la messa in rete di tutte le principali agenzie territoriali che a vario titolo sono state incontrate nel tempo, offrendo una interessante contaminazione di processi di presa in carico, di rilettura del fenomeno della povertà, di inclusione di interventi di accompagnamento e presa in carico, nonché l'attivazione di risorse a favore di famiglie e soggetti deboli, anche dentro una logica sperimentale.

6.8.2. GLI ESITI

REI

Nel primo quadrimestre 2018 sono state presentate 946. Di queste 537 non accolte dall'INPS, 151 accolte, 258 in lavorazione. La media del contributo è di 399.68 € mensili a famiglia.

In relazione alla componente familiare si rileva una percentuale del 60% delle domande dei beneficiari a famiglie con minori.

SIA

Nel 2017 sono state presentate 368. Di queste 41 sono state accolte dall'INPS e 327 sono state respinte. La media del contributo è 456.64 € mensili a famiglia.

Si conferma in tale misura la percentuale elevata, pari al 77%, della componente familiare dei beneficiari con minori.

6.8.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

1. Ridefinizione del concetto di “presa in carico” che risente di un approccio metodologico e sociale che va rivisto e forse anche ridisegnato alla luce delle nuove povertà emergenti sul sistema SIA e REI, partendo dalla rilettura dell'efficacia degli interventi in essere. La flessibilità dei servizi e le politiche correlate che devono ricalibrarsi perché la domanda che sta emergendo è differente dal solito, conciliazione orari dei servizi (asili per esempio), con le esigenze lavorative attuali (turnazione). Individuazione di procedure e metodologie comuni tra tutti i servizi d'Ambito, in merito alla risposta al bisogno, alla presa in carico, al monitoraggio.

2. Costruzione di gruppi di incontro tra persone che afferiscono al REI, quale strumento possibile per garantire non solo una informazione omogenea e comune sulla misura, le procedure, il significato della progettualità prevista dalla normativa, ma anche quale strumento di passaggio di informazione alle persone e alle loro famiglie, sui servizi forniti dai Comuni, dai servizi territoriali, l'esistenza delle reti e il loro valore al fine di garantire una maggiore inclusione sociale, civile, culturale ecc..

3. Creazione di una rete di raccordo (anche attraverso documenti di buone prassi) tra servizi specialistici, servizi di base, centri di primo ascolto, reti, tavolo lavoro, enti accreditati, per la presa in carico delle situazioni del REI, soprattutto laddove la lettura della condizione dei soggetti, necessita di una corresponsabilità tra i servizi coinvolti vista la criticità o la connotazione patologica della situazione.

4. Individuazione, con la parte politica, delle possibilità di impiego delle situazioni non più collocabili al lavoro su quei servizi, civili, educativi che possano includere relazioni, far in modo che la disponibilità di tempo di alcuni beneficiari REI diventi valore aggiunto e messa a disposizione del loro tempo per il bene comune, per andare incontro ad esigenze di altri.

6.9. I TIROCINI DI ORIENTAMENTO, FORMAZIONE E INSERIMENTO/REINSERIMENTO

L'appartenenza ad un contesto lavorativo è uno degli elementi fondamentali dei progetti di vita, in particolare, delle persone che presentano fragilità, ed è un bisogno trasversale che attraversa tutte le aree di disagio.

L'inserimento al lavoro rappresenta un'esigenza primaria, anche per coloro che hanno avuto il riconoscimento di una parziale inabilità, per diversi ordini di motivi:

- È un elemento che caratterizza fortemente la propria identità e condiziona l'immagine e il riconoscimento sociale della persona
- Conferisce dignità al proprio percorso di vita
- Costruisce un polo di appartenenza sociale alla persona, che può usufruire di un riferimento sicuro, di persone stabili cui rivolgersi in forma continuativa, spesso in percorsi individuali privi di certezze
- Ne deriva un supporto economico importante per acquisire autonomia, almeno parziale, nell'affrontare le proprie spese personali, affiancando quindi risorse proprie (guadagnate con il proprio lavoro) a quelle pubbliche di tipo socio-assistenziale.

In particolare nei casi poco conosciuti o con una progettualità di vita ancora in fase di definizione (o di ridefinizione a seguito di eventi imprevisti) l'inserimento lavorativo funge inoltre da occasione preziosa di osservazione delle abilità personali sia sul versante occupazionale sia su quello delle capacità relazionali e di posizionamento adeguato in un contesto che, anche se protetto, presenta esigenze cui rispondere e compiti da affrontare.

Il tirocinio, in particolare quello di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento, normato dalla Regione Lombardia con D.G.R. X/5451 del 25/07/2016, costituisce un primo fondamentale passo verso l'inserimento lavorativo in quanto, pur non avendo nello specifico obiettivi occupazionali, risponde al bisogno di favorire l'integrazione sociale attraverso la presenza in un contesto di lavoro dove la persona può sperimentare le proprie abilità e fornire dati importanti agli operatori sociali responsabili del progetto più complessivo della persona stessa.

L'esigenza di attivare tirocini lavorativi, che in alcuni casi si trasformano poi in inserimenti lavorativi veri e propri laddove si verifica che ne ricorrano i presupposti, risulta sempre più elevata e interessa sia gli adulti sia i minori.

In modo particolare, l'Ambito territoriale di Bergamo ha scelto di promuovere i tirocini per persone che presentino fragilità nell'area della disabilità, della salute mentale e del disagio adulto.

6.9.1. GLI OBIETTIVI

Il progetto di vita della persona coinvolta nei tirocini risulta arricchito di una dimensione fondamentale, quella dell'inserimento lavorativo o quanto meno della rilevazione delle capacità che possono portare ad un lavoro vero e proprio.

Il contesto nel quale si svolge il tirocinio, generalmente una Cooperativa Sociale, consente di mettere in atto la fase osservativa delle abilità personali, il supporto educativo verso la persona, spesso indispensabile per sapersi adeguatamente collocare in un contesto occupazionale, nonché l'indispensabile raccordo con i servizi responsabili del progetto di vita complessivo.

La famiglia della persona inserita ha la possibilità di cooperare per il positivo andamento della fase occupazionale se adeguatamente coinvolta nel processo che ha portato a identificare la nuova opportunità per la persona. Il riconoscimento sociale che ne deriva può essere molto positivo anche per la famiglia, sia rispetto all'evoluzione dei rapporti intrafamiliari, sia in relazione a quelli che la persona e la sua famiglia hanno con il contesto territoriale di appartenenza.

L'inserimento occupazionale in opportunità di tirocinio fa parte a pieno titolo delle reti sociali dove la persona inserita trova collocazione. L'effettuazione del tirocinio all'interno della propria comunità locale di riferimento rafforza il riconoscimento sociale; anche qualora la sede del tirocinio fosse situata in un altro territorio, la costituzione di un nuovo punto rete porta nuove opportunità di scambio e relazione all'interno della rete sociale del cittadino, rafforzandone le dimensioni quantitative e qualitative e offrendo nuove possibilità al progetto di vita complessivo.

Le aree di competenza (in questo caso l'area disabilità, la salute mentale e l'area del disagio adulto) attraverso i propri servizi selezionano le persone che, nelle previsioni, possono trarre maggiore beneficio dalla partecipazione ad un tirocinio, sia per la fase di osservazione delle abilità personali che potenzialmente verranno espresse, sia per l'introduzione di una nuova opportunità nel progetto di vita (ed eventualmente terapeutico) della persona interessata, nonché per il sostegno economico che deriva dal compenso che viene erogato.

Nel quadro delle risorse disponibili, sia complessivamente come Ambito territoriale, sia come singole aree, vengono definiti il numero dei progetti sostenibili e viene attivato l'abbinamento tra la persona interessata e la Cooperativa Sociale (o altro ente non profit).

Il regolamento annualmente approvato o confermato dall'Assemblea dei Sindaci di Ambito definisce caratteristiche e tempi dei progetti che vengono presentati dai servizi ed esaminati da una Commissione, nominata dall'Ufficio di Piano, che li approva dopo una valutazione di merito.

Gli oneri economici, costituiti dal compenso da erogare alla persona inserita nel tirocinio, dagli oneri per le assicurazioni contro gli infortuni e per la responsabilità civile, dagli adempimenti per la sicurezza e dal compenso per l'accompagnamento educativo svolto nel contesto del tirocinio sono a carico dell'Ambito Territoriale che ne fissa un limite massimo a persona.

I progetti di tirocinio, anche se ripetibili, hanno un tempo massimo di svolgimento per favorire l'atteggiamento proattivo sia della persona inserita sia dei servizi che ne valutano l'andamento, evitando quindi che diventino una misura ripetitiva in assenza di altre progettualità.

6.9.2. GLI ESITI

- Nel triennio 2015-2017 sono stati stanziati **86.480 euro** per i tirocini di orientamento, formazione ed inserimento/reinserimento, e l'importo annuale è aumentato durante il triennio (36.480 euro nell'anno 2017);
- L'importo varia tra un minimo di **500 euro** e un massimo di **1.800 euro** erogati per persona beneficiaria nell'anno solare;
- Le persone per le quali è stato approvato un progetto di tirocinio sono state **64** nel triennio 2015-2017 (28 nell'anno 2017);
- I progetti di tirocinio sono caratterizzati da una importante variabilità dovuta al possibile mutamento delle condizioni della persona tra il momento in cui viene selezionata e il momento in cui il tirocinio deve partire. Nell'arco del triennio, questo ha portato alla sostituzione di 12 persone durante l'annualità con altri beneficiari, in particolare nell'area salute mentale e nella disabilità adulta;
- La grande maggioranza delle persone inserite in tirocini ha la residenza nella città di Bergamo;
- L'area da cui provengono le maggiori richieste è quella della **salute mentale** (28 progetti approvati pari al 44%), seguita dall'area del **disagio adulto** (22 progetti approvati pari al 34%) e dall'area della **disabilità** (14 progetti approvati pari al 22% del totale).

6.9.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

La prospettiva per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento è quella del mantenimento della misura, data l'importanza dei riscontri che determina, se possibile con un aumento delle risorse a disposizione per incrementare il numero e la tipologia dei tirocini realizzati.

7. LE AREE TEMATICHE

Le aree tematiche attorno alle quali si sviluppano le progettualità di Ambito sono cinque:

- Minori e famiglie
- Anziani
- Disabilità
- Salute mentale
- Adulti

In ognuna di queste aree sono attivi numerosi progetti, alcuni dei quali hanno carattere trasversale occupandosi di temi o perseguendo obiettivi che coinvolgono più di una area se non addirittura tutte.

In questa sezione ci si limiterà ad elencare i titoli dei progetti che, in forma sintetica verranno riportati tra gli allegati. Essi sono stati redatti attraverso l'utilizzo di una scheda che favorisse, nelle diverse figure coinvolte nelle progettualità, una redazione snella a partire da alcuni punti chiave: il contesto, le azioni principali, le prospettive future.

7.1. PROGETTUALITÀ AREE

7.1.1. AREA MINORI E FAMIGLIE

- Co-progettazione
- Gioco di squadra
- Minori Stranieri Non Accompagnati

7.1.2. AREA ANZIANI

- Rete Assistenti Familiari
- Demenze
- Co-progettazione domiciliarità

7.1.3. AREA DISABILITÀ

- Assistenza Educativa Scolastica
- Dopo di Noi
- La città leggera
- PROVI Vita Indipendente

7.1.4. AREA SALUTE MENTALE

- Voucher residenzialità
- Compensi motivazionali
- Progetto Salute Mentale Fondazione Comunità Bergamasca
- Sensibilizzazione Area Salute Mentale

7.1.5. AREA ADULTI

- FAMI Fondo Asilo Migrazione Integrazione
- New network
- Sentieri di libertà
- PON Inclusione PO I FEAD Grave marginalità

7.1.6. TRASVERSALITÀ

- Fna
- Fuori dalla violenza
- La posta in gioco
- Reddito di autonomia
- Segretariato Sociale e Bonus Famiglia
- SIL
- Veniamoci incontro – Ambiti di Vita (progetto Fondazione Comunità B.sca)
- REI –Inclusione Sociale
- Tirocini risocializzanti

7.2. I TAVOLI TEMATICI

Come su esposto, i Tavoli tematici sono cinque, ciascuno dedicato ad un argomento e condotto da un Coordinatore. Di seguito si entrerà nel merito di ciascun tavolo con un'analisi dei relativi contesti di riferimento – i minori, gli anziani, le persone con disabilità... - le principali azioni condotte e le prospettive future.

7.2.1. IL TAVOLO MINORI E FAMIGLIE

LA FOTOGRAFIA DEL CONTESTO

Nell'Ambito di Bergamo, su una popolazione complessiva di 153.287 persone, 25.829 sono minori suddivisi nelle seguenti fasce d'età:

0-5: 7.288

6-11: 8.289

12-14: 4.325

15-18: 5.927

Nel territorio sono presenti servizi educativi rivolti all'infanzia:

28 nidi

3 micronidi

1 Centri Prima Infanzia

7 Spazi Adulti e Bambini

2 Ludoteche

ed istituti scolastici di diverso ordine e grado:

12 Istituti comprensivi

Gli alunni che frequentano gli Istituti Comprensivi dell'Ambito sono 11.419 di cui 2.714 di cittadinanza non italiana.

In merito alle proposte educative extrascolastiche, nell'Ambito di Bergamo sono attivi:

48 Extrascuola

1 Spazio giovanile

3 progetti giovani

Nel periodo estivo vengono organizzati 124 Centri ricreativi estivi.

Molte attività vengono condotte in collaborazione con le 40 parrocchie e le associazioni di volontariato impegnate nell'area Minori e Famiglie.

Per ciò che concerne il Servizio Minori e Famiglie, il numero di minori in carico è di 1640. 75 sono gli affidi e le accoglienze familiari.

Sono presenti:

9 Comunità educative

8 Centri diurni per minori

1 Alloggio per l'autonomia

4 sono i Consultori pubblici e privati.

I LIVELLI INTEGRATI DI AZIONE

Tutte le attività, le proposte, i progetti che interessano l'area Minori e Famiglie si fondano su tre elementi centrali connessi l'uno all'altro:

- la comunità
- la famiglia
- il minore

La **comunità** ricostruisce luoghi nei quali potersi incontrare per affrontare le problematiche che riguardano i minori e le famiglie, oltre ai bisogni emergenti che riguardano l'educazione, per crescere insieme in competenze e allearsi attorno ad obiettivi comuni.

La **famiglia** oggi è sottoposta a forti cambiamenti che ne influenzano la stabilità e la tenuta nel tempo (in primis la precarietà abitativa e lavorativa), ma anche alla varietà nei modi di percepirla. Le sfide che attraversa chiedono una riflessione alla comunità locale, per cercare insieme nuove forme per abitare e vivere il proprio tempo da protagonisti

Il **minore**, protagonista del proprio presente e futuro, attraversa il territorio incontrando persone e attività dentro la comunità. Accanto alle opportunità che il nostro tempo offre (le nuove frontiere della comunicazione e dell'innovazione in molti campi), il minore sperimenta il proprio quartiere/paese come una delle tante comunità che abita, ma anche occasione preziosa per il proprio percorso di crescita. La famiglia costituisce uno snodo essenziale alla buona riuscita di tale percorso.

LE AZIONI PRINCIPALI

Sono state avviate diverse progettualità sia per ciò che concerne la prima infanzia e l'infanzia, sia per gli adolescenti e i giovani, sia per la genitorialità. Le azioni progettuali principali sono le seguenti:

- Area infanzia:
 - Essere mamme
 - Coordinamento
 - Formazione
- Buone prassi con le scuole
- Antiviolenza
- Gioco di squadra

- Minori stranieri non accompagnati
- Co-progettazione Servizio Minori e Famiglie
- Bonus famiglia
- Extrascuola
- PON SIA
- Orientamento
- Co-progettazione Servizio inserimento lavorativo

LE PROSPETTIVE FUTURE

Il Tavolo Minori e Famiglia ha individuato cinque snodi attorno ai quali potenziare e sviluppare l'area nella prossima triennalità:

1. La creazione di un **sistema integrato 0-6 anni** attraverso:
 - La costruzione di un **tavolo di regia 0-6 di Ambito**, con la partecipazione dei servizi, per la condivisione e la progettazione delle azioni definite nel piano strategico sul sistema integrato di Ambito
 - La realizzazione di un **coordinamento pedagogico 0-6 di Ambito** con la partecipazione di spazi gioco, nidi pubblici e privati, scuole dell'infanzia paritarie e statali
 - La **formazione in rete**.
2. Il **Consolidamento della co-progettazione del Servizio Minori e Famiglie di Ambito**, in particolare:
 - Il consolidamento della gestione associata con la coprogettazione
 - Il lavoro sull'accordo di collaborazione per la costruzione di una filiera di progettualità per i minori e le famiglie (reti familiari, comunità educative per minori, MSNA e Centri diurni per Minori) con vari soggetti del terzo settore dell'Ambito
 - La **rete interistituzionale** relativa al progetto Fuori dalla violenza
 - Il mantenimento di una stretta **interlocazione con il tribunale**
 - Il lavoro in stretta connessione con ASST sul tema famiglie e minori.
3. Il **potenziamento del lavoro Scuola-Territorio** attraverso
 - Lo sviluppo di **buone prassi** con le scuole
 - Il **lavoro integrato** delle co-progettazioni (inclusione, SMEF, reti)
 - Il potenziamento dell'esperienza delle scuole aperte e delle collaborazioni territoriali (extrascuola, reti).
4. **L'attenzione alle famiglie** attraverso:
 - Il sostegno e il consolidamento delle progettualità che costruiscono reti tra le famiglie
 - La messa in comune di esperienze, dati e conoscenze tra le varie realtà del territorio dell'Ambito.
5. **Lo sviluppo delle politiche inforientative**
 - Potenziando il progetto "Partenze Intelligenti".

LA FOTOGRAFIA DEL CONTESTO

Le persone con disabilità residenti nei Comuni dell'Ambito sono n. 49 minori e n. 452 di età superiore ai 18 anni.

Per ciò che concerne i Servizi Diurni per persone con disabilità, nell'Ambito sono presenti:

- **Unità d'offerta Sociosanitarie:**
 - 3 Centri Diurni Disabili (23 ATS di Bergamo) frequentati da 64 utenti dell'Ambito;
- **Unità d'offerta Sociali:**
 - 2 Centri Socio Educativi (14 ATS di Bergamo) frequentati da 43 utenti dell'Ambito
 - 3 Servizi di Formazione all'Autonomia (28 ATS di Bergamo) frequentati da 58 utenti dell'Ambito
- **Progetti in Corso**
 - Inserimenti Socio Occupazionali rivolti a 51 utenti dell'Ambito
 - Laboratori Protetti frequentati da 34 utenti dell'Ambito.³

Per ciò che concerne gli alunni con disabilità frequentanti le scuole statali e paritarie, in numeri sono i seguenti:

- Nidi: numero minori Ambito **11**
- Scuola dell'infanzia: numero minori Ambito **86** (313 ATS di Bergamo)
- Scuola primaria: numero studenti Ambito **182** (1871 ATS di Bergamo)
- Scuola secondaria di primo grado: numero studenti Ambito **87** (1366 ATS di Bergamo)
- Scuola Secondaria di Secondo Grado: numero studenti Ambito **91** (800 ATS di Bergamo)
- Alunni con Disabilità sensoriali nei diversi gradi di istruzione: numero minori Ambito **14**⁴.

Fruiscono dell'**orientamento** rivolto agli studenti con disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/92) della Scuola secondaria superiore **20** utenti con disabilità dell'Ambito

I progetti attivati grazie alle misure regionali sono i seguenti:

- **Fondo Non Autosufficienza**
 - Misura B1: numero utenti dell'Ambito **50** (265 ATS di Bergamo)
 - Misura B2: numero utenti Ambito **143** (1326 ATS di Bergamo)
- **Legge 112/2016:** numero utenti Ambito **32**
- **Progetti Vita Indipendente:** numero Utenti Ambito **18**
- **Reddito di autonomia:** numero Utenti Ambito **20**

Gli Enti accreditati sono **10**.⁵

³ Fonte: Comuni dell'Ambito e ATS di Bergamo

⁴ Fonte: Ufficio scolastico provinciale

⁵ Fonte: Ambito territoriale di Bergamo

Le strutture residenziali per le persone con disabilità presenti nell’Ambito di Bergamo:

- N. 1 Comunità Socio Sanitaria (19 ATS di Bergamo)
- N. 1 Residenza Sanitarie Disabili (10 ATS di Bergamo)⁶

Sono **41** le **Associazioni** presenti nei Comuni dell’Ambito che si occupano di disabilità⁷.

Per ciò che concerne i **disturbi dello Spettro autistico** sono **89** gli utenti dell’Ambito (1087 ATS di Bergamo)⁸.

In merito ai servizi di **residenzialità leggera**, nell’Ambito di Bergamo sono attivi:

- 9 appartamenti del Comune di Bergamo: numero utenti dell’Ambito inseriti **34**
- 1 appartamento del Consorzio “La Cascina”: numero utenti dell’Ambito inseriti **3**
- 1 appartamento dell’Associazione ANFASS gestito dalla cooperativa Namasté: numero utenti dell’Ambito inseriti **2**⁹.

I LIVELLI INTEGRATI DI AZIONE

I cardini attorno ai quali ruotano le progettualità dell’area disabilità sono:

- La comunità
- La famiglia
- La persona con disabilità

Dedicare attenzione alla **comunità** contribuisce a far crescere la cultura di attenzione nei confronti della fragilità e delle potenzialità in essa presenti. Inoltre contribuisce a far crescere i territori in un’ottica inclusiva.

Le relazioni che non appartengono alla sfera professionale o a quella familiare rendono possibile una vita autenticamente autonoma delle persone con disabilità.

La **famiglia** è soggetto attivo nelle politiche sociali per e con le persone con disabilità. Tale obiettivo si sviluppa con l’incremento del coinvolgimento delle famiglie nei processi di erogazione dei servizi, nella progettazione degli interventi e valorizzandola nell’individuazione di risposte volte al miglioramento della qualità della vita, non solo dei figli con disabilità, ma anche del contesto familiare e sociale.

La **persona con disabilità** è al centro delle politiche sociali; a prescindere dalla fragilità, la persona è valorizzata e coinvolta nei processi di servizio e di aiuto. La logica di progetto di vita si traduce in:

- crescita armonica della persona con disabilità nella sua globalità
- diritto a rimanere nella propria comunità
- diritto alla collaborazione, alla partecipazione e alla scelta

⁶ Fonte: ATS Bergamo

⁷ Fonte: Ambito territoriale di Bergamo

⁸ Fonte: Serv. Epid. Aziendale ATS di Bergamo

⁹ Fonte: Comuni dell’Ambito

- attenzione all'intero arco della vita e gli snodi critici.

LE AZIONI PRINCIPALI

Le principali azioni dell'area riguardano:

- I progetti diurni per le persone adulte:
 - Centri diurni disabili
 - Centri socio educativi
 - Servizi di formazione all'autonomia
 - Laboratori socio occupazionali
 - Servizi socio educativi
 - Tirocini Orientamento e Formazione (TOFIR)
- Progetti a favore dei minori disabili
 - Assistenza educativa scolastica
 - Progetti territoriali
 - Voucher Minori
- Orientamento delle persone con disabilità e delle loro famiglie in collaborazione con le scuole ed i servizi
- Servizio di inserimento lavorativo
- La residenzialità leggera
- Spazio autismo
- Misure regionali
 - Progetti FNA
 - Vita indipendente
 - Dopo di noi
 - Reddito di Autonomia
 - Misura B2

LE PROSPETTIVE FUTURE

Si sono individuati quattro filoni lungo i quali le prospettive future si svilupperanno:

- 1. L'Abitare per le persone adulte con disabilità:** si traduce in una progettualità di Ambito che sviluppi la rete dei servizi che operano nel "Durante noi" e nel "Dopo di noi" e che preveda:
 - una filiera tra le strutture residenziali con apertura della C.S.S. a Redona, della C.S.S. a Celadina
 - una filiera tra gli appartamenti di residenzialità leggera con differenziazione dell'offerta e dei modelli gestionali
 - la massima integrazione con i supporti specialistici dell'UDP e misure regionali
 - un sistema di accreditamento per gli appartamenti.

2. L'innovazione nelle risposte alla disabilità complessa attraverso:

- la promozione di risposte flessibili ed inclusive che affianchino i servizi tradizionali
- la realizzazione di progetti integrati che prevedano: laboratori per le autonomie, laboratori protetti occupazionali e laboratori sociali integrati
- la massima integrazione con i supporti specialistici dell'UDP e le misure regionali.

3. Progetti di vita per i minori con disabilità

- che si traduca nella sperimentazione di un modello di presa in carico integrata nella logica del progetto di vita del minore con disabilità tra famiglia, scuola, servizi specialistici e servizi sociali ed educativi dei Comuni
- che preveda la condivisione e la sperimentazione di prassi di lavoro
- che preveda la massima integrazione con i supporti specialistici dell'UDP e le misure regionali.

4. Le progettualità per le persone con autismo

- attraverso la sperimentazione di risposte integrate nel percorso di vita con attenzione particolare ai momenti di passaggio nella vita delle persone
- l'inserimento scolastico
- l'integrazione sociale;
- l'orientamento post scolastico
- il "durante noi" e il "dopo di noi"
- il sollievo alle famiglie (week end, vacanze...)

7.2.3 IL TAVOLO ANZIANI

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che da tempo caratterizza i Comuni dell'Ambito di Bergamo. Si tratta di un aspetto di grande rilievo, non solo dal punto di vista socio-demografico, ma poiché a questo dato sovente si correlano la solitudine della persona anziana che, a seguito di vedovanza o di altri eventi legati alla storia familiare, si trova a vivere da sola, l'incremento del livello di fragilità sia connesso al processo di invecchiamento e alla fisiologica perdita di autonomia sia per l'associarsi dell'età anziana a condizioni di demenza.

LA FOTOGRAFIA DEL CONTESTO

Sul totale della popolazione residente nell'Ambito al 01-01-2017 (153.287), 17.180 persone hanno età compresa tra i 65 e i 74 anni e i 19.817 persone hanno più di 75 anni.

L'indice di vecchiaia è passato da 174,94 del 2014 a **185,90** nel 2017. L'indice di invecchiamento è passato da 22,61 del 2014 a **24,14** nel 2017.

La media dei componenti del nucleo familiari è di **2,14**. La percentuale di persone tra i 65 e i 79 anni che nel Comune di Bergamo vivono sole è del **18.2%**; il **15%** degli ultraottantenni vive da solo (nel Comune di Bergamo). Questi dati sono molto significativi poiché correlati al fenomeno della solitudine degli anziani sta assumendo, anche nei territori dell'Ambito, una notevole rilevanza.

In merito alle **Unità d'offerta**, nell'Ambito di Bergamo vi sono:

n. **8 RSA** accreditate con n. **1222 posti abilitati**.

n. **6** Udo di Enti su **RSA Aperta** con n. **31 posti**.

n. **2** Enti di **Residenzialità leggera** con n. **21 posti**.

n. **3 Centri diurni integrati accreditati** con **96 posti abilitati**.

n. **4 Alzheimer Cafè**.

n. **1 Ambulatorio terapie non farmacologiche**.

n. **22 enti gestori accreditati per l'Assistenza domiciliare integrata**.

I residenti in RSA sono **1626 (età media 86,5 anni)**.

I residenti dell'Ambito assistiti in RSA aperta sono **159** (di cui il **73,4%** con Alzheimer certificato o demenza grave).

I residenti dell'Ambito assistiti in Residenzialità leggera sono **2**.

I residenti che fruiscono dei CDI sono **90**.

Gli anziani ammessi alla misura B1 sono **12**.

Sono assistite dall'ADI **2061** persone.

Gli utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare sono **326** nel Comune di Bergamo e **61** negli altri Comuni dell'Ambito.

Gli utenti del progetto "Tornare a casa" sono stati **36**.

Gli utenti del servizio di Custodia sociale sono **200** nel Comune di Bergamo.

Fruiscono del servizio di pasti a domicilio **534** persone del Comune di Bergamo.

Fruiscono della misura B2 e del Reddito di Autonomia **3** persone.

Nell'Ambito di Bergamo sono attivi **6 sportelli di rete per le Assistenti familiari**. Secondo una stima, in provincia di Bergamo lavorano **11.000** assistenti familiari; tra esse solo il 43% è assunto regolarmente. L'88% del totale è di origine straniera.

Per favorire l'**invecchiamento attivo** sono state introdotte diverse iniziative:

- di prevenzione con
 - gruppi di cammino
 - nuove sperimentazioni
- 1 Centro diurno estivo per anziani
- 9 incontri di Educazione al benessere e a stili di vita sani nei Centri per la Terza Età.

Nell'Ambito sono presenti **26** associazioni impegnate per servizi rivolti agli anziani.

I Centri per la Terza Età sono più di **25**.

I luoghi dell'ascolto, come i Centri di Primo Ascolto della Caritas, sono **19**.

Per favorire la mobilità della popolazione anziana e per prevenire la solitudine, **5-6** associazioni lavorano in rete organizzando attività di trasporto.

Gli anziani dell’Ambito sono esposti al rischio di povertà: la pensione media mensile delle donne corrisponde a **€ 734,34 (Media ISEE SAD – FNA)**

Nell’Ambito vi sono numerosi immobili non adeguati strutturalmente e con barriere architettoniche che penalizzano la popolazione anziana. Bisogna considerare che a Bergamo l’83,05% degli edifici è stato costruito prima del 1980 e più del 65% ha almeno tre piani.

Oltre un terzo delle persone colpite da incidenti domestici ha più di 65 (dato Istat 2014); si tratta in prevalenza di donne e, per il 54,6%, l’incidente più frequente è la caduta.

I LIVELLI INTEGRATI DI AZIONE

Le progettualità sono ideate e condotte a partire tra tre elementi centrali, focus delle azioni e costantemente intrecciati tra loro:

- La comunità
- La famiglia
- La persona anziana

Lo sviluppo di una **comunità accogliente** attraverso la valorizzazione delle reti territoriali, del vicinato, del portierato sociale, dei servizi di custodia sociale, dei centri terza età e degli scambi intergenerazionali può favorire una “vita nuova” delle persone anziane connotata da un crescente valore sociale delle relazioni. La diffusione a livello di comunità di un approccio preventivo e la co-educazione a stili di vita e di invecchiamento sani, positivi e sostenibili sembrano fondamentali per affrontare il costante invecchiamento della popolazione.

La **famiglia** è la prima risorsa del “prendersi cura”, sebbene la crescente fragilità delle reti primarie di prossimità faccia emergere sempre più la fatica di farsi carico dei propri familiari in età anziana. Prendersi cura del cittadino anziano implica sempre più spesso prendersi cura anche del sua famiglia.

Per favorire il benessere delle persone anziane e delle loro famiglie occorre offrire risposte che vadano oltre il solo bisogno assistenziale e che possano ampliare, attraverso un approccio globale ed integrato, la tutela del cittadino anziano a più livelli.

Le migliorate condizioni di vita inducono a considerare il superamento della soglia dei 65 anni come l’ingresso in **una nuova dimensione di vita**, in cui la persona anziana può anche essere risorsa per se stessa e per gli altri. Il “**nuovo anziano**” non chiede solo assistenza, ma condizioni che gli consentano di continuare ad essere cittadino come tutti gli altri. Le fragilità dell’individuo non sono legate solo alla salute psico-fisica ed alla progressiva perdita di autonomia, ma toccano sempre di più anche la sfera delle relazioni sociali e dell’ambiente di vita (abitazione, contesto urbano, servizi, infrastrutture). La condizione di solitudine è sempre più diffusa ed aggrava le situazioni di non autosufficienza, povertà e multi problematicità.

LE AZIONI PRINCIPALI

Le principali attività in essere riguardano:

- Il progetto “Trasporto e accompagnamento sociale”
- La rete di sportelli per le assistenti familiari
- L’accesso uniforme ai servizi per la domiciliarità (prassi, tariffario, prestazioni)
- Il Reddito di autonomia (FNA)
- La protezione giuridica
- Il progetto “Demenze”
- La co-progettazione dei servizi per la domiciliarità – La gestione associata
- I quattro Poli territoriali attorno ai quali organizzare:
 - Il servizio di Custodia sociale
 - Il progetto “Tornare a casa”
 - Il servizio di consegna dei pasti a domicilio
 - Il telesoccorso
 - Il tutoring caregiver
 - Infermiere di comunità e di famiglia
 - Dementia Community Friendly
- Azioni per il sostegno a:
 - Reti di territorio e quartiere
 - Progetti di vicinato e di portierato sociale
 - Centri per la Terza Età
 - Promozione dell’invecchiamento positivo

LE PROSPETTIVE FUTURE

Sono cinque i temi da sviluppare attraverso le future progettualità di Ambito inerenti la popolazione anziana:

1. I Servizi per la domiciliarità attraverso

- Il consolidamento della gestione associata in co-progettazione articolata su 4 Poli territoriali
- Lo sviluppo di servizi e azioni che accompagnino il cambiamento investendo sull’innovazione
- L’evoluzione e l’allargamento delle partnership e delle progettualità collegate alla co-progettazione
- Lo sviluppo di strumenti comuni di conoscenza, monitoraggio e feed-back.

2. L’uniformità di accesso ai servizi attraverso

- Lo sviluppo e il consolidamento di servizi, interventi e prestazioni rivolti alla persone anziane al domicilio uniformi a livello di Ambito

- L'introduzione di un sistema di tariffazione unica dei servizi per la domiciliarità per tutti i cittadini dell'Ambito.

3. Lo sviluppo del progetto "Demenze" attraverso

- Il consolidamento ed integrazione del gruppo di lavoro
- La messa in rete dell'esistente, lo sviluppo e il sostegno alle esperienze "leggere"
- L'elaborazione di uno strumento informativo alla portata degli addetti ai lavori e delle famiglie
- La sperimentazione di azioni di Dementia Community Friendly in alcune zone del territorio dell'Ambito.

4. La prevenzione e l'invecchiamento attivo attraverso

- La promozione e la diffusione di stili di vita sani ed approcci preventivi
- Lo sviluppo e sostegno ad azioni di socialità ed aggregazione
- L'introduzione di azioni di regia a livello di Ambito al fine di:
 - Realizzare una pianificazione progettuale nel triennio indirizzata a sostenere cultura, socializzazione e stili di vita, coinvolgendo e coordinando soggetti erogatori della società civile
 - Riorganizzare i Centri per la Terza età favorendo la loro evoluzione in centri di riferimento e di ascolto aperti al territorio.

5. Lo sviluppo di politiche attive attraverso:

- I trasporti, il piano degli orari e dei servizi, le integrazioni tra i servizi sociali e sociosanitari, l'implementazione dei punti di ascolto
- Il Reddito di inclusione.

7.2.4 IL TAVOLO SALUTE MENTALE

LA FOTOGRAFIA DEL CONTESTO

I pazienti residenti nel 2017 nell'Ambito di Bergamo sono **2.145** - di cui 1.054 M (49%) e 1.091 F (51%) – corrispondenti all'**1,4%** della popolazione; essi rappresentano il 14% di tutti i pazienti della Provincia.

I pazienti in carico alla psichiatria, rapportati al numero di adulti residenti nell'Ambito di Bergamo suddivisi per classi di età, sono:

Meno di 19 anni = 2%

Tra i 20 e i 29 anni = 11%

Tra i 30 e i 39 anni = 14%

Tra i 40 e i 49 anni = 22%

Tra i 50 e i 64 anni = 31%

Oltre i 65 anni = 20%.

Le fasce di età con maggiore incidenza sono, nell'ordine, quelle tra i 45 e i 49 anni seguita da quella tra i 50 e i 54 anni e da quella tra i 55 e i 59 anni.

Tra i pazienti residenti nell'Ambito di Bergamo **l'87% sono italiani e il 13% sono stranieri**.

Per ciò che concerne le diagnosi, si tratta di sindromi affettive (25%), schizofrenia (23%), sindromi nevrotiche (22%), disturbi della personalità (12%). Nel 6% dei casi i disturbi sono dovuti all'uso di sostanze psicoattive.

I pazienti che hanno ricevuto prestazioni in tutta la Provincia all'interno di servizi accreditati sono stati (nel 2017) **15.142** - tasso 1,3%.

Il **35%** ha usufruito di una consulenza, il **48%** è inserito in percorsi di assunzione in cura e il **17%** beneficia di una presa in carico multiprofessionale.

Sono stati realizzati **10 progetti di residenzialità leggera** con 5 cooperative sociali iscritte tra gli enti accreditati.

Sono stati erogati compensi motivazionali a **31 pazienti**

Si sono realizzati **28 tirocini di orientamento e risocializzazione**, di cui 14 per l'area salute mentale, presso 21 enti diversi (12 per l'area salute mentale).

A 16 pazienti è stato erogato un supporto economico per progetti abitativi per un importo di 8.500 euro con il progetto di raccolta fondi «Un caffè per due = casa»

Le **Unità di offerta pubbliche e del privato sociale** nel territorio dell'Ambito sono:

- 2 Centri Psico Sociali
- 2 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
- 6 Comunità residenziali (CPA -CPB-CRM)
- 5 Centri Diurni
- 6 appartamenti
- L'ambulatorio Varenna per lo studio e la cura dei disturbi depressivi

I LIVELLI INTEGRATI DI AZIONE

Anche per l'area salute mentale, gli snodi attorno ai quali si ideano e si realizzano le progettualità riguardano

- Il territorio
- La famiglia
- La persona con disagio psichico

Il **territorio**, in quanto contesto comunitario vitale, è il luogo privilegiato dove mettere in atto l'integrazione tra progetti terapeutici specifici e azioni a supporto del vivere sociale della persona che presenta disagio psichico, supportando le possibilità di una reale convivenza.

All'interno dei cambiamenti sociali delle nostre comunità, la **famiglia** della persona con disagio psichico vive in modo amplificato le difficoltà di integrazione del proprio congiunto, trovandosi spesso tra le difficoltà create dalla malattia psichiatrica e la diffidenza del contesto sociale. Elemento

centrale per progetti che migliorino la qualità di vita di chi vive il disagio psichico, la famiglia ha necessità di supporto continuo e di essere coinvolta nelle progettualità.

La **persona con disagio psichico** porta nei suoi contesti di vita sia la malattia psichica e la fragilità individuale e sociale che ne consegue, sia le risorse che ha dentro di sé e che vengono sviluppate e sostenute attraverso il suo percorso di vita e terapeutico. Obiettivo fondamentale è l'integrazione della persona nella comunità nella quale abita superando le difficoltà relazionali, abitative e lavorative che si possono creare.

LE AZIONI PRINCIPALI

Le principali azioni realizzate hanno riguardato:

- Il voucher di residenzialità leggera: si tratta di misure di sostegno attraverso operatori educativi e supporto economico a persone inserite in appartamenti di semi-autonomia
- Compensi motivazionali: supporti economici a sostegno di progetti di autonomia abitativa e di lavoro
- Tirocini socio-occupazionali di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento per sperimentare alcune abilità lavorative
- Il progetto riabilitativo risocializzante “Senza paura” per lo svolgimento di attività individuali e di gruppo e la promozione di relazioni sul territorio
- Azioni di sensibilizzazione, di informazione e di lotta allo stigma legato al tema “Salute mentale”
- Il progetto “Un caffè per due = casa”: attività culturali e artistiche di raccolta fondi a sostegno dei progetti di autonomia abitativa.

LE PROSPETTIVE FUTURE

Le prospettive future dell'area Salute mentale si snodano attorno a quattro temi, ciascuno dei quali prevede lo svolgimento di attività e il perseguimento di obiettivi:

1. Salute Mentale e Territorio

- Continuazione e potenziamento dei progetti di riabilitazione e risocializzazione individuali e di gruppo
- Costruzione di una rete di risorse e sensibilità nel territorio dell'Ambito sul tema della salute mentale
- Attività di sensibilizzazione dei cittadini e lotta allo stigma, con il coinvolgimento delle persone con disagio psichico e delle loro famiglie
- Promozione di nuove risorse di volontariato in relazione con i servizi psichiatrici attivi.

2. Abitare

- Potenziamento del supporto a progetti di abitare autonomo e di residenzialità leggera per dare risposta a un bisogno emergente
- Partecipazione a nuovi progetti di housing sociale
- Costruzione di reti di supporto per realizzare iniziative abitative stabili a lungo termine

- Continuare attività di raccolta fondi finalizzate al sostegno dell'abitare.

3. Lavoro

- Ampliamento, in quantità e qualità, delle opportunità di sperimentazione delle abilità lavorative in contesti socio-occupazionali
- Partecipazione a reti che abbiano l'obiettivo di definire possibilità di inserimento lavorativo.

4. La cura nelle diverse età

- Creazione di reti di supporto domiciliare per persone con disagio psichico e le loro famiglie
- Partecipazione a servizi o iniziative di supporto continuativo a giovani che abbiano avuto episodi di scompenso acuto e appartengano a reti di riferimento fragili, con l'obiettivo del reintegro nei loro contesti ambientali
- Collaborazione e supporto a progettualità di housing sociale che coinvolgano pazienti oltre i 65 anni di età
- Ampliamento della rete degli Amministratori di sostegno.

7.2.5 IL TAVOLO ADULTI

LA FOTOGRAFIA DEL CONTESTO

Le persone senza fissa dimora in Italia sono lo 0,2% della Popolazione. Per ciò che riguarda l'Ambito di Bergamo, le persone senza fissa dimora risultano di prevalente nazionalità italiana. La fascia di età più numerosa è quella compresa **tra i 36 e i 45 anni** (181) seguita da quella **tra i 26 e i 35** (169).

La tipologia di utenza vede una predominanza del disagio generico (319) cui fanno seguito la tossicodipendenza (75), l'alcooldipendenza (79), il disagio psichico (60), i problemi sanitari (30), la prostituzione e la tratta (4). In tema di tossicodipendenza, il servizio di Unità Mobile nella scorsa annualità ha contattato 558 persone, di cui 449 uomini, 108 donne e un1 transgender.

L'Ambito di Bergamo ha in essere numerose convenzioni e accordi, sia nel quadro della programmazione dei singoli Comuni sia del Piano di zona. E' consolidata la collaborazione con ATS e ASST sul piano clinico, preventivo e di contenimento dei danni e dei rischi sociali e sanitari, attraverso l'operatività del SerT di Bergamo.

Nel corso del 2017:

- E' stato realizzato il percorso di progettazione del bando PON i FEAD
- Le persone che hanno fruito dei servizi di bassa soglia sono state 694 di cui 151 provenienti dai Comuni dell'Ambito e 178 da altri Ambiti della Provincia; 53 con residenza in regione Lombardia, 39 provenienti da altre Regioni, 48 senza fissa dimora.

Tra le realtà del Terzo settore che operano attivamente a favore degli adulti e che sovente conducono dei progetti in condivisione vi sono: Patronato San Vincenzo (Servizio Esodo, educativa di strada, mensa – Comunità di Sorisole, posti letto e progetti educativi), Opera Bonomelli-Nuovo Albergo Popolare (posti letto, mensa, docce e progetti educativi e housing sociale), Associazione Diakonia

Onlus (dormitorio maschile e femminile, mensa, docce, guardaroba, progetti educativi), Cooperativa Con-tatto/Comunità “Il mantello” (posti letto in comunità femminile e diurni con finalità educativa per donne e housing sociale), Cooperativa Ruah (dormitorio maschile e interventi educativo/formativi; casa di accoglienza per stranieri), Cooperativa di Bessimo (riduzione del danno e assistenza educativa di strada nell'area delle dipendenze), Il Pugno aperto (interventi educativi, ascolto e orientamento), Cooperativa Ruah (accoglienza, inserimento lavorativo, formazione), San Vincenzo dei Paoli (aiuto alle persone povere, ammalate, straniere), Associazione Banco di Solidarietà di Bergamo (distribuzione di generi alimentari).

È attivo, coordinato dal Comune di Bergamo, il progetto “Terre di Mezzo” in collaborazione con TRENORD: la stazione ferroviaria di Bergamo e i treni sono luoghi in cui le persone in condizioni di grave marginalità spesso si riparano nelle ore notturne.

I LIVELLI INTEGRATI DI AZIONE

Le particolari condizioni in cui vivono le persone a grave rischio di marginalità fanno sì che i tre fattori che sono stati considerati per tutte le aree – territorio, famiglia e persone –, pur rimanendo elementi cui tendere e temi di lavoro fondamentali, vengano declinati in modi e chiavi differenti.

Gli interventi di contrasto ai fenomeni di grave marginalità, infatti, sono prevalentemente di stampo specialistico ed individuale. Il fenomeno della marginalità porta con sé pregiudizi che rendono difficile l'approccio con la comunità. Vi è, però, consapevolezza che l'unico riscatto sociale passi attraverso la ricostruzione di legami comunitari.

Le persone che vivono la condizione di emarginazione sono sole; anche quando hanno ancora legami familiari, essi sono fragili e destrutturati. L'esposizione alla vita di strada «brucia» le relazioni familiari.

Va prestata la dovuta attenzione al fatto che le trasformazioni sociali in atto rischiamo di spingere porzioni significative della popolazione in condizione di vulnerabilità. Quest'ultima, se non opportunamente contrastata, può diventare grave emarginazione. La spirale che porta gli individui in questa condizione appare legata sia alla perdita del lavoro sia alla coesistenza di patologie psichiche e/o all'abuso di sostanze.

LE AZIONI PRINCIPALI

Le azioni principali hanno riguardato:

- Il progetto NEW NETWORK del Comune di Bergamo, con valenza provinciale, in collaborazione con Agenzia di Tutela della Salute (ATS) e Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, Cooperativa Bessimo, Ruah, Il Mantello e Nuovo Albergo Popolare per lo sviluppo di nuove strategie di inclusione a favore di persone in situazioni di grave marginalità sociale con particolare riguardo a persone tossico/alcooldipendenti e, fra esse, quelle appartenenti alla popolazione giovanile (18-29 anni) e di genere femminile. Il progetto promuove azioni di riduzione del danno, aggancio, orientamento e facilitazione nell'accesso ai servizi. E' stato finanziato da POR FSE 2014-2020;
- Il progetto provinciale con Bergamo capofila “Sentieri di libertà. Un ponte per l'esecuzione penale di comunità” da parte di Regione Lombardia per lo sviluppo di interventi di

accompagnamento all'inclusione socio lavorativa delle persone adulte sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Il progetto vede la partnership della Provincia di Bergamo, Risorsa Sociale, l'Associazione Carcere e Territorio, l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo (ATS), l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII. E' stato finanziato da POR FSE 2014-2020;

- Tirocini socio-occupazionali di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento per sperimentare le abilità lavorative;
- Il progetto riabilitativo risocializzante "Senza paura" per attività individuali e di gruppo e la promozione di relazioni sul territorio;
 - Il progetto di Ambito PON Inclusione e PO I FEAD per la Grave marginalità. E' stato finanziato da PON FSE 2014-2020 in co-progettazione con il Terzo settore.

LE PROSPETTIVE FUTURE

Le prospettive di sviluppo della prossima triennialità riguarderanno:

1. La rete dei servizi e degli attori attraverso

- La riapertura di un tavolo specifico di confronto dei soggetti impegnati nei servizi di contrato alla grave emarginazione
- La costruzione di protocolli di collaborazione tra i diversi attori
- Il raccordo stretto con l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito 1
- Il radicamento degli interventi legati al REI.

2. L'abitare attraverso

- La sperimentazione di un modello di intervento denominato Housing First
- La riprogettazione del dormitorio Galgario
- Un'attenzione dedicata al fenomeno della marginalità al femminile.

3. Il lavoro attraverso

- La costruzione di esperienze socio occupazionali volte a fornire strumenti per percorsi di inclusione lavorativa
- Nell'ambito delle azioni REI, verificare gli spazi per una possibile collaborazione con le realtà datoriali e dei servizi al lavoro per la costruzione di protocolli dedicati all'inserimento lavorativo anche utilizzando gli strumenti della DUL.

4. Migliorare l'azione di aggancio attraverso

- La rivisitazione della rete dei servizi che svolgono una funzione di aggancio volta ad una più efficiente ed efficace copertura del fenomeno
- Lo sviluppo di azioni sperimentali per favorire l'aggancio di persone giovani che si trovano in situazione di emarginazione
- Lo sviluppo di attenzioni specifiche per facilitare l'accesso alla rete dei servizi da parte delle donne.



Prologo provinciale e distrettuale Piani di Zona 2018-2020

Approvato da Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci,
Presidenti delle Assemblies dei Sindaci dei Distretti,
Presidenti delle Assemblies dei Sindaci degli Ambiti distrettuali
nella seduta del 23 maggio 2018

Bergamo, Maggio 2018

LE RAPPRESENTANZE DEI SINDACI

Conferenza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci D.Lgs. 502/1992 - L.r. 33/2009:

1. formula, nell'ambito della programmazione ATS, proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e sociale,
2. partecipa alla verifica dell'attuazione dei programmi e dei progetti di competenza dell'ATS e delle ASST,
3. promuove l'integrazione delle funzioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie,
4. esprime un parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

La Conferenza dei Sindaci è composta dai rappresentanti dei 243¹⁰ Comuni compresi nel territorio dell'ATS di Bergamo. La Conferenza elegge Presidente e vice Presidente, che rivestono la medesima funzione anche nel Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci (composto da altri tre componenti, eletti sempre dalla Conferenza).

La Conferenza dei Sindaci attraverso il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci attua l'esercizio delle sue funzioni in un'ottica di indirizzo programmatico provinciale favorendo lo sviluppo di politiche di welfare territoriale integrate tra la sfera sociale di competenza comunale/Ambito Territoriale e quella sociosanitaria e sanitaria in capo a Regione Lombardia e all'ATS.



Presidente Conferenza dei Sindaci e Presidente Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci	Maria Carolina Marchesi Assessore alla coesione sociale Comune di Bergamo
Vice Presidente Conferenza dei Sindaci e vice Presidente Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci	Cesare Maffei Consigliere Comune di Cene
Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci	Augusto Baruffi Consigliere Comune di Caravaggio
	Federica Bruletti Sindaco Comune di Levate
	Sebastian Nicoli Sindaco Comune di Romano di Lombardia

¹⁰ La Legge n. 225 del 29/12/2017 ha aggregato il Comune di Torre de' Busi alla provincia di Bergamo, **portando a 243 il numero complessivo dei Comuni del territorio dell'ATS di Bergamo**. Si resta in attesa dell'assunzione del provvedimento regionale che definisca l'Ambito Territoriale/distrettuale di collocazione.

Assemblee dei Sindaci del Distretto

Le Assemblee dei Sindaci del Distretto sono composte dai rappresentanti dei Comuni ricompresi nel territorio dei Distretti in cui è suddivisa l'ATS di Bergamo.

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto ha il compito prioritario di definire il raccordo e l'integrazione della programmazione sociale territoriale con gli interventi sanitari e sociosanitari di competenza del Distretto ATS e dell'ASST.

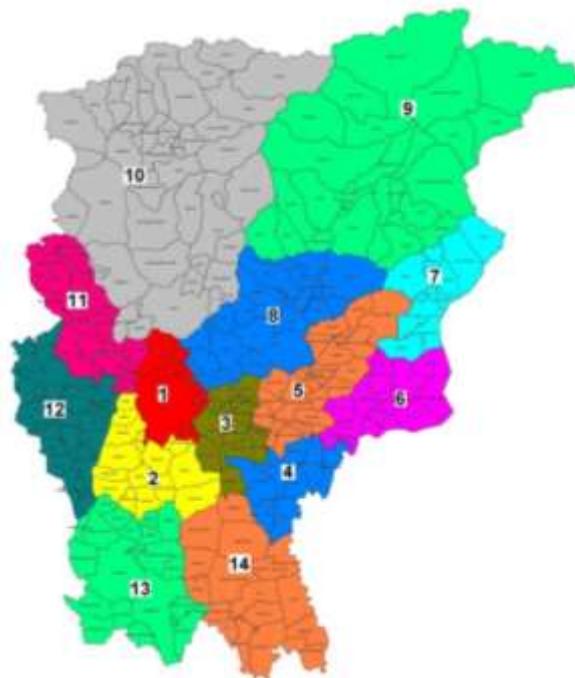


Distretto Bergamo	<i>Ambiti distrettuali:</i> Bergamo, Valle Brembana, Valle Imagna-Villa d'Almè	Presidente Zaccheo Moscheni Assessore Comune di Rota Imagna
		Vice Presidente: Giovanni Rocchi Assessore Comune di Piazzolo
Distretto Bergamo Ovest	<i>Ambiti distrettuali:</i> Treviglio, Romano di Lombardia, Dalmine, Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino	Presidente Elena Poma Sindaco Comune di Stezzano
		Vice Presidente: Giuseppe Casali Sindaco Comune di Suisio
Distretto Bergamo Est	<i>Ambiti distrettuali:</i> Seriate, Grumello del Monte, Val Cavallina, Alto Sebino, Basso Sebino, Val Seriana, Val Seriana Superiore-Val di Scalve	Presidente Gabriele Cortesi Vice Sindaco Comune di Seriate
		Vice Presidente: Alberto Maffi Sindaco Comune di Gandosso

Assemblee dei Sindaci di Ambito distrettuale

Le Assemblee dei Sindaci di Ambito distrettuale sono composte dai rappresentanti dei Comuni degli Ambiti distrettuali ricompresi nel territorio dei Distretti dell'ATS – 14 Ambiti Territoriali/distrettuali, L.328/00.

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale 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.



Ambito Territoriale/ distrettuale	Comuni afferenti	Presidente e vice Presidente Assemblea dei Sindaci di Ambito distrettuale
Bergamo	Bergamo, Orio al Serio, Gorle, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone	<p style="text-align: center;">Sara Tassetti Assessore Comune di Gorle</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">Vice: Chiara Gamba Assessore Comune di Ponteranica</p>
Dalmine	Azzano San Paolo, Boltiere, Ciserano, Comun Nuovo, Curno, Dalmine, Lallio, Levate, Mozzo, Osio Sopra, Osio Sotto, Stezzano, Treviolo, Urganò, Verdellino, Verdello, Zanica	<p style="text-align: center;">Lorella Alessio Sindaco Comune di Dalmine</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">Vice: Federica Brulletti Sindaco Comune di Levate</p>
Seriate	Albano Sant'Alessandro, Bagnatica, Brusaporto, Cavernago, Costa di Mezzate, Grassobbio, Montello, Pedrengo, Scanzorosciate, Seriate, Torre dé Roveri	<p style="text-align: center;">Gabriele Cortesi Vice Sindaco Comune di Seriate</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">Vice: Maurizio Donisi Sindaco di Albano Sant'Alessandro</p>
Grumello del Monte	Bolgare, Calcinate, Castelli Calepio, Chiuduno, Grumello del Monte, Mornico al Serio, Palosco, Telgate	<p style="text-align: center;">Stefano Locatelli Sindaco Comune di Chiuduno</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">Vice: Stefano Foglieni Assessore Comune di Bolgare</p>

Ambito Territoriale/ distrettuale	Comuni afferenti	Presidente e vice Presidente Assemblea dei Sindaci di Ambito distrettuale
Valle 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	Paolo Meli Consigliere Comune di Monasterolo Vice: Sergio Zappella Sindaco Comune di Casazza
Monte Bronzone - Basso Sebino	Adrara San Martino, Adrara San Rocco, Credaro, Foresto Sparso, Gandosso, Parzanica, Predore, Sarnico, Tavernola Bergamasca, Viadanica, Vigolo, Villongo	Alberto Maffi Sindaco Comune di Gandosso Vice: Maria Ori Belometti Sindaco Comune di Villongo
Alto Sebino	Bossico, Castro, Costa Volpino, Fonteno, Lovere, Pianico, Riva di Solto, Rogno, Solto Collina, Sovere	Giovanni Guizzetti Sindaco Comune di Lovere Vice: Patrick Rinaldi Assessore Comune di Costa Volpino
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	Cesare Maffei Consigliere Comune di Cene Vice: Giovanna Taglione Assessore Comune di Ranica
Val Seriana Superiore - Val di Scalve	Ardesio, Azzone, Castione della Presolana, Cerete, Clusone, Colere, Fino del Monte, Gandellino, Gorno, Gromo, Oltressenda Alta, Oneta, Onore, Parre, Piario, Ponte Nossia, Premolo, Rovetta, Schilpario, Songavazzo, Valbondione, Valgoglio, Villa d'Ogna, Vilminore di Scalve	Antonella Luzzana Vice Sindaco Comune di Clusone Vice: Pietro Antonio Piccini Sindaco Comune di Azzone
Valle Brembana	Algua, Averara, Blello, 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, Ubiale, Clanezzo, Val Brembilla, Valleve, Valnegra, Valtorta, Vedeseta, Zogno	Patrizio Musitelli Assessore Comune di Val Brembilla Vice: Virna Facheris Sindaco Comune di Valnegra
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	Gianbattista Brioschi Sindaco Comune di Almenno San Bartolomeo Vice: Massimo Bandera Sindaco Comune di Almè
Isola Bergamasca - Bassa 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	Giuseppe Casali Sindaco Comune di Suisio Vice: Marzio Zirafa Sindaco Comune di Ponte San Pietro
Treviglio	Arcene, Arzago d'Adda, Brignano Gera d'Adda, Calvenzano, Canonica d'Adda, Caravaggio, Casirate d'Adda, Castel Rozzone, Fara Gera d'Adda, Forno San Giovanni, Lurano, Misano Gera d'Adda, Mozzanica, Pagazzano, Pognano, Pontirolo Nuovo, Spirano, Treviglio	Dimitri Bugini Sindaco Comune di Lurano Vice: Juri Imeri Sindaco Comune di Treviglio
Romano di Lombardia	Antegnate, Barbata, Bariano, Calcio, Cividate al Piano, Cologno al Serio, Cortenuova, Covo, Fara Olivana con Sola, Fontanella, Ghisalba, Isso, Martinengo, Morengo, Pumenengo, Romano di Lombardia, Torre Pallavicina	Sebastian Nicoli Sindaco Comune di Romano di Lombardia Vice: Fiorenzo Bergamaschi Sindaco Comune di Bariano

La Legge n. 225 del 29/12/2017 ha aggregato il Comune di Torre de' Busi alla provincia di Bergamo, **portando a 243 il numero complessivo dei Comuni del territorio dell'ATS di Bergamo**. Si resta in attesa dell'assunzione del provvedimento regionale che definisca l'Ambito Territoriale/distrettuale di collocazione.

I PIANI DI ZONA 2018-2020

I Piani di Zona per il triennio 2018-2020 si inseriscono in un quadro normativo e amministrativo ancora in fase di trasformazione a seguito delle modifiche della L.r. 33/2009 introdotte dalla L.r. 23/2015 relativa all'evoluzione del Servizio Sociosanitario Lombardo, la quale, apportando anche sostanziali correttivi alla L.r. 3/2008, ha modificato gli assetti del welfare lombardo mutandone il quadro organizzativo e quello delle relazioni istituzionali.

I nuovi Piani di Zona dovranno tra l'altro ricomprendere nella loro programmazione i nuovi provvedimenti nazionali e regionali per il contrasto alla povertà (Re.I-Reddito di Inclusione), per il sostegno a persone affette da grave disabilità ma prive del sostegno familiare (Dopo di Noi) e per il welfare abitativo: l'integrazione, non solo quella sociosanitaria, deve quindi rimanere uno dei focus della nuova programmazione.

Regione Lombardia nel corso della X legislatura ha proseguito nel consolidamento del welfare lombardo sviluppando, accanto al supporto, al finanziamento e all'accreditamento dei servizi e delle Unità di Offerta Sociosanitarie anche nuovi servizi e interventi finalizzati a fornire risposte innovative ai bisogni emergenti delle persone.

In questa prospettiva sono state promosse le seguenti principali misure: Fondo Nazionale non Autosufficienza – B1 e B2, residenzialità leggera/assistita, residenzialità minori disabili gravissimi, RSA aperta, Bonus famiglia, abolizione del “superticket”, Nidi gratis, Voucher autonomia per anziani e persone con disabilità, Progetto di Inserimento lavorativo (PIL), sostegni a genitori separati, risorse per la sperimentazione di azioni di conciliazione dei tempi lavorativi con quelli familiari, sviluppo territoriale del Fondo europeo Asilo, Migrazione e Integrazione.

La programmazione delle politiche sociali locali, per necessità, deve prendere le mosse da una profonda conoscenza dei bisogni rilevati nel territorio al fine di individuare ed attuare risposte efficienti, efficaci e possibilmente eque.

Attuare una lettura e un'analisi dei dati significa infatti poter interpretare in modo adeguato bisogni ed esigenze emergenti dalle comunità locali.

In prospettiva è facile immaginare che l'intero “sistema welfare”, nei prossimi anni, dovrà essere in grado di rispondere prontamente ad un continuo modificarsi della società (longevità, precarietà, digitalizzazione) in un quadro di prevedibile riduzione delle risorse pubbliche, di crescita delle disuguaglianze sociali, di impoverimento delle reti e dei legami familiari e sociali.

La costruzione di un welfare locale in forma partecipata e integrata passa però non solo attraverso processi di innovazione ma anche e soprattutto attraverso la **valorizzazione delle risorse della comunità**: proprio per questo la programmazione del prossimo triennio avrà tra le sue matrici di riferimento la famiglia e le comunità locali, componenti attive del sistema di protezione sociale in grado di creare coesione sociale, crescita, integrazione, inclusione e anche prevenzione.

La condizione nella quale verrà sviluppata **la programmazione sociale del triennio 2018-2020 rimane tuttavia di profonda incertezza, dato l'attuale “momento di passaggio”**: si assiste infatti alla nascente XI legislatura regionale lombarda, mentre ancora si attende la costituzione del nuovo Governo italiano. Questo porta con sé la consapevolezza che tutto ciò potrebbe portare nel triennio a venire ulteriori mutamenti, riorganizzazioni ed evoluzioni dell'assetto istituzionale e dei provvedimenti a favore dell'area sociale.

A livello locale, oltre alla complessità dovuta alla necessità di gestione unitaria delle numerose misure attivate negli anni dal livello nazionale e regionale per il sostegno delle persone in difficoltà, si aggiunge anche quella di un territorio che è in trasformazione: la riforma sociosanitaria lombarda, la nascita dei Distretti, la declinazione delle Linee guida regionali per i Piani di Zona 2018-2020 hanno incrementato con forza la spinta verso l'aggregazione e la ricomposizione di territori e servizi.

Oggi gli Ambiti stanno lavorando su progettualità comuni a livello distrettuale, azioni che presumibilmente saranno nel tempo ulteriormente sviluppate e consolidate.

Entro il 30 giugno 2018 saranno 13 gli Ambiti distrettuali che presenteranno i Piani di Zona 2018-2020, mentre l'Ambito di Grumello del Monte, non soddisfacendo i parametri quantitativi previsti dall'articolo 7 bis della L.r. 23/2015, prorogherà l'Accordo del precedente Piano di Zona restando Ambito Territoriale.

Sugli assetti ed i confini territoriali inciderà anche la definitiva assegnazione ad un Ambito distrettuale del 243° Comune della provincia di Bergamo: Torre de' Busi.

In termini economici, ci si aspetta, per la gestione associata degli Ambiti Territoriali/distrettuali, una conferma delle principali risorse: Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo Nazionale per la non Autosufficienza e Fondo Sociale Regionale, dall'altro si attende l'introduzione del Fondo Nazionale Povertà per il quale è previsto un costante incremento finanziario nei prossimi anni e che porterà in prospettiva, anche grazie alla riforma del Terzo Settore (L.106/2016), alla costruzione di nuovi interventi nel sistema di welfare.

In un quadro programmatico dunque nuovo, nello sforzo costante di mantenere e migliorare il welfare locale, **è il sistema che va riformato per affrontare vecchie e nuove criticità**, individuando sia azioni da mettere in atto in continuità col passato recente, sia processi nuovi.

Perché se è vero che il Prologo provinciale ai Piani di Zona 2018-2020 si innesta su un quadro programmatico diverso da quello del precedente triennio, ciononostante alcune delle priorità individuate nella precedente programmazione sono ancora attuali, necessitano ancora di essere fronteggiate in modo che i processi attivati siano consolidati nel lungo termine.

IL QUADRO DELLE CONOSCENZE

Demografia e territorio

La popolazione residente nel territorio dell'ATS di Bergamo è costituita da 1.112.010 abitanti, di cui 550.898 uomini e 561.112 donne (dati ISTAT al 1° gennaio 2017). Dei 243¹¹ Comuni bergamaschi, 167 sono quelli con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti, 69 quelli con popolazione compresa tra i 5.000 e 15.000 abitanti, 7 quelli con popolazione superiore ai 15.000 abitanti. Solamente il Comune capoluogo supera le 100.000 unità.

Il territorio provinciale ha una superficie pari a 2.755 km² ed è costituito per il 63,5% da montagna, per il 24,4% da pianura e per il 12% da collina.

La *Figura 1* illustra la distribuzione territoriale della popolazione provinciale: la maggiore densità interessa la zona urbana, peri-urbana e della Bassa Bergamasca, mentre le zone montuose appaiono le meno popolate.

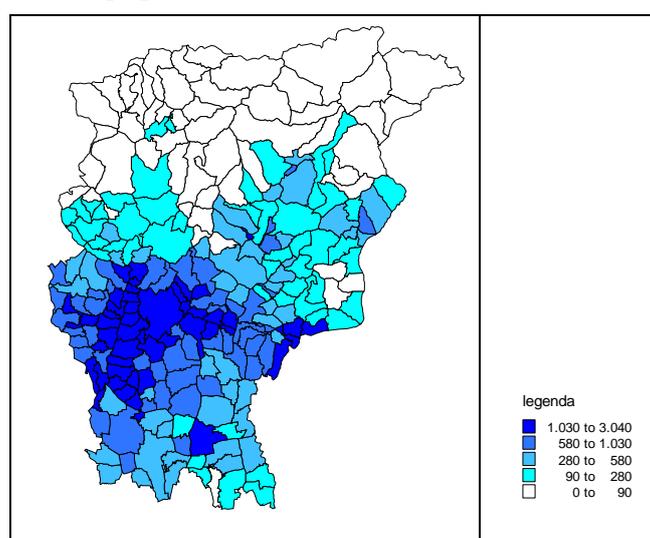


FIG. 1 - DENSITÀ DEMOGRAFICA PROVINCIALE. FONTE: ELABORAZIONE

Il territorio dell'ATS di Bergamo presenta una suddivisione in 3 Distretti: Distretto Bergamo, Distretto Bergamo Est, Distretto Bergamo Ovest. I Distretti sono a loro volta articolati in Ambiti Territoriali/distrettuali. Risulta interessante notare la composizione demografica e la densità abitativa all'interno dei diversi Ambiti (vd. Tab. 1, 2 e 3).



Ambito Territoriale/distrettuale	Distretto	n. Comuni	Popolazione	Densità abitativa per km2
Bergamo	Bergamo	6	152.304	2.194,09
Valle Brembana	Bergamo	37	42.256	66,65
Valle Imagna - Villa d'Almè	Bergamo	20	52.839	454,86
TOTALE		63	247.399	2.715,60

¹¹ La Legge n. 225 del 29/12/2017 ha aggregato il Comune di Torre de' Busi alla provincia di Bergamo portando a 243 il numero complessivo dei Comuni nel territorio dell'ATS di Bergamo. Si resta in attesa dell'assunzione del provvedimento regionale che definisca l'Ambito distrettuale di collocazione.



Ambito Territoriale/distrettuale	Distretto	n. Comuni	Popolazione	Densità abitativa per km ²
Seriate	Bergamo Est	11	77.472	1.128,03
Grumello del Monte	Bergamo Est	8	49.876	655,53
Valle Cavallina	Bergamo Est	20	55.159	410,16
Monte Bronzone - Basso Sebino	Bergamo Est	12	32.058	316,14
Alto Sebino	Bergamo Est	10	31.287	300,31
Valle Seriana	Bergamo Est	18	98.739	510,76
Valle Seriana Superiore e Val di Scalve	Bergamo Est	24	43.758	72,65
TOTALE		103	388.349	3.393,58



Ambito Territoriale/distrettuale	Distretto	n. Comuni	Popolazione	Densità abitativa per km ²
Dalmine	Bergamo Ovest	17	145.519	1.242,89
Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino	Bergamo Ovest	24	133.309	1.029,79
Treviglio	Bergamo Ovest	18	112.569	625,85
Romano di Lombardia	Bergamo Ovest	17	84.865	430,97
TOTALE		76	476.262	3.329,50

TAB. 1-2-3 COMPOSIZIONE DEMOGRAFICA AMBITI TERRITORIALI DELLA PROVINCIA DI BERGAMO, SUDDIVISI PER DISTRETTO, ANNO 2016

(FONTE: ELABORAZIONE UFFICIO SINDACI - ATS BERGAMO)

La struttura demografica della popolazione nel territorio dell'ATS di Bergamo presenta un indice di vecchiaia pari a 136,25 con sistematico incremento rispetto agli anni precedenti, aumentando di circa 19 punti in un quinquennio (era 117,56 del 2012). Tale indice rimane comunque inferiore sia a quello regionale (159,11), che a quello nazionale (165,33).

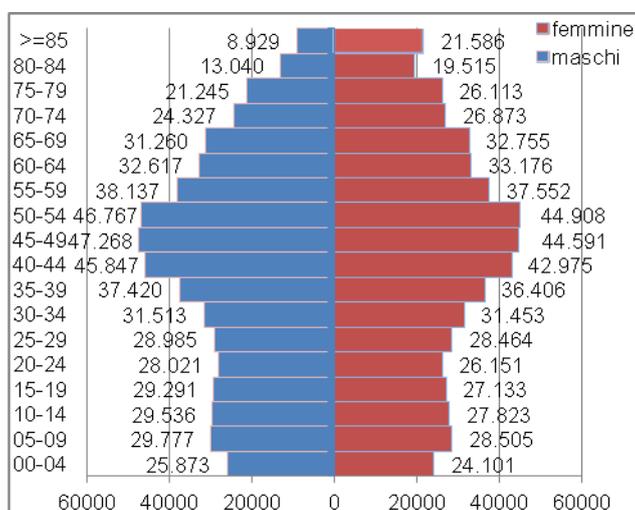


FIG. 2 - PIRAMIDE DELLE ETÀ.

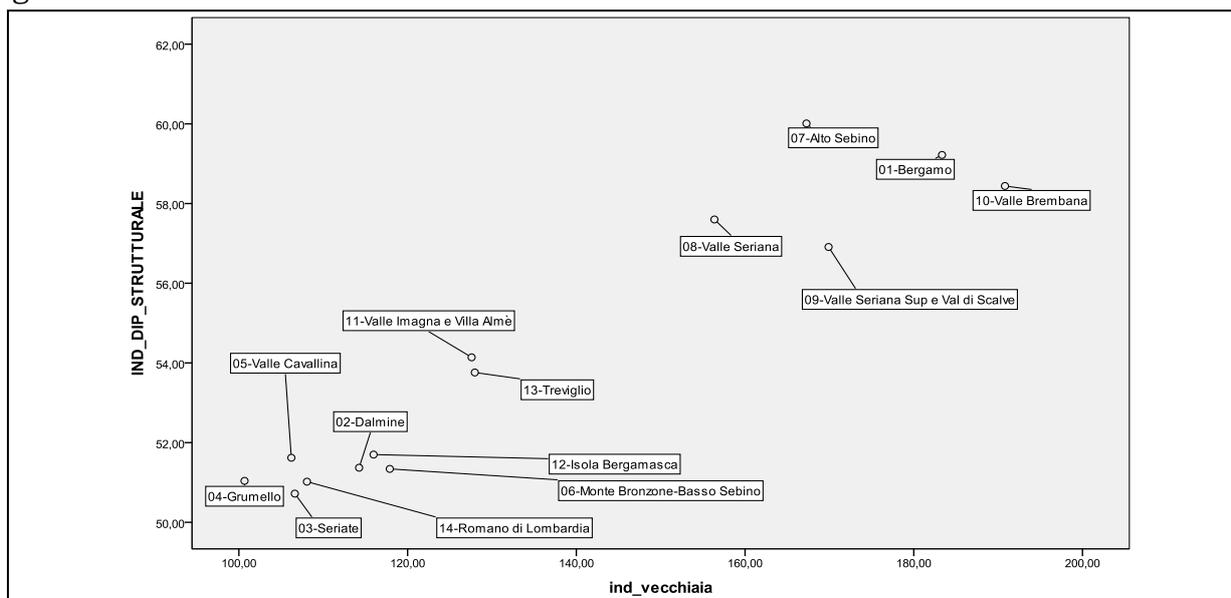
FONTE: ELABORAZIONE SERVIZIO EPIDEMIOLOGICO AZIENDALE ATS DI BERGAMO SU DATI TUTTITALIA DA CENSIMENTI ISTAT AL 01.01.2017

Gli indici di vecchiaia più rilevanti nel territorio dell'ATS di Bergamo si registrano negli Ambiti della Valle Brembana con 199,11, di Bergamo con 185,90 e della Valle Seriana Superiore – Val di Scalve con 178,92.

Il trend di natalità vede un calo sistematico del relativo indice (numero dei nati vivi su 1000 abitanti), passato da 10,64 nel 2002 a 8,50 nel 2016.

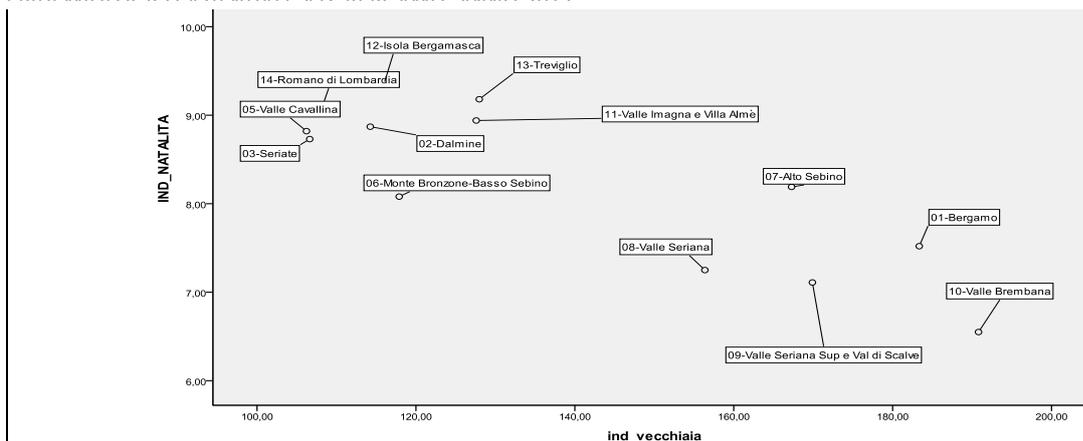
L'indice di mortalità (calcolato sul numero dei decessi per 1000 abitanti) ha, invece, un trend più costante mantenendosi dal 2015 superiore a quello della natalità e raggiungendo nel 2016 il valore di 8,68 (l'indice di natalità si ferma a 8,50).

Si conferma, come da tabella seguente, la notevole eterogeneità sul territorio per gran parte degli indici considerati.



Il grafico individua il posizionamento degli Ambiti per due valori congiunti: l'asse X rappresenta i valori dell'indice di vecchiaia (più si procede verso destra, maggiore è la presenza degli anziani), mentre l'asse Y rappresenta i valori dell'indice di carico sociale (ovvero la dimensione quantitativa delle età convenzionalmente "non produttive").

FIG. 3-4 INDICI DI VECCHIAIA/DIPENDENZA STRUTTURALE, NATALITÀ/VECCHIAIA. FONTE: ELABORAZIONE SERVIZIO EPIDEMIOLOGICO AZIENDALE ATS BERGAMO ANNO 2017



Similarmente al precedente grafico, l'asse X rappresenta i valori dell'indice di vecchiaia (più si procede verso destra, maggiore è la presenza degli anziani), mentre l'asse Y rappresenta i valori del tasso di natalità. Si evidenziano sempre più 2 cluster di Ambiti: il primo, composto da Valle Brembana, Alto Sebino, Bergamo, Valle Seriana e Valle Seriana Superiore-Val di Scalve, con alto indice di vecchiaia e basso indice di natalità; il secondo, composto dagli altri Ambiti (Grumello, Seriate, etc.) dove è vi è maggiore presenza di popolazione più giovane, o comunque un mix di età più equilibrato.

Questi dati descrivono il momento di transizione demografica in atto nel nostro territorio, come evidenziato dall'evoluzione della composizione dei nuclei familiari (Tab. 4-5), che ad oggi, per la maggior parte, sono composti da 1 persona.

TAB. 4 – FAMIGLIE PER NUMERO DI COMPONENTI

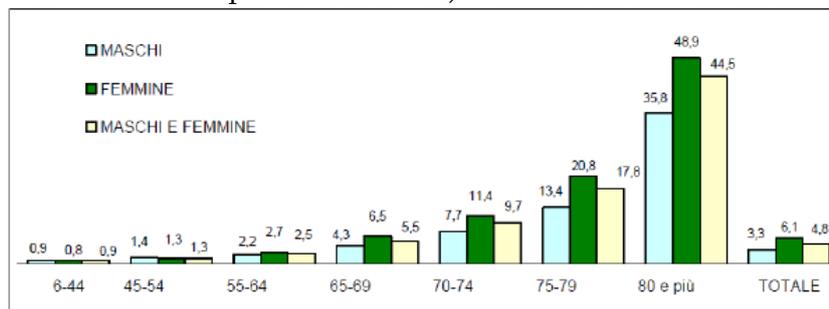
N. Componenti	N. nuclei familiari	%
1	138.564	29,88%
2	128.256	27,66%
3	95.689	20,63%
4	77.159	16,64%
5	17.589	3,79%
6	6.475	1,40%

TAB. 5 – FAMIGLIE SUDDIVISE PER

Tipologia di famiglie	N. nuclei familiari
Famiglie monocomposte	136.579
Famiglie senza figli	96.156
Madri con figli	34.096
Padri con figli	6.862

Salute

In linea generale, si assiste ad un progressivo aumento dell'aspettativa di vita con un maggiore livello di benessere individuale e sociale: la longevità della popolazione è correlata però ad un sostanziale incremento della prevalenza di patologie cronic-degenerative ed all'aumento del numero di soggetti adulti/anziani affetti da patologie croniche e di lungo termine; si osserva un aumento della fragilità legata alla perdita di abilità fisiche, psicologiche e sociali, spesso in presenza di quadri clinici di grande complessità. A livello provinciale si contano 354.596 pazienti cronici, che costituiscono il 32% della popolazione.



Fonte: Istat, Indagine multiscopo, anno 2008.

Persone disabili di età superiore ai 6 anni, suddivise per classi di età e sesso – Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e classi di età).

Sulla salute e sul benessere della persona e della comunità incide molto, ad oggi, lo stile di vita, come si evidenzia nello schema seguente.



Stili di vita e mantenimento della capacità funzionale

Lavoro

Le forze lavoro (persone occupate o attivamente in cerca di lavoro residenti in provincia di Bergamo) sfiorano nel 2017 il mezzo milione (499.000). Gli occupati sono 478.000, con un tasso di occupazione che si è registrato in costante progresso negli ultimi tre anni (65,3% tra i 15 e i 64 anni di età). Le persone in cerca di occupazione si riducono a poco più di 21.000 e il tasso di disoccupazione è pari al 4,2%, il livello più basso degli ultimi sette anni. Nel 2017 si è anche ridotta sensibilmente la disoccupazione giovanile, che si attesta al 14,1% per i giovani attivi di età compresa tra 15 e 24 anni e al 9,7% per i giovani attivi di età compresa da 18 a 29 anni.

Se il mercato del lavoro risulta così essere tornato, dal punto di vista quantitativo, a livelli antecedenti la crisi economica italiana, a livello qualitativo si riscontra una contrazione (-5,1% rispetto al 2016) degli avviamenti complessivi a tempo indeterminato (28.873, equivalenti al 20% degli avviamenti), contrapposto all'aumento di avviamenti sotto forma di diverse forme contrattuali: l'aumento dei tirocini (6.135 pari al +21,9% sul 2016) considerate come esperienze lavorative di formazione, ed una netta crescita degli avviamenti complessivi a tempo determinato (71.297 equivalenti alla metà degli avviamenti,+23,5% sul 2016).

Forze lavoro in provincia di Bergamo, 2008-2017

Valori medi annui (migliaia)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Popolazione di 15 anni e più	886,4	897	904,2	911,5	917,5	924,8	930,4	932,9	935	937,9
Occupati di 15 anni e più	465	460,7	460,5	459,8	449,8	455,5	447,5	457,4	470,1	477,9
In cerca di occupazione di 15 anni e più	14,2	17,5	17,8	19,5	33,3	36,5	35,8	28,2	26,3	21,1

Tassi specifici	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tasso di attività (15-64 anni)	66,9	66,3	66	65,8	66,4	67,1	66	66,6	68,1	68,2
Tasso di occupazione (15-64 anni)	64,9	63,9	63,5	63,1	61,8	62	61,1	62,7	64,4	65,3
Tasso di inattività (15-64 anni)	33,01	33,7	34	34,2	33,6	32,9	34	33,4	31,9	31,8
Tasso di disoccupazione	3	3,7	3,7	4,1	6,9	7,4	7,4	5,8	5,3	4,2
Tasso di disoccupazione (15-24 anni)	8	11,5	11,8	15,3	25,2	29,7	29,4	30,6	25	14,1
Tasso di disoccupazione (18-29 anni)	5,6	7,1	6,8	10,1	16,1	16	18,3	13,7	14,1	9,7

Fonte: dati ISTAT - elaborazione CCIA di Bergamo - anno 2017

Istruzione

All'inizio dell'anno scolastico 2017/2018, sono 169.632 gli studenti iscritti nelle scuole bergamasche, in diminuzione rispetto all'anno scolastico 2016/2017 (170.830 iscritti).

Gli studenti sono così suddivisi: 137.615 alunni nelle scuole statali (in diminuzione rispetto ai 137.785 del 2016/2017), 32.017 alunni nelle scuole paritarie in diminuzione rispetto ai 33.045 del 2016/2017).

Gli studenti disabili salgono a 4.360 unità (erano 4.169 nel precedente anno scolastico), di cui 969 con disabilità grave: fra questi, 60 sono inseriti in dieci scuole potenziate. Per quanto concerne le attività gestite dai Comuni, ovvero assistenza per l'autonomia e la comunicazione, per il vigente anno scolastico si contano circa 2.600 studenti assistiti, per un totale di 30.000 ore stimate di assistenza educativa. A questo dato si aggiunge l'assistenza educativa ai disabili sensoriali, gestita dall'ATS di Bergamo, che conta 135 alunni, dei quali 64 con disabilità visiva e 71 con disabilità uditiva.

TIPOLOGIA DI SCUOLA	ALUNNI	CLASSI	POSTI	di cui ALUNNI DISABILI	di cui POSTI DI SOSTEGNO
Scuola infanzia	9.303	393	965	313	191
Scuola primaria	51.527	2.559	5.165	1.871	936
Scuola di 1° grado	31.070	1.435	3.375	1.376	665
Scuola di 2° grado	45.715	1.912	4.118	800	388
TOTALE	137.615	6.299	13.623	4.360	2.180

Fonte: USR Lombardia – Ufficio III Ambito Territoriale di Bergamo – anno 2017

Povertà

Nel settembre 2016 è stato introdotto nella nostra provincia il SIA-Sostegno per l'Inclusione Attiva, prima misura nazionale di contrasto alla povertà, che prevedeva l'erogazione di un beneficio economico (Carta SIA) alle famiglie in condizione di povertà nelle quali almeno un componente fosse minorenni o nelle quali fosse presente un figlio disabile (anche maggiorenne) o una donna in stato di gravidanza accertata.

Per godere del beneficio, il nucleo familiare del richiedente doveva aderire ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti Territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (Centri per l'Impiego, servizi sanitari, scuole) e con i soggetti del Terzo Settore, le parti sociali e tutta la comunità. Nel periodo compreso tra settembre 2016 e ottobre 2017 sono state presentate ai Comuni afferenti ai 14 Ambiti Territoriali 2.381 domande di richiesta del beneficio, delle quali 876 (37%) sono state accettate ai fini dell'ottenimento del contributo.

Dal 1° gennaio 2018 il SIA è stato sostituito dal Re.I.-Reddito di Inclusione, una misura di contrasto alla povertà dal carattere universalistico, subordinata alla valutazione della condizione economica. Il Re.I. costituisce un livello essenziale di assistenza sociale (LIVEAS) e quindi assume i connotati di un provvedimento a carattere strutturale.

Si stima che, dalle famiglie bergamasche, perverranno circa 4500 richieste.

I Servizi Sociali

Secondo quanto stabilito dalla L. 328/2000 e dalla L.r. 3/2008, i Comuni singoli o associati concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle Unità di Offerta Sociali e Sociosanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione. Le principali aree sono le seguenti:

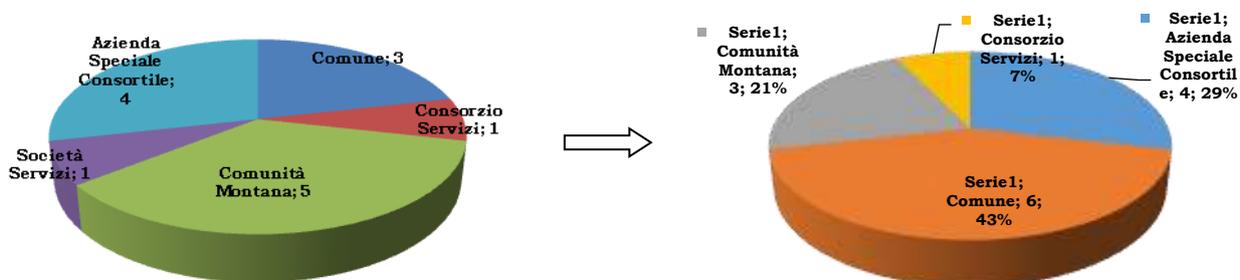
AREA DI INTERVENTO		FINALITÀ DI INTERVENTO	TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE
Cittadinanza	PREVENZIONE E PROMOZIONE	Servizi sociali che si rivolgono a più tipologie di utenti: attività generali svolte dai Comuni e costi sostenuti per esenzioni e agevolazioni offerte agli utenti delle diverse aree.	Pronto intervento sociale. Segretariato sociale. Servizio sociale professionale, sostegno al reddito, contributi per alloggio, mensa e trasporto.
Famiglia e minori		Interventi e servizi di supporto alla crescita dei figli e alla tutela dei minori.	Sostegno educativo scolastico. Sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare, affido. Servizi semiresidenziali: asili nido, ludoteche, centri di aggregazione per bambini e ragazzi, centri diurni estivi. Servizi residenziali: case famiglia, comunità alloggio, appartamento. Contributi scolastici per mensa e trasporto.
Disabilità		Interventi e servizi a cui possono accedere utenti con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale	Servizio educativo domiciliare. Sostegno socio-educativo scolastico, accompagnamento e trasporto scolastico, voucher, assegni di cura o buoni sociosanitari, mensa, trasporto. Servizi semiresidenziali: centri diurni, soggiorni estivi. Laboratori protetti. Inserimento lavorativo. Servizi residenziali: case alloggio, residenze disabili.
Anziani		Interventi e servizi mirati a migliorare la qualità della vita delle persone anziane, nonché a favorirne la mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie. In quest'area rientrano anche i servizi e gli interventi a favore di anziani affetti dal morbo di Alzheimer e le prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti.	Voucher, assegni di cura o buoni socio-sanitari, mensa, trasporto sociale, telesoccorso, teleassistenza, fornitura di pasti e/o lavanderia a domicilio, centri sociali e di aggregazione, soggiorni estivi. Assistenza domiciliare. Assistenza domiciliare integrata. Servizi semiresidenziali: centri diurni. Servizi residenziali: case di riposo.
Salute Mentale		Interventi e servizi per l'integrazione sociale e lavorativa.	Inserimento lavorativo. Sostegno al reddito. Contributi per l'alloggio. Residenzialità leggera.
Dipendenze		Interventi e servizi rivolti a persone dipendenti da alcool e droghe.	Inserimento lavorativo. Sostegno al reddito. Contributi per l'alloggio.
Immigrazione		Interventi e servizi finalizzati all'integrazione sociale, culturale ed economica degli stranieri.	Servizi residenziali: case famiglia, appartamento. Inserimento lavorativo. Percorsi formativi.
Povertà e disagio adulti		Interventi e servizi per ex detenuti, donne maltrattate, persone senza dimora, indigenti e persone in difficoltà non comprese nelle altre aree.	Mensa e trasporto sociale. Inserimento lavorativo: borsa lavoro. Servizi residenziali: dormitori, appartamenti protetti.

Aree e finalità di intervento nell'area sociale, anno 2017 (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci ATS Bergamo)

Le forme di gestione

I Servizi Sociali possono essere gestiti in forma singola o associata (L. 328/2008 e L.r. 3/2008).

Nel territorio dell'ATS di Bergamo la forma associata per la gestione dei Piani di Zona ha avuto la seguente evoluzione dal 2010 al 2018:



Enti Gestori anno 2010 (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci – ATS)

Enti Gestori anno 2018 (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci – ATS)

La situazione attuale è la seguente, riportata in tabella:

AMBITO TERRITORIALE/DISTRETTUALE	ENTE GESTORE
Bergamo	Comune capofila
Grumello del Monte	Comune capofila
Valle Seriana Superiore e Val di Scalve	Comune capofila
Valle Seriana	Comune capofila
Valle Cavallina	Consorzio Servizi
Valle Imagna e Villa d'Almè	Azienda Speciale Consortile
Alto Sebino	Comunità Montana
Dalmine	Comune capofila
Monte Bronzone e Basso Sebino	Comunità Montana
Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino	Azienda Speciale Consortile
Romano di Lombardia	Azienda Speciale Consortile
Valle Brembana	Comunità Montana
Seriate	Comune capofila
Treviglio	Azienda Speciale Consortile

Enti Gestori anno 2018 (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci – ATS Bergamo)

I fruitori dei servizi

Di seguito sono elencati, per le diverse aree di intervento sociale, i numeri dei fruitori e le tipologie di servizio.

AREA INTERVENTO	N. PERSONE
Area Minori	34.836
Area Anziani	28.633
Area Disabili	6.869
Area Emarginazione - Povertà	4.902
Area Immigrazione	2.320
Area Dipendenze	636
Area Salute Mentale	87

Dati Fondo Sociale Regionale - Consuntivo 2015, anno 2016

Area Minori	Persone	Area Anziani	Persone
Centri ricreativi diurni	9.328	Trasporto sociale	10.992
Spazi ricreativi/aggregativi	4.724	Centri sociali per anziani	3.500
Centri di Aggregazione Giovanile	4.256	Servizio pasti a domicilio	2.600
Asili nido	1.814	Assistenza domiciliare	2.243
Assistenza economica generica	2.965	Compartecipazione Spesa Sociale/Sanitaria	1.165
Iniziative di prevenzione e promozione	2.761	Assistenza economica generica	822
Sportello sociale	925	Sportello sociale	323
Canoni di locazione ed utenze domestiche	1.889	Telesoccorso e teleassistenza	495
Centri Prima Infanzia	807	RSA	431
Assistenza domiciliare minori	990	RSD	155
Servizio Tutela Minori	512	Altri interventi	8.237
Inserimenti lavorativi	710	Area Emarginazione-povertà	Persone
Comunità alloggio	362	Canoni di locazione	1.519
Altri interventi	2.793	Assistenza economica generica	1.016
Area Disabili	Persone	Centri di ascolto	391
Assistenza educativa	2.215	Servizi di accoglienza diurni/notturni	290
Trasporto sociale	2.192	Interventi di strada	282
Servizi di Formazione all'Autonomia	402	Servizi residenziali	253
Sportello sociale	360	Inserimenti lavorativi	224
Assistenza domiciliare	328	Altri interventi	927
Assistenza economica generica	293	Area Immigrazione	Persone
Inserimenti lavorativi	224	Sportello sociale	1.745
Centri Socio Educativi	166	Servizi di accoglienza diurni/notturni	297
Altri interventi	689	Mediazione culturale	189
Area Salute Mentale	Persone	Altri interventi	89
Interventi sociali	33	Area Dipendenze	Persone
Assistenza economica generica	18	Interventi per progetto	600
Canoni di locazione	13	Sportello sociale	14
Inserimenti lavorativi	8	Altri interventi	22
Trasporto sociale	6		
Residenzialità leggera	4		
Altri interventi	5		

Dati Fondo Sociale Regionale - Consuntivo 2015, anno 2016

Si rileva che nelle aree di intervento sotto elencate i fruitori beneficiano principalmente dei servizi indicati:

- **Area Minori**: in quest'area vengono erogati principalmente servizi di carattere educativo, preventivo e promozionale (per il 57% Centri Ricreativi Diurni, Spazi Ricreativi, Centri di Aggregazione Giovanile, Asili Nido);

- **Area Anziani:** il servizio fornito è prevalentemente di carattere assistenziale e logistico (per il 38% Trasporto Sociale);
- **Area Disabili:** gli interventi principali sono di carattere socio-educativo finalizzati all'autonomia personale (per il 32% assistenza educativa) e di carattere assistenziale e accompagnamento/logistica (per il 31% Trasporto sociale);
- **Area Emarginazione e Povertà** sono erogate principalmente prestazioni di assistenza economica e contributiva (per il 51%);
- **Area Immigrazione:** il servizio principale è quello di prima accoglienza (per il 73%);
- **Area Salute Mentale e Dipendenze:** sono erogati principalmente progetti individuali per la Salute Mentale (per il 37%) e progettualità integrate specifiche su singoli soggetti nell'area delle Dipendenze (per il 94%).

Nel contesto delle progettualità individuali prosegue il lavoro di informatizzazione dei Servizi Sociali con lo sviluppo della Cartella Sociale Informatizzata (CSI).

NUMERO CARTELLE SOCIALI PER AMBITO TERRITORIALE AL 31.12.2017	Bergamo	5423*	Val Seriana	5877
	Dalmine	4585	Val Seriana Superiore	1926
	Seriate	2981	Valle Brembana	812
	Grumello	1256	Valle Imagna	970
	Val Cavallina	6178	Isola Bergamasca	3253
	Basso Sebino	2303	Treviglio	1959*
	Alto Sebino	1269	Romano di Lombardia	1333

*Nel dato sono comprese le cartelle sociali del Comune di Bergamo per l'Ambito di Bergamo, del Comune di Treviglio per l'Ambito di Treviglio e l'Ambito Territoriale Isola Bergamasca che hanno in uso un software gestionale diverso da quello provinciale.

CSI- Health Portal anno 2017

Unità di Offerta Sociali

La risposta ai bisogni di assistenza delle persone e delle famiglie è fornita dai Comuni/Ambiti Territoriali tramite un sistema integrato di servizi, prestazioni, sostegni economici e strutture territoriali (domiciliari, diurne e residenziali).

Di seguito le Unità di Offerta Sociale dell'ATS di Bergamo.

Area	Tipologia di servizio	Numero Unità d'Offerta	Numero posti
Anziani	Centri Diurni Anziani	2	100
Anziani	Alloggi protetti anziani	4	66
Anziani	Case albergo	9	81
Disabili	Servizi di Formazione all'Autonomia (SFA)	29	507
Disabili	Centri Socio-Educativi	16	205
Disabili	Comunità alloggio disabili	5	33
Disabili	Alloggi per l'autonomia	6	25
Minori	Asili nido	181	4.818
Minori	Micro nidi	38	304
Minori	Nidi famiglia	27	75
Minori	Centri Ricreativi Diurni	530	59.634
Minori	Centri di Aggregazione Giovanile	14	408
Minori	Centri prima infanzia	5	162
Minori	Comunità educative	13	163
Unità d'Offerta sperimentali		8	128

Unità di offerta sociali anno 2017

Investimenti per il sociale

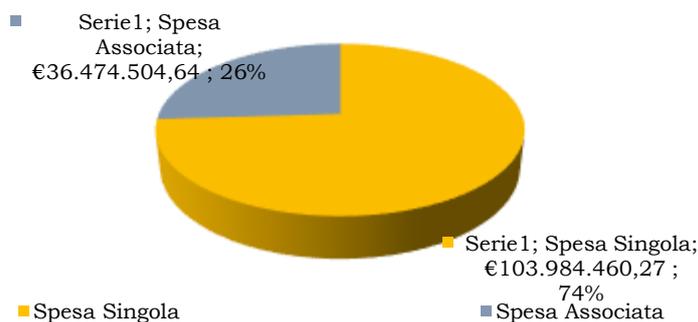
Nei 242 Comuni del territorio dell'ATS di Bergamo la spesa per i Servizi Sociali è pari a 140,5 milioni di Euro, corrispondenti all'11,2% della spesa sociale lombarda (consuntivo 2015 – anno 2016).



Andamento Spesa Sociale 2004-2015, anno 2016 (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci ATS Bergamo)

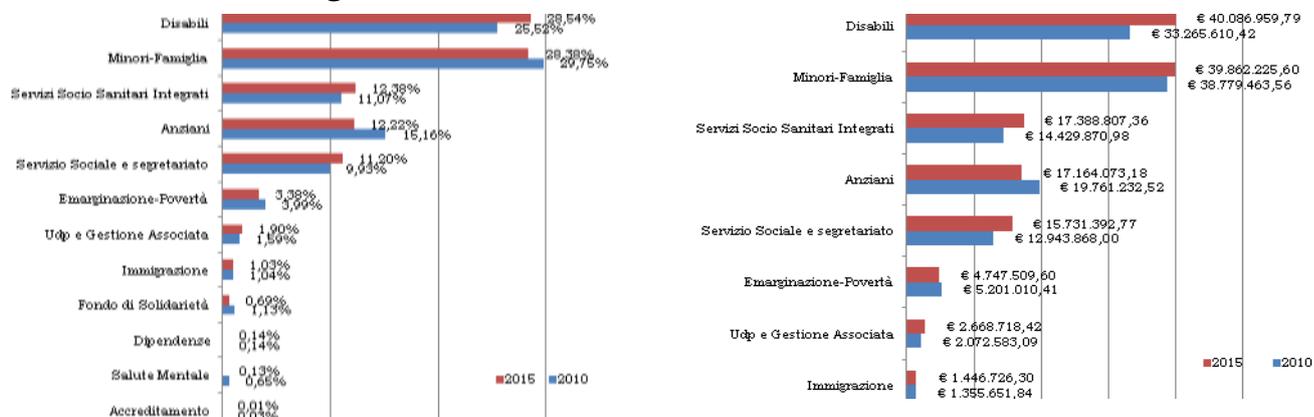
Si è assistito, negli ultimi anni, ad un sostanziale aumento della spesa, con un incremento superiore al 10% rispetto al 2010.

Secondo i dati a consuntivo del 2015, le singole Amministrazioni comunali hanno impiegato le risorse per il 26% in forma associata e per il 74% in forma singola (il dato è in leggero incremento rispetto al 2010, nel quale si è osservato un impiego del 24% in forma associata e del 76% in forma singola).



Spesa Sociale Consuntivo 2015, anno 2016 (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci –

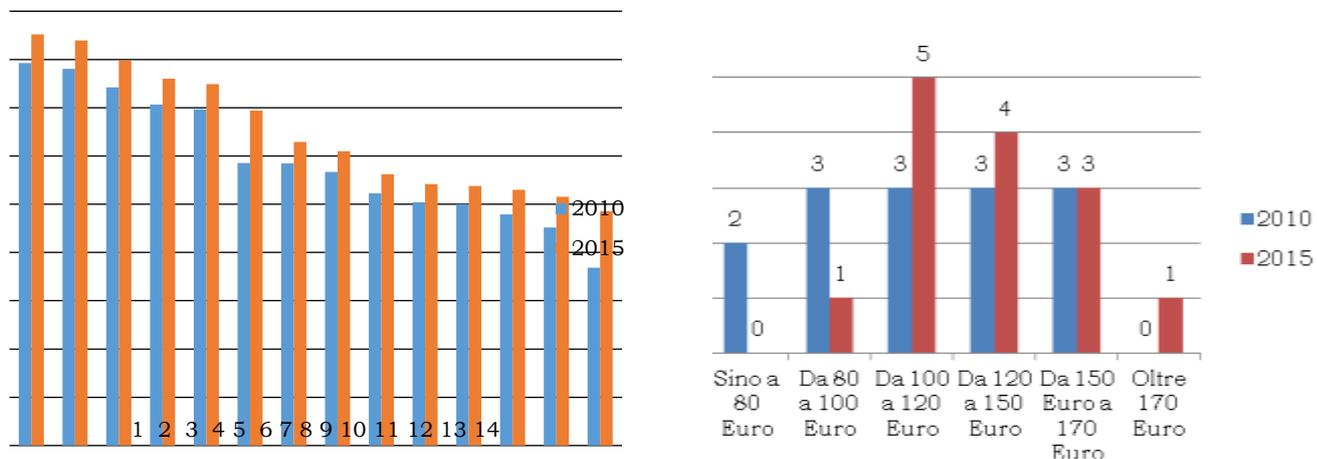
Nei grafici seguenti sono indicate le percentuali e le risorse destinate alle principali aree di intervento: dal 2010 al 2015 si rilevano un aumento delle risorse utilizzate nelle aree Disabilità, Minori e Famiglie e una diminuzione delle risorse utilizzate nell'area Anziani.



Spesa Sociale Consuntivo 2010 e 2015, anno 2016 (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci – ATS Bergamo)

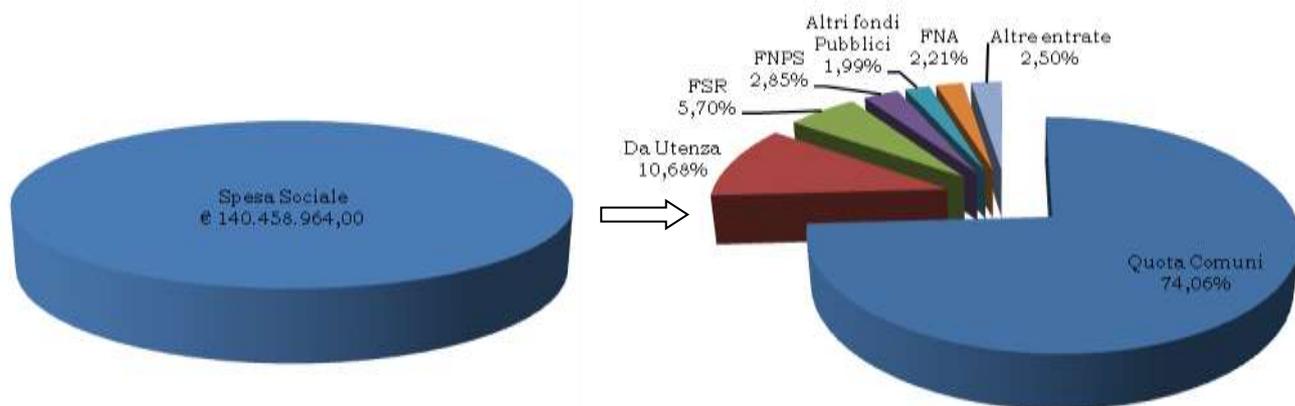
A livello provinciale si è passati da una spesa pro capite media per abitante di 119,90 euro nel 2010 a 126,31 euro nel 2015.

Nei grafici seguenti è rappresentata la situazione dei 14 Ambiti Territoriali, dove emergono notevoli differenze tra le diverse realtà, pur rilevando un lento ma progressivo allineamento nell'evoluzione dei dati economici della spesa sociale dal 2010 al 2015.



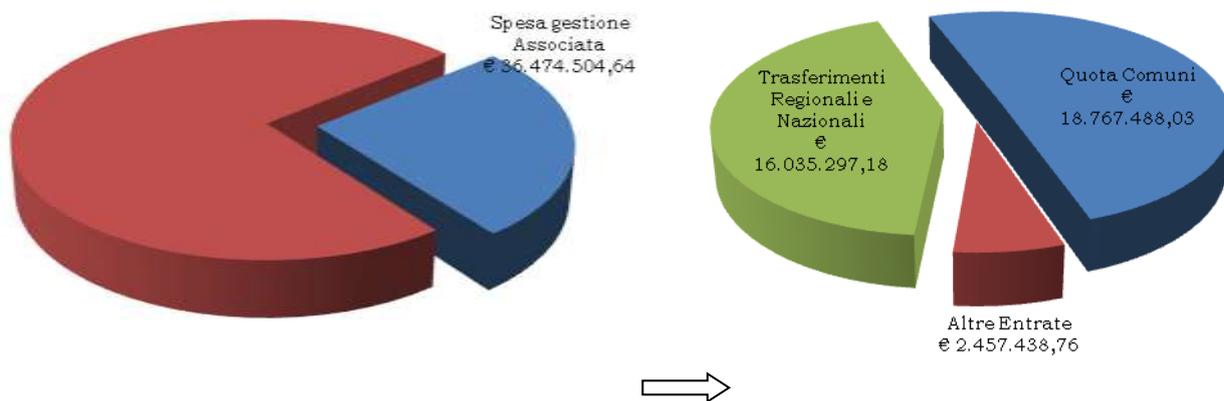
Spesa pro capite Ambiti Territoriali 2010-2015, anno 2016 (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci – ATS Bergamo)

La copertura complessiva dell'investimento sociale pari a 140,5 milioni di euro è garantita per il 74,06% dai Comuni stessi, dal 10,68% dalla compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, e dal restante 15% da trasferimenti nazionali e regionali a favore dei Comuni associati.



Spesa sociale 2010-2015, anno 2016 (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci – ATS Bergamo)

La copertura della spesa a livello di Comuni associati – Ambiti Territoriali pari a 36.474.504,64 euro è composta per il 43% da trasferimenti regionali e nazionali, per il 51% dai Comuni stessi e per il restante 7% da altre entrate (vd. grafico seguente).



Spesa sociale 2010-2015, anno 2016. (Fonte: elaborazione Ufficio Sindaci – ATS Bergamo)

INDIRIZZI PROGRAMMATORI DEI PIANI DI ZONA 2018-2020

Il Prologo provinciale della precedente triennalità indicava nella sostenibilità economica, nell'integrazione e nella prevenzione i tre assi principali della programmazione locale: obiettivi ambiziosi, di carattere principalmente tecnico-operativo, finalizzati a sostenere il sistema di welfare locale minacciato dalle pesanti conseguenze della crisi economica e sociale che ha investito anche la fiorente provincia bergamasca.

Oggi, nonostante una discreta risposta a livello economico ed una condizione occupazionale che, almeno quantitativamente, ha quasi raggiunto i livelli pre-crisi, si accentua comunque la pressione sui servizi sociali per l'aumento delle persone che si ritrovano in condizione di bisogno a causa dell'indebolimento della famiglia, della continua erosione delle reti comunitarie di relazione, della longevità delle persone unita alla riduzione della natalità, alla precarizzazione del lavoro e ad un ascensore sociale immobile. Per risolvere gli squilibri causati dalla globalizzazione e per arginare tutti questi fattori che hanno ormai profondamente mutato anche il panorama demografico e sociale della nostra realtà provinciale, non possono bastare rimedi esclusivamente economici, perché in questo contesto qualche decimale in più di PIL serve a poco se non è in grado di incidere in senso migliorativo sulle condizioni di vita delle persone, soprattutto giovani, sui redditi, sulle condizioni di povertà.

La società sperimenta oggi un "malessere sociale" che va ben al di là del bisogno concreto provocato da una condizione patologica o di disagio conclamato (disabilità, dipendenza, richiesta di tutela...): persone sempre più anziane con pensioni al minimo, famiglie monogenitoriali che devono sostenere la complessità della vita, famiglie che hanno osato avere più di due figli e ne sopportano i costi, giovani che non riescono ad emergere dalla precarietà e si vedono costretti ad emigrare in cerca di sicurezza, manifestano un disagio esteso ed articolato che si avverte soprattutto in termini di scontentezza e collera, di confronto continuo con l'altro, soprattutto se diverso da noi, facendo emergere una richiesta e un bisogno di protezione sociale di fronte all'incremento delle disegualianze e all'incertezza dei tempi che portano con sé una forte mancanza di fiducia e di aspettative verso il futuro.

Siamo convinti che il sociale rimanga un fondamentale nodo di coesione per creare legami tra le persone e riuscire a rispondere a questo bisogno di protezione espresso dalle comunità: l'esperienza dei Comuni associati per la gestione dei servizi sociali negli Ambiti Territoriali, sia pur per molti versi ancora incompleta, dimostra almeno nell'ATS di Bergamo che l'unificazione degli intenti, dei processi e delle risorse alimenta la ricomposizione delle politiche e degli interventi, riuscendo così ad essere incisiva ed inclusiva nelle dinamiche sociali e comunitarie.

I servizi sociali, che rappresentano una sorta di front-office dei bisogni, sono un implacabile osservatorio di questi meccanismi sociali in evoluzione ma non sono attrezzati per rispondervi, essendo totalmente assorbiti dalla necessità di erogare interventi di tutela alle fasce "certificate" come deboli: riescono ad occuparsi dell'utenza "classica" ma non hanno le risorse per affrontare i problemi emergenti e ancora difficilmente codificabili che interessano platee sempre più ampie.

E' evidente che in un contesto di questo genere le comunità locali, i Comuni in particolare, sono supportati poco e male dalle miriadi di iniziative promosse dal legislatore nazionale o regionale per tamponare le situazioni sopracitate: misure e bonus sono impegni lodevoli, ma non lo è la loro natura a spot o sperimentale che inevitabilmente riconosce e remunera, di volta in volta, categorie diverse di bisogno, rendendo impossibile un risolutivo cambiamento di status.

Una risposta pubblica al bisogno con un'impostazione di tipo burocratico-amministrativo finisce per indebolire invece che semplificare: altrimenti detto, la frammentazione delle risorse e il fatto che esse vengano vincolate, nel loro utilizzo, dalla loro provenienza, non permette di attuare una programmazione flessibile libera di variare al variare dei bisogni reali.

Di fronte a questa realtà, pur nei limiti delle nostre possibilità giuridiche, come Conferenza dei Sindaci continueremo quindi a rivendicare presso il legislatore nazionale e regionale:

- più autorevolezza e più centralità dei territori,
- unitarietà delle iniziative e dei provvedimenti in campo sociale,
- il conferimento di risorse indistinte ai territori perché possano essere destinati allo sviluppo degli interventi e dei servizi sociali senza vincoli di destinazione,
- un minor peso amministrativo dei diversi provvedimenti.

Con la nuova organizzazione della Conferenza, articolata in Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci che presidia le tematiche a valenza provinciale, Assemblee dei Sindaci dei Distretti più attente ai processi di integrazione e alle azioni di area vasta, Assemblee dei Sindaci degli Ambiti distrettuali come *core* della gestione dei servizi e degli interventi, a fronte delle necessità sinora osservate ci impegnamo a:

- mantenere un indirizzo comune di politica sociale in una dimensione polifonica fortemente territoriale e di prossimità del servizio sociale in integrazione *in primis* con il settore sociosanitario, quindi l'ATS, ma anche con il mondo del lavoro, dell'istruzione, della casa, in una visione globale ed inclusiva del welfare,
- portare avanti l'associazione delle risorse, dei processi e dei servizi dei singoli Comuni,
- rendere più efficiente, più efficace e più equa l'operatività dei servizi sociali, introducendo e rafforzando elementi gestionali, organizzativi, manageriali e potenziando il sistema delle conoscenze e l'informatizzazione.

Convinti della forza di questa visione in grado di dare vita, come dimostrano i fatti, ad un percorso virtuoso, il documento programmatico 2018-2020 della Conferenza dei Sindaci dell'ATS di Bergamo ha l'ambizione di compiere un ulteriore salto di qualità, ovvero **delineare la linea di politica sociale della prossima triennalità** che, seppur vincolata allo sviluppo legislativo e normativo che Stato e Regione definiranno, si baserà nella sua azione locale sulla seguente *vision* e sulla sua relativa *mission*:

- ***Vision*: “Le politiche sociali sono una leva fondamentale per lo sviluppo del welfare locale”**. Il benessere e la coesione sociale hanno la capacità di generare elementi essenziali per lo sviluppo di un welfare locale (capitale economico, relazionale e sociale) attraendo nei territori persone e capitali, smuovendo risorse produttive, creando mobilità sociale e nuovi sistemi di conoscenza.
- ***Mission*: “Promuovere e sostenere i Comuni associati negli Ambiti Territoriali/distrettuali nella gestione delle politiche e degli interventi sociali”**. La prospettiva è la costruzione di un welfare di comunità nel quale i diversi attori pubblici e privati del territorio condividano l'obiettivo di migliorare le condizioni sociali e valorizzare i beni condivisi attraverso la programmazione, la gestione, le risorse comuni.

Tutto questo, naturalmente, in coerenza con i compiti e le funzioni assegnate alla Conferenza dei Sindaci – Consiglio di Rappresentanza e alle sue articolazioni (Assemblee dei Sindaci del Distretto e Assemblee dei Sindaci dell'Ambito distrettuale) già delineate nella L.r.23/2015, con Delibera regionale 5507/2016 e la conseguente approvazione regolamentare approvata il 12.10.2016 dalla Conferenza dei Sindaci (Regolamento di

funzionamento dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto e dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale – art. 20, L.r. 33/2009 – art. 7 D.g.r. 5507/2016).

Il Prologo provinciale e distrettuale ai Piani di Zona 2018-2020, quindi, in coerenza con la *vision* e la *mission* definite, in una prospettiva di flessibilità di percorso, si caratterizza principalmente come elemento programmatico provinciale e distrettuale dei processi e delle politiche sociali, attraverso:

- il proposito di dare piena attuazione agli assetti istituzionali previsti dalla L.r. 23/2015,
- la promozione di un processo di rinnovamento ed innovazione dei servizi sociali,
- la cura dell'integrazione,
- l'impulso alla digitalizzazione,
- l'impegno a realizzare progettualità comuni in area distrettuale.

I principali beneficiari dell'effetto di tali azioni a livello territoriale, di programmazione locale e di lavoro sociale, dovranno essere le **famiglie** e le **comunità locali**.

OBIETTIVI PROVINCIALI E DISTRETTUALI DEI PIANI DI ZONA 2018-2020

Il quadro delle conoscenze identifica a livello provinciale, come processi sociali di lungo corso seppur con delle differenze territoriali significative, i seguenti fenomeni:

- longevità e denatalità;
- precarizzazione dei percorsi di vita;
- impoverimento delle reti familiari e sociali.

In relazione a ciò, a fronte di una generale situazione di benessere sociale ed economico, nella provincia permangono e si manifestano importanti criticità di bisogno sociale espresso, quali:

- la gestione della cronicità;
- l'incremento della povertà;
- l'aumento delle situazioni di fragilità.

I provvedimenti nazionali e regionali che agiscono a contrasto delle situazioni descritte sono indirizzati, per la parte di competenza, ai servizi sociali comunali con delle modalità che sono caratterizzate da:

- un orientamento prevalentemente prestazionale;
- un'accentuata frammentazione delle azioni e degli interventi;
- un eccessivo peso rendicontativo - amministrativo delle misure gestite.

Tutto ciò in un quadro normativo – regolamentare, sia nazionale che regionale, in continua e perenne evoluzione.

In questo contesto caratterizzato da un'ampia fluidità delle indicazioni normative ed operative, la **Conferenza dei Sindaci** definisce la propria *vision* **“le politiche sociali sono una leva fondamentale per lo sviluppo del welfare locale”** e la relativa *mission* **“promuovere e sostenere i Comuni associati negli Ambiti Territoriali/distrettuali nella gestione delle politiche e degli interventi sociali”** delineando in una prospettiva di flessibilità dei percorsi la **linea di programmazione strategica territoriale per i Piani di Zona 2018-2020**, da realizzarsi attraverso i seguenti **5 obiettivi**:

1. relazioni istituzionali,
2. innovazione sociale,
3. integrazione,
4. digitalizzazione,
5. lavoro in comune.

1. Relazioni istituzionali

Risponde al ridisegno degli assetti istituzionali conseguenti principalmente alla riforma sociosanitaria lombarda con l'esigenza di dare piena realizzazione a quanto enunciato dalla norma sul ruolo e sulle competenze delle rappresentanze dei Sindaci, traducendo, tra l'altro, in termini organizzativi, i compiti delineati dalla Conferenza dei Sindaci per le proprie articolazioni territoriali: Assemblee del Distretto, Assemblee dell'Ambito Territoriale/distrettuale.

2. Innovazione Sociale

Risponde al bisogno di sperimentare e sviluppare risposte nuove a bisogni sociali emergenti accompagnando processi organizzativi dei servizi, promuovendo nuove modalità di intervento, favorendo l'imprenditorialità sociale, la generatività delle prassi, la valutazione degli interventi, la creazione di network collaborativi.

3. Integrazione

Risponde al bisogno di orientare il lavoro sulla persona e sulla comunità, sui loro bisogni nell'ottica della globalità e della complessità, favorendo l'integrazione dei processi operativi delle diverse organizzazioni. Nella declinazione sociosanitaria è il passaggio dalla cura al prendersi cura della persona in una visione di sistema integrato di protezione sociale.

4. Digitalizzazione

Risponde al bisogno di supportare ed accompagnare i processi di cambiamento, rendendo sostenibile e comprensibile il flusso delle informazioni. La digitalizzazione dei processi, se diffusa e disponibile, diminuisce la frammentazione e favorisce l'utilizzo di strumenti condivisi, l'uniformità delle prassi, dei linguaggi, lo scambio e l'utilizzo delle informazioni, la disponibilità di dati per alimentare il sistema delle conoscenze.

5. Lavoro in comune

Risponde da una parte alle sollecitazioni della L.r.23/2015 e delle Linee guida regionali per la programmazione locale nella direzione di una maggiore integrazione, dall'altra riconosce l'azione dell'Assemblea dei Sindaci di Distretto nella prospettiva di creazione di aree comuni di interventi sovra-Ambito.

OBIETTIVO STRATEGICO N.1 - RELAZIONI ISTITUZIONALI

DESCRIZIONE

La L.r. 33/2009, così come modificata dalla L.r. 23/2015, all'art. 20 stabilisce che le Conferenze dei Sindaci:

- a) formulano, nell'ambito della programmazione territoriale dell'ATS di competenza, proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività socio-sanitaria e socio-assistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione socio-sanitaria e sociale. Partecipano inoltre alla definizione dei piani socio-sanitari territoriali all'interno delle cabine di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f);
- b) partecipano alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ATS con particolare riferimento a quelli relativi alle ASST;
- c) promuovono l'integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali, con le funzioni e/o le prestazioni dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria anche favorendo, a tal fine, la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;
- d) esprimono il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

La Conferenza dei Sindaci, in coerenza con quanto previsto da Regione Lombardia con D.g.r. 5507/2016, il 12 Ottobre 2016 ha approvato un Regolamento di funzionamento delle proprie articolazioni territoriali definendo per i diversi livelli istituzionali compiti, ruolo e governance:

- il Consiglio di Rappresentanza è la sede della sintesi provinciale delle politiche sociali e garante del livello d'integrazione delle stesse con la sanità e gli altri settori del welfare;
- le Assemblee dei Sindaci di Distretto sono il "luogo" del raccordo e dell'interazione della programmazione sociale territoriale con quella sanitaria e socio-sanitaria;
- le Assemblee dei Sindaci dell'Ambito Territoriale sono il "centro" nevralgico dei Piani di Zona e della gestione associata dei servizi sociali.

OBIETTIVO NEL TRIENNIO

- ✓ Piena attuazione delle indicazioni contenute nella L.r. 23/2015, rispetto ai ruoli previsti e alle competenze attribuite alle rappresentanze dei Sindaci.

AZIONI PRINCIPALI

1. Mantenere stabili confronti con la Direzione ATS al fine di raccordare le necessità dell'integrazione e del funzionamento della rete sanitaria e socio-sanitaria con quella sociale, anche attraverso la Cabina di Regia, coerentemente ai bisogni espressi dal territorio;
2. Proposta di costituzione di uno spazio istituzionale di confronto periodico e stabile tra il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto, la Direzione ATS e le Direzioni ASST, finalizzato alla definizione degli obiettivi

<p>programmatori riferiti all'integrazione sociosanitaria per il territorio di competenza;</p> <p>3. Confronto sistematico sui principali temi di sviluppo del welfare provinciale e locale, con particolare riferimento alle politiche sociali, con i principali stakeholders del territorio.</p>
<p>GOVERNANCE</p> <p>Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Distretti Direzione Generale ATS</p>
<p>ULTERIORI SOGGETTI COINVOLTI</p> <p>Presidenti Assemblee dei Sindaci degli Ambiti distrettuali (Azioni n.1 e n.3) Direzioni ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest (Azioni n.2 e n.3) Consulta di Orientamento*** (Azione n.3)</p> <p>***(ne fanno parte: ATS, ASST, Provincia di Bergamo, Diocesi di Bergamo, Ufficio Scolastico Territoriale, Università, Prefettura, Federsolidarietà – Confcooperative, Legacoop Bergamo, Fondazione della Comunità Bergamasca Onlus, Organizzazioni Sindacali, Forum Associazioni Volontariato Socio-Sanitario Bergamasche, Coordinamento Bergamasco per l'Integrazione, Forum provinciale delle associazioni familiari, Centro Servizi Volontariato di Bergamo)</p>

OBIETTIVO STRATEGICO N.2 – INNOVAZIONE SOCIALE

DESCRIZIONE

Definiamo innovativa un'azione che risponde in modo nuovo ad un bisogno: nel sociale, l'innovazione non riguarda solo la risposta data al bisogno stesso ed il fatto che essa possa essere più efficace delle soluzioni esistenti, ma si allarga al valore che essa è in grado di creare nella collettività, attivando nuove relazioni e sempre nuove collaborazioni.

L'impatto positivo che l'innovazione produce è tanto più esteso quanto più ampio ed efficace è il coinvolgimento degli attori che a vario titolo si impegnano ogni giorno in iniziative che promuovono il miglioramento sociale (pubblico, privato, volontariato...) facendo nascere nuove forme di collaborazione che portano realtà diverse ad allinearsi su una medesima linea di partenza per il raggiungimento di un obiettivo comune.

Regione Lombardia, nel documento "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" – D.g.r. 7631/2017, sottolinea la rilevanza dell'innovazione sociale come strumento strategico per il potenziamento del sistema di welfare, poiché essa è un modello di azione che può coniugare un miglior utilizzo delle risorse a disposizione, potenziare la sinergia tra gli attori e negli interventi, fornire flessibilità nelle risposte e mettere realmente al centro del sistema il cittadino fragile e la sua famiglia.

L'innovazione è qui intesa inoltre come azione di accompagnamento ai processi programmatori ed organizzativi dei servizi e degli operatori sociali al fine di accrescere nel sistema, in un'ottica di equità ed uniformità, capacità progettuali, connessioni, integrazione, relazioni, risorse in termini di conoscenza, competenza, valutazione; innovazione come esigenza di riorganizzazione dei servizi a fronte delle insistenti attese sociali, come elemento per perseguire maggiore efficienza ed efficacia degli interventi, attraverso razionalizzazioni gestionali, miglior utilizzo delle competenze e delle conoscenze, capacità di costruire "rete" e produrre servizi e condizioni per la tutela dei diritti delle persone fragili e vulnerabili.

OBIETTIVO NEL TRIENNIO

- ✓ Favorire processi unitari e diffusi di gestione dell'accoglienza, dell'analisi, dell'orientamento della presa in carico e della valutazione, anche in termini di impatto, dei servizi e degli interventi sociali;
- ✓ Accompagnare il processo organizzativo degli Ambiti Territoriali/distrettuali sul riordino del servizio sociale territoriale, in particolare sul tema dell'inclusione sociale - povertà;
- ✓ Promuovere azioni per lo sviluppo di un welfare generativo e comunitario.

AZIONI PRINCIPALI

1. Accrescere tra gli Ambiti Territoriali/distrettuali il sistema delle conoscenze per gestire in modo efficace i dati conosciuti anche ai fini della programmazione, favorire la diffusione e l'applicazione delle best practices territoriali, la rivisitazione e la costruzione di modelli operativi di valutazione dei processi pianificatori e degli interventi sociali;

<ol style="list-style-type: none"> 2. Verificare e monitorare l'applicazione delle linee guida approvate a livello provinciale (ISEE, appalti...); 3. Favorire la partecipazione a bandi in area sociale in una logica di "rete" provinciale e territoriale; 4. Formazione ed accompagnamento di supporto agli Ambiti Territoriali/distrettuali sulla gestione associata ed organizzativa dei nuovi servizi per l'Inclusione sociale (Re.I., progettualità sulle povertà, contrasto alla marginalità sociale, senza dimora, reinserimento sociale detenuti, vittime della tratta, ...); 5. Implementare la partnership progettuale con la Fondazione della Comunità Bergamasca onlus: promuovere un primo censimento delle attività identificate come generative nei territori.
<p>GOVERNANCE</p> <p>Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Distretti Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti distrettuali</p>
<p>ULTERIORI SOGGETTI COINVOLTI</p> <p>Uffici di Piano Ambiti Territoriali/distrettuali (Azioni n.1, n.2, n.3, n.4, n.5) ATS di Bergamo – Direzione Sociosanitaria, Dipartimento PIPSS, Distretti (Azioni n. 1, n. 4, n. 5) Fondazione Comunità Bergamasca onlus (Azione n.5) Soggetti del Terzo Settore (Azione n. 5)</p>

OBBIETTIVO STRATEGICO N. 3 – INTEGRAZIONE

<p>DESCRIZIONE</p> <p>L'integrazione può essere intesa, alla luce delle evoluzioni normative degli ultimi anni, come la capacità delle diverse reti di lavorare in una logica sinergica e cooperativa, costruendo filiere di servizi e di interventi coerenti e capaci di promuovere un modello di welfare che sostenga le persone fragili, affiancando sia loro che, ove presenti, i rispettivi nuclei familiari, in modo integrato e con continuità garantita nel tempo. Tutto questo dovrebbe auspicabilmente avvenire in un processo virtuoso volto ad evitare duplicazioni di interventi e promuovere la razionalizzazione delle risorse professionali e finanziarie.</p> <p>Regione Lombardia, nel "Documento Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" – D.g.r. 7631/2017, prescrive che la programmazione triennale venga gestita in auspicabile integrazione non solamente con il sistema sanitario e sociosanitario, ma anche con le politiche del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della casa, della sicurezza e della pianificazione territoriale.</p> <p>I nuovi Piani di Zona 2018-2020 sono chiamati quindi a connettersi con i nuovi provvedimenti nazionali (Dopo di Noi e il Reddito di Inclusione) e regionali (welfare abitativo).</p>
<p>OBBIETTIVO NEL TRIENNIO</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Implementare il necessario livello d'integrazione sociosanitaria per le seguenti aree di attività: sistema delle conoscenze comune, prevenzione e promozione della salute, valutazione multidimensionale, Salute mentale (psichiatria, neuropsichiatria infantile, dipendenze), Consultori familiari, Tutela dei minori, Disabilità, Dopo di Noi, Non Autosufficienza, Cronicità, Marginalità, Dimissioni protette;✓ Promuovere la costituzione di network integrati per favorire il coordinamento tra le politiche e gli interventi promossi dai diversi settori del welfare (sociale, salute, lavoro, formazione, educazione, sicurezza, casa).
<p>AZIONI PRINCIPALI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sistema delle conoscenze: raccolta e verifica dei dati in collaborazione con il Servizio Epidemiologico Aziendale e l'Osservatorio per la programmazione di ATS Bergamo;2. Attività di Promozione alla Salute per il benessere delle comunità locali: collaborazione con i servizi del Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria, i Distretti, il Comitato rete territoriale prevenzione di ATS Bergamo e la rete territoriale Conciliazione Vita e Lavoro;3. Prosieguo dei lavori a livello provinciale sulle unità di offerta sociosanitaria, in particolare sui CDD per possibili gestioni flessibili;4. Formulazione di un'agenda dei lavori a livello distrettuale, con ASST competenti per territorio, sui seguenti temi: valutazione multidimensionale,

<p>Salute Mentale (psichiatria, neuropsichiatria infantile, dipendenze), Consultori familiari, Tutela dei minori, Disabilità, Passaggio al 18° anno d'età (presa in carico a seguito delle dimissioni dalle UONPIA), Dopo di Noi, Non Autosufficienza, Cronicità, Marginalità, Dimissioni protette;</p> <p>5. Promozione e partecipazione a momenti d'incontro interistituzionale sulle tematiche del welfare integrato: sanità, scuola, casa, lavoro...</p>
<p>GOVERNANCE</p> <p>Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Distretti Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti distrettuali ATS di Bergamo – Direzione Strategica</p>
<p>ULTERIORI SOGGETTI COINVOLTI</p> <p>Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali7distrettuali (Azione n. 1, n. 2, n. 3, n.4, n.5) ATS di Bergamo – Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria, Dipartimento PIPSS - Osservatorio per la programmazione, Servizio Epidemiologico Aziendale, Distretti (Azioni n.1, n.2, n.3, n.4) Direzioni ASST Papa Giovanni XXIII; Bergamo Est, Bergamo Ovest (Azione n.4) Provincia, Ufficio Scolastico Territoriale, Tavolo inclusione sociale, Aler, INPS, Tavolo Terzo Settore...(Azione n.5)</p>

OBBIETTIVO STRATEGICO N. 4 – DIGITALIZZAZIONE

DESCRIZIONE

I bisogni sociali sono in rapida evoluzione: attrezzare i servizi sociali di un'infrastruttura tecnologica in grado di monitorarli, mapparli e renderli visibili consente a queste organizzazioni di poter intervenire in modo efficace e razionale. Il processo di digitalizzazione ed informatizzazione dei servizi sociali è un'attività ormai indispensabile, in quanto permetterà, una volta completata, di ottenere una mappatura ed un monitoraggio completi relativamente agli interventi promossi.

La digitalizzazione ci permette inoltre di agire per migliorare il coordinamento e l'integrazione tra i diversi settori del welfare risparmiando tempo e risorse ed innalzando la qualità delle informazioni.

Per sostenere la crescita dell'innovazione tecnologica sul territorio lombardo, nel contesto dell'Agenda Digitale Europea, Regione Lombardia già dal 2011 promuove l'iniziativa Agenda Digitale Lombarda.

Nel 2016, con delibera 5499, la Giunta ha approvato le Linee Guida per uniformare la realizzazione, l'utilizzo e lo sviluppo della Cartella Sociale Informatizzata fornendo specifiche comuni di interscambio informativo per consentire lo sviluppo di soluzioni omogenee sul territorio lombardo.

OBBIETTIVO NEL TRIENNIO

- ✓ utilizzo esclusivo della Cartella Sociale Informatizzata per la registrazione dei progetti e degli interventi sociali;
- ✓ interoperabilità ai fini programmatori delle Cartelle Sociali Informatizzate contenute in CSI-Health Portal e i software in uso nell' Ambito dell'Isola Bergamasca e nei Comuni di Treviglio e Bergamo;
- ✓ completa integrazione dei software in uso al sistema sociosanitario con quello CSI- Health Portal utilizzato nell'ambito sociale per la presa in carico di soggetti in condizione di fragilità;
- ✓ utilizzo della strumentazione CSI- Health Portal, al fine di rilevazione dei bisogni sociali, da parte di soggetti qualificati del Terzo Settore.

AZIONI PRINCIPALI

1. Accompagnamento e formazione ai servizi sociali comunali tramite gli Ambiti Territoriali/distrettuali al fine: della dematerializzazione delle Cartelle Sociali, dell'acquisizione di maggiori competenze e capacità informatiche, del monitoraggio del processo e degli esiti.
2. Piano di convergenza e condivisione sull'interoperabilità delle codifiche dei dati tra i diversi software in uso ai servizi sociali e definizione di protocolli operativi per lo scambio di informazioni.
3. Definizione di Linee guida condivise per la messa a sistema dell'integrazione dei dati sociali, sociosanitari e sanitari.
4. Incontri sul territorio e sensibilizzazione all'uso dello strumento informatico, che può essere arricchito anche con dati relativi alle prestazioni sociali.

GOVERNANCE

Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci
Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Distretti
Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti distrettuali
ATS di Bergamo – Direzione Strategica

ULTERIORI SOGGETTI COINVOLTI

Uffici di Piano/Servizi sociali Comunali (Azione n. 1, n. 2, n. 3)
ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest (Azione n. 3)
Soggetti qualificati del Terzo Settore (Azione 4)

OBIETTIVO STRATEGICO N. 5 – LAVORO IN COMUNE

<p>DESCRIZIONE</p> <p>La spinta aggregativa sottolineata dalla Legge regionale di evoluzione del Sistema Sociosanitario lombardo e dalle Linee di indirizzo per la programmazione sociale ha portato i territori a sviluppare, almeno in termini programmatici, progettualità comuni da affrontare nella prossima triennalità in materia di interventi sociali e sociosanitari, nella direzione di una maggiore integrazione che riconosce l'azione dell'Assemblea dei Sindaci di Distretto nella prospettiva di creazione di aree comuni di interventi sovra-Ambito.</p>
<p>OBIETTIVO NEL TRIENNIO</p> <p>✓ Promuovere azioni programmatiche di area vasta per favorire i processi di integrazione sociosanitaria e per favorire la realizzazione di progettualità sociali comuni, tra gli Ambiti, in dimensione distrettuale.</p>
<p>AZIONI PRINCIPALI</p> <p>Gli Ambiti distrettuali del Distretto Bergamo (Bergamo, Valle Imagna-Villa d'Almè, Valle Brembana) hanno individuato i seguenti temi comuni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Salute Mentale;- Dopo di Noi;- Povertà – Inclusione Sociale (Re.I.);- Rete Antiviolenza. <p>Gli Ambiti distrettuali del Distretto Bergamo Est (Seriate, Grumello del Monte, Valle Seriana, Valle Seriana Superiore e Val di Scalve, Valle Cavallina, Alto Sebino, Monte Bronzone-Basso Sebino) hanno individuato i seguenti temi comuni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Salute Mentale;- Gioco d'azzardo;- Rete antiviolenza. <p>Gli Ambiti distrettuali del Distretto Bergamo Ovest (Dalmine, Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino, Treviglio, Romano di Lombardia) hanno individuato i seguenti temi comuni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Salute Mentale;- Generatività delle prassi;- Genitorialità e servizi consultoriali.
<p>GOVERNANCE</p> <p>Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Distretti Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti distrettuali</p>

ULTERIORI SOGGETTI COINVOLTI

Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci

ATS di Bergamo – Direzione Sanitaria, Direzione Sociosanitaria, Dipartimento PIPSS,
Distretti

ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest

Soggetti qualificati del Terzo Settore

RUOLI E RESPONSABILITA'

La responsabilità politico-istituzionale e la realizzazione degli obiettivi previsti sono affidate alla **Conferenza dei Sindaci** (Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Distretti, Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti Territoriali/distrettuali), luogo di sintesi e di proposta di una direzione provinciale condivisa in relazione alle politiche sociali, con il fine ultimo di costruzione di un sistema di welfare locale in grado di garantire uniformità di intenti e prospettive nel territorio. Le rappresentanze dei Sindaci garantiscono la rappresentatività e la capacità di fare sistema dei Comuni nello sviluppo relazionale e negoziale con gli altri attori del sistema, in primis quello sociosanitario.

La traduzione tecnico-operativa ed il raggiungimento degli obiettivi sono assegnati all'**Ufficio Sindaci** dell'ATS di Bergamo e agli **Uffici di Piano** degli Ambiti Territoriali/distrettuali.

Il processo di supporto al conseguimento degli obiettivi indicati sarà sostenuto anche, ove possibile, attraverso attività di formazione in **collaborazione** con l'ATS di Bergamo, le diverse agenzie del territorio ed in particolare le tre ASST del territorio, la Provincia di Bergamo, l'Università degli Studi di Bergamo.

Di volta in volta, specifici **Gruppi tecnici** si occupano di approfondire alcune tematiche di carattere sociale, rese attuali da indicazioni regionali o da necessità raccolte dai territori. Di seguito i gruppi attivi, ad oggi, suddivisi per aree tematiche:

Area famiglia & minori

- Referenti della Tutela degli Ambiti Territoriali/distrettuali
- Genitori e genitorialità
- Gruppo di lavoro Assistenza educativa scolastica

Area disabili

- Gruppo di lavoro firmatari delle linee guida CDD

Area conoscenza

- Gruppo di lavoro dati per il sistema delle conoscenze
- Gruppo di lavoro Software per i Servizi sociali

RISORSE ECONOMICHE

Il quadro delle azioni previste ha un orizzonte triennale, la sua sostenibilità economico-operativa è garantita dal Fondo Sociale Bergamasco, costituito prevalentemente da una quota parte, pari al 5% del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, assegnato agli Ambiti Territoriali/distrettuali e finalizzato a sostenere le azioni previste nel Prologo provinciale e distrettuale ai Piani di Zona 2018-2020.

SISTEMA DI VALUTAZIONE

Tutti gli obiettivi indicati nel Prologo saranno valutati attraverso criteri di carattere quantitativo e qualitativo. Oltre ad una verifica della realizzazione degli obiettivi, verrà effettuata un'analisi in merito al "valore aggiunto" che tale sistema ha apportato alla comunità locale di riferimento, alle persone che vi lavorano e a quelle che beneficiano delle sue prestazioni, rilevando nelle azioni:

- **capacità di produrre valore sociale:** è il contributo specifico di una organizzazione in termini di produzione di beni relazionali e creazione di capitale sociale;
- **capacità di produrre valore culturale e partecipazione civica:** è dato dall'apporto specifico che un'organizzazione contribuisce a creare in termini di diffusione di valori, (equità, tolleranza, solidarietà, mutualità) coerenti con la propria mission, nella comunità circostante;
- **capacità di produrre valore di rafforzamento istituzionale:** apporto in termini di rafforzamento della sussidiarietà orizzontale, dei rapporti intraistituzionali e interistituzionali;
- **capacità di produrre valore economico:** è la capacità di un'organizzazione di aumentare (e non consumare) ricchezza materiale, economica e finanziaria.

9. ALLEGATI

Di seguito si riportano le schede relative alle progettualità, avviate, condotte o in essere, nella triennalità 2015-2017 nelle diverse aree tematiche. Al fine di raccogliere i dati in modo omogeneo e di articolare le narrazioni attorno a degli elementi comuni - la lettura del contesto, gli obiettivi, le prospettive - è stata impostata una scheda redatta da ogni soggetto impegnato nella conduzione delle progettualità.

I contenuti salienti dei progetti verranno riportati di seguito suddivisi per aree.

9.1 I PROGETTI DELL'AREA MINORI E FAMIGLIE

9.1.1 LA CO-PROGETTAZIONE DEL SERVIZIO MINORI E FAMIGLIE DI AMBITO

Su spinta delle legislazioni nazionali e regionali, nell'Ambito 1 di Bergamo è stata compiuta un'azione complessiva di riordino dei Servizi alla Tutela che ricollocasse "la famiglia" al centro delle politiche di welfare. Per compiere questa azione è stato avviato in via sperimentale, a partire dal 2011, il progetto "Servizio Minori e Famiglie" di Ambito, il quale si è posto l'obiettivo di affrontare il tema della tutela minori nella sua reale complessità relazionale, integrando tra di loro le dimensioni sociale, educativa, psicologica per orientare i servizi verso un percorso in cui il fine ultimo è la presa in carico complessiva delle famiglie in difficoltà. Per raggiungere tale scopo è stato necessario avviare un processo di ridefinizione organizzativa dei Servizi Tutela esistenti, volto a ridurre la frammentazione degli interventi e a facilitare un processo di integrazione che coinvolgesse tutti gli attori interessati.

A partire dal 1 gennaio 2016 si è avviata la **gestione associata e la co-progettazione** (con il Consorzio Solco Città Aperta e l'Istituto Palazzolo) del **Servizio Minori e Famiglie di Ambito** con i seguenti obiettivi:

- Sviluppare, incrementare e sostenere le **azioni di prevenzione**, al fine di costruire reti in grado di supportare efficacemente le famiglie
- **Mantenere e sviluppare il Servizio Minori e Famiglie** all'interno di un quadro complessivo di politiche familiari e con una forte azione di co-progettazione e integrazione delle risorse;
- **Ricomporre**, all'interno di un percorso di co-progettazione, tutti i servizi che afferiscono all'area minori e famiglie nelle sue diverse articolazioni.

Il territorio dell'ambito è stato suddiviso in quattro Poli territoriali all'interno dei quali operano equipe multi-professionali.

All'interno di ogni equipe lavorano insieme assistenti sociali, psicologi ed educatori, dipendenti dei Comuni, dell'Asl, del Consorzio Sol.co Città Aperta e dell'Istituto Palazzolo, secondo modalità volte a rafforzare l'integrazione degli interventi oggetto del bando e progettualità trasversali. I gruppi di lavoro dei poli territoriali creano relazioni con gli attori del territorio, con i quali cercano di rinsaldare una rete sociale diffusa volta alla realizzazione di interventi sempre più inseriti nella comunità d'appartenenza delle famiglie. Ci sono poi delle aree trasversali al buon funzionamento del servizio

quali la tutela legale, il supporto alla progettazione, la raccolta e analisi degli indicatori di efficacia e la restituzione al territorio delle iniziative sviluppate.

All'interno della co-progettazione, le tipologie di intervento riguardano:

- La tutela minori;
- Gli affidi e le accoglienze familiari
- Gli interventi pedagogici
- Gli incontri Protetti
- La domiciliarità
- I progetti territoriali di comunità
- La tutela legale.

9.1.1.1 GLI OBIETTIVI

- **Tutelare il minore e il suo benessere globale**, garantendone fin dove possibile la permanenza in famiglia, anche con misure di sostegno economico o di affidamento familiare consensuale temporaneo e favorendo sinergie tra famiglia, istituzioni pubbliche e private educative, sanitarie, sociali e mondo del lavoro
- Sostenere il protagonismo familiare attraverso i gruppi di genitori, i gruppi di famiglie affidatarie dei percorsi ad hoc di supporto adottando un approccio integrato
- Sostenere il **lavoro di rete** quale **strategia d'intervento** che consente un'articolazione flessibile e personalizzabile delle risposte, che rimette al centro della programmazione i soggetti, che condivide funzioni trasversali nella presa in carico dei minori che attraversino situazioni di disagio.

9.1.1.2 GLI ESITI

Il progetto ha visto nel corso degli anni l'attivazione di un sistema di relazioni progettuali molto importanti, non solo all'interno del suo perimetro tecnico, ma anche al suo esterno, dimostrando ancora una volta l'importanza di uno sguardo sistemico nella progettazione e nella programmazione degli interventi.

In particolare si possono ricordare le connessioni con l'Extrascuola, con i Centri Diurni Minori (CDM), il tema dei Minori Stranieri Non Accompagnati, e da un punto di vista metodologico del programma P.I.P.P.I. (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione)

Tutto questo ha comportato un ulteriore esercizio di scambio e confronto tra operatori, servizi, prospettive di intervento, dalla cui integrazione non può che trarre beneficio il minore e la sua famiglia, sempre più al centro di un organico progetto di intervento.

Per fare questo il gruppo di progettazione ha operato fortemente all'interno e all'esterno dei confini del progetto, alle sinergie che ne derivano, nel tentativo di trasformare l'arcipelago delle progettazioni (tradizionalmente isolate) in un ecosistema progettuale capace di affrontare le sfide più attuali che la società contemporanea esprime in tema di Minori e Famiglie.

I dati relativi all'annualità **2017** sono i seguenti:

Tutela Minori

n. 1640 (di cui nuclei 1010) minori seguiti di cui 790 con provvedimento dell'Autorità giudiziaria

Affidi e Accoglienza Familiare

n. 60 affidi e n. 15 patti educativi

Interventi Pedagogici

n. 120 nuclei familiari

Incontri Protetti

n. 47 nuclei e 66 minori

Domiciliarità

n. 36 nuclei familiari con 69 minori

Progetti territoriali di comunità

13 progetti

Consulenza legale

n. 72 consulenze legali

9.1.1.3 LE PROSPETTIVE FUTURE

Sono quattro le prospettive che si indicano come necessarie per l'ulteriore evoluzione del Servizio Minori e Famiglie:

- L'integrazione con le Aziende Socio Sanitarie Territoriali, anche attraverso l'ottimizzazione degli strumenti di lavoro (Cartella sociale)
L'incremento del lavoro con i gruppi di famiglie e di minori in un'ottica preventiva
- L'allargamento della co-progettazione a un numero maggiore di soggetti
- Il sostegno alla formazione continua.

9.1.2 GIOCO DI SQUADRA

Il progetto **Gioco di squadra** è nato dalla volontà di continuare a garantire una rete integrata dei servizi rivolti ai minori sottoposti ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria o a fine pena e alle loro famiglie, partendo non solo dalla lettura dei dati forniti dal Documento di Programmazione del 2016 dal Dipartimento di Giustizia Minorile e di Comunità, ma anche dalla verifica dell'intervento messo in atto nel precedente biennio sui progetti della L.r. 8/2005 (2014/15). Il progetto che ha permesso nel corso dell'anno 2017 di seguire circa 120 minori e altrettanti saranno nel 2018, ha permesso di consolidare il lavoro nel territorio della provincia di Bergamo, della figura dell'Agente di rete. L'efficacia dell'intervento, in partenariato con tutti i 14 Ambiti della provincia, coordinati dall'Ufficio Sindaci dell'ex ASL, i servizi di tutela minori, accanto ai servizi per l'inclusione sociale e lavorativa dei

ragazzi, i servizi educativi e consultoriali per la parte relativa al sostegno personale e famigliari, la fitta rete di associazioni del terzo settore ove svolgere l'attività socialmente utile, hanno permesso, la presa in carico del minore e della sua famiglia in una logica integrata e multifattoriale e la condivisione della rete di un approccio metodologico sistemico e dinamico. La capacità di fare rete tra le realtà coinvolte in questa area, ha garantito oltre al rafforzamento e al consolidamento delle linee di governo del sistema già esistente, di sviluppo di una rete dinamica e attiva sul territorio provinciale al fine di garantire una presa in carico di una maggior numero di soggetti e famiglie, la riduzione all'utilizzo dei servizi carcerari e di collocamenti in comunità verso una logica di inclusione attiva di questi giovani, il recupero delle relazioni sociali, attraverso progetti personalizzati e integrati. L'azione di governo forte dell'Ambito 1 di Bergamo che attraverso la figura dell'Agente di Rete, è riuscito a tenere insieme: i servizi della magistratura, l'Ufficio sindaci per conto di ATS, quale elemento di sinergia delle diverse voci degli Ambiti Territoriali della Provincia, i servizi di Tutela minori, il terzo settore con le agenzie del volontariato, le agenzie educative e quelle volte all'inclusione sociale, ha rappresentato un punto di forza per l'efficacia della presa in carico del minore e della sua famiglia e la suo fuoriuscita dal circuito penale in un tempo adeguato dentro una logica riparativa e non coercitiva.

9.1.2.1 GLI OBIETTIVI

- Garantire interventi di presa in carico personalizzati e multiprofessionali di natura sociale e occupazionale per il minore con una particolare attenzione alle situazioni di grave marginalità o fragilità: minori stranieri, minori seguiti dai servizi di tutela minori e alle loro famiglie
- Consolidare e garantire con maggior efficienza interventi sistemici e unitari attraverso la figura dell'agente di rete inserito all'interno della rete territoriale provinciale
- Rendere più solida la rete e la filiera dei servizi territoriali, garantire una fattiva collaborazione tra le rete intesa come insieme degli enti presenti sul territorio pubblici e del privato sociale.

9.1.2.2 GLI ESITI

La progettualità, tutt'ora in corso, sta permettendo di garantire assieme a 150 minori la costruzione percorsi di presa in carico e accompagnamento al lavoro più tutelanti, percorsi che tengano conto anche attraverso la figura del coach o del tutor di area, della possibilità per questi ragazzi e giovani di riscattare un loro ruolo all'interno del contesto di appartenenza, socialmente riconosciuto come quello del lavoro o dello svolgimento di una attività formativa in un contesto scolastico.

9.1.2.3 LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Le principali prospettive di evoluzione del progetto riguardano alcuni passaggi imprescindibili:

- Ridurre l'incidenza di possibili recidive ricorrendo solo in caso di necessità all'uso del Istituto Penitenziario Minorile o del Centro di Prima Accoglienza del ministero nonchè del collocamento in comunità alloggio. Pertanto sarà necessario garantire uno sviluppo

adeguato e una risposta coerente e significative al processo di costruzione dell'identità personale e sociale del minore all'interno del contesto familiare e nel contest sociale di riferimento.

- Offrire una presa in carico integrata e coordinata, evitando frammentazione e confusioni da parte del minore e della famiglia dovendo far riferimento a diversi soggetti e servizi, attraverso una progettualità efficace ed efficiente alla Magistratura, che permetta di avere una visione d'insieme della personalità del soggetto, dei suoi punti di forza o di debolezza e di garantire un progetto coerente con i diversi a facilitare la contaminazione tra i gli operatori delle diverse aree verso linguaggi comuni e verso la conoscenza del fenomeno.
- Offrire, attraverso la rete, una costante lettura del fenomeno e un monitoraggio costante dell'utenza e delle famiglie anche ricorrendo ai dati annuali forniti dal centro giustizia minorile.
- Garantire un confronto costante tra i diversi attori coinvolti nella rete e nella presa in carico multifattoriale.

9.1.3 MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

A seguire il dettaglio dei MSNA sul territorio dell'Ambito distrettuale di Bergamo, principalmente del Comune Capofila, attualmente ospitati in 17 Comunità d'accoglienza anche extra provincia.

Denominazione della struttura di accoglienza	(Tutto) ▼		
Conteggio di MSNA		M/F ▼	
Nazionalità ▼	F	M	Totale complessivo
Albania		24	24
Costa D'Avorio		1	1
Egitto		25	25
Gambia		1	1
Guinea-Bissau		1	1
Kosovo		3	3
Marocco		2	3
Nigeria		1	2
Pakistan			4
Senegal			1
Totale complessivo		3	65

9.2 I PROGETTI DELL'AREA ANZIANI

9.2.1 LA RETE DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI

L'aumento dell'aspettativa di vita e il crescente invecchiamento, negli anni, hanno determinato la presenza nel nostro territorio di persone in condizioni di fragilità con problemi di dipendenza parziale o totale. Con l'approvazione della legge regionale n. 15/2015 "Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari" e della DGR n. 5648/2015 "Approvazione del

Piano delle Azioni regionali e delle Linee Guida per l'istituzione degli Sportelli per l'assistenza familiare e dei Registri territoriali degli assistenti familiari", Regione Lombardia introduce un sistema che favorisca l'incontro regolato tra domanda e offerta.

Il Piano delle Azioni regionale ha identificato le seguenti passi da realizzare:

- Linee guida per l'istituzione degli Sportelli per l'assistenza familiare e dei Registri degli assistenti familiari
- La promozione dei percorsi formativi per assistenti familiari, migliorando e potenziando quelli già in atto
- La promozione di iniziative di comunicazione
- Azioni di supporto agli Ambiti territoriali/Comuni e agli enti interessati per l'attivazione e gestione dello Sportello/Registro
- Lo sviluppo del sistema informativo regionale per la messa in rete degli Sportelli territoriali per l'assistenza familiare e la tenuta dei Registri degli assistenti familiari.

9.2.1.1 GLI OBIETTIVI

La finalità della L.r. 15/15 e successiva DGR 5648/16 consiste nell'offrire alle persone in condizione di fragilità o non autosufficienza e alle loro famiglie servizi qualificati di assistenza, informazione e consulenza.

Gli obiettivi del progetto consistono nel:

- Consentire agli assistenti familiari di accedere al mercato del lavoro valorizzando la qualità delle prestazioni rese alle persone anziane; offrire loro formazione e aggiornamento consentire l'iscrizione contemporanea a più registri territoriali degli assistenti familiari
- Favorire forme di tutela e sostegno ai caregiver offrendo un supporto nella sua funzione di assistenza

9.2.1.2. GLI ESITI

L'ufficio di Piano nell'annualità 2017/2018 in ottemperanza alle Linee Programmatiche e la Nota Tecnica inviata da Regione ha lavorato con i partner nella costruzione della Rete, con incontri periodici e calendarizzati, l'idea è stata quella di costruire una filiera "leggera" di azioni centrate sull'ascolto della domanda, l'accompagnamento delle persone e la messa in opera di garanzie minime di qualità.

Si sono definite le linee guida della Rete intese come servizio di front office alle famiglie, che sono alla ricerca di un assistente familiare, ed alle/ai lavoratori/trici, che desiderano trovare impiego come assistenti familiari (informazione e orientamento, consulenza e supporto sono prestazione di livello essenziale così come previsto all'art.22 della L.328/2000)

La Rete degli Sportelli si è organizzata secondo le modalità flessibili sia nel tempo che nello spazio, in base alle caratteristiche dei servizi da questi ultimi erogati.

La Rete degli Sportelli è stata presentata pubblicamente al Territorio dell'Ambito con Conferenza Stampa.

Per l'istituzione della Rete è stato pubblicato un "Avviso pubblico esplorativo per manifestazione d'interesse a collaborare in convenzione con l'Ambito Territoriale di Bergamo per l'istituzione degli sportelli per l'assistenza familiare e dei registri territoriali degli assistenti familiari". La Rete ad oggi si compone di 6 partner appartenenti al Terzo Settore, Organizzazioni Sindacali e i loro enti di patronato.

9.2.1.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Al fine di rendere maggiormente efficaci le azioni intraprese, si delineano le seguenti prospettive:

- Integrare maggiormente la Rete a livello territoriale, come supporto alle risorse esistenti, superando la frammentazione delle risposte
- Operare in integrazione e in sinergia con il sistema in essere sul territorio rispetto al tema della non autosufficienza
- Condividere e integrare le conoscenze, i modelli di intervento, gli strumenti di lavoro
- Potenziare il raccordo pubblico-privato.

9.2.2. IL PROGETTO "DEMENTE"

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, circa 35,6 milioni di persone nel mondo soffrono attualmente di demenza. Di queste, il 60-70% (tra i 21 e i 25 milioni) è affetto da Alzheimer. Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età. Nel mondo vi sono 650 milioni di persone con età maggiore di 65 anni (400 nei paesi in via di sviluppo) e 21,4 milioni con un'età maggiore di 80 anni. Si stima che nel 2025 i primi arriveranno a circa 1,2 miliardi (840 nei paesi in via di sviluppo), per una quota della popolazione europea del 29% e di quella italiana del 35%.

In Europa si stima attualmente che la prevalenza delle demenze incrementi dal 1.6% nella classe d'età 65-69 anni al 22.1% in quella maggiore di 90 anni nei maschi e dal 1% al 30.8% rispettivamente nelle donne. La demenza di Alzheimer rappresenta, secondo queste stime, il 54% di tutte le demenze, con una prevalenza del 4.4% nella popolazione ultrasessantacinquenne. Anche per questa specifica patologia la prevalenza aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne, con valori compresi tra lo 0.7% per la classe d'età 65-69 anni ed il 23.6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0.6% al 17.6%.

In Italia sono stati condotti numerosi studi di prevalenza, che portano ad una stima complessiva di circa 1.000.000 di persone affette da demenza, delle quali circa il 60% da demenza di Alzheimer.

I dati ISTAT 2014 parlano dell'Alzheimer come di una malattia in continua crescita, sesta causa di morte in Italia.

In relazione a tale evoluzione demografica, la demenza e i bisogni di salute ad essa connessi rappresentano una grande sfida per il sistema socio – sanitario. La crescita del numero di malati richiederà un ampio sforzo sanitario ed economico: le demenze hanno infatti costi sociali ed economici elevatissimi. A questi si aggiungono i costi sociali legati all'assistenza che ancora oggi

grava soprattutto sui familiari delle persone malate. Si deve tenere conto a questo proposito che il cambiamento avvenuto negli ultimi anni impone una rivalutazione complessiva delle modalità di assistenza, sapendo che non sarà possibile la moltiplicazione senza fine di servizi ad alto costo. E' necessario rafforzare politiche di welfare orientate allo sviluppo di interventi di sussidiarietà e inclusione sociale, incentrate sulle relazioni familiari, amicali e di "vicinato", oltre che sulle tradizionali linee di offerta istituzionale.

9.2.2.1. GLI OBIETTIVI

Il progetto "Demenze" si è dato i seguenti obiettivi di lavoro dentro una prospettiva di attenzione e di cura rivolta al cittadino, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza:

- Costituire una rete comprendente i soggetti che a vario titolo si occupano di accogliere i problemi connessi alla demenza al fine di lavorare su prospettive condivise. Nello specifico:
 - Strutturare un lavoro di ricomposizione dell'esistente
 - Rendere le informazioni fruibili a tutti
 - Sperimentare azioni di sensibilizzazione;
- Costruire un modello di lavoro che parta dalla creazione di una buona compliance con l'utente e i suoi caregivers, porti all'individuazione di obiettivi condivisi e alla realizzazione di una progettualità personalizzata
- Coinvolgere gli Enti del terzo settore e dell'associazionismo nell'implementazione e gestione delle prassi
- Sperimentare progettualità che favoriscano la permanenza al domicilio.

9.2.2.2. GLI ESITI

Il progetto ha portato alla costituzione di una rete tra i seguenti partner:

- Ambito di Bergamo
- ASST PG23
- ATS di Bergamo
- Primo Ascolto Alzheimer
- Fondazione Carisma
- Cooperativa Bergamo Sanità
- Istituto Palazzolo
- Fondazione Humanitas
- Associazione Alzheimer Bergamo

9.2.2.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Al fine di favorire l'evoluzione del progetto, si individuano le seguenti prospettive di lavoro:

- Realizzare una mappatura del territorio al fine di evidenziare quali siano i servizi formali ed informali che si rivolgono alle persone affette da demenza. Conseguentemente:

- Creare una guida informativa che possa rispondere ai bisogni dei familiari di avere indicazioni semplici e pratiche per la cura quotidiana del malato di Alzheimer: come comportarsi, cosa fare, dove andare, quando e a chi rivolgersi, i diritti
- Costruire una brochure per gli addetti ai lavori che possa orientare verso le risposte più idonee nella platea dell'offerta dei servizi.
- Sperimentare azioni di sensibilizzazione sul tema delle demenze secondo l'approccio del Dementia Friendly Community:
 - Definire il territorio di sperimentazione
 - Individuare soggetti chiave del territorio.
- Formalizzare un tavolo di lavoro sulle demenze che abbia le seguenti finalità:
 - Ricomporre l'esistente e metterlo in rete
 - Definire nuove linee operative sulla presa in carico delle demenze per creare un modello condiviso che preveda la selezione degli utenti, l'orientamento verso i servizi, l'implementazione di documentazioni condivise (scheda di accesso, progetto individuale)
- Innovare i servizi attraverso:
 - Il potenziamento delle attività esistenti, analizzando e correggendo i punti di debolezza, sostenendo i punti di forza e colmando eventuali vuoti di servizi in un'ottica di sostenibilità a lungo termine delle azioni attivate, anche attraverso il coinvolgimento di utenti ed enti privati
 - Il lavoro sulla compliance con l'utente ed il suo caregiver per migliorare la qualità di vita di entrambi, ed abbattere i costi assistenziali
 - Sostenere l'aggiornamento e il confronto con altri Ambiti territoriali e realtà in cui sono attivi progetti finalizzati al sostegno a delle persone con degenerazione cognitiva
 - Avviare sperimentazioni funzionali alla permanenza al domicilio.

9.2.3. LA CO-PROGETTAZIONE DELLA DOMICILIARITÀ

L'Ambito 1 - Bergamo è quello con l'indice d'invecchiamento (24,14%) più alto in tutta la provincia (20,33%), superiore anche alla media regionale (22,18%) e nazionale (22,33%). Ormai quasi un quarto della popolazione (24%, pari a 36.997 persone) ha un'età maggiore di 65 anni. Gli aspetti che più influenzano la situazione della popolazione anziana sono i seguenti:

- accrescimento quantitativo delle fasce d'età successive ai 60-70-80 anni
- processi di personalizzazione dei bisogni sociali
- mutamenti delle forme di convivenza relazionale e cambiamento nei modelli e nelle forme di famiglia, con un incremento significativo delle famiglie monoparentali e delle coppie conviventi.

Con l'innalzarsi dell'età aumenta anche la probabilità di vivere soli e ciò determina la necessità di costruzione di servizi e di progetti d'intervento che tengano conto dell'assenza di caregiver conviventi.

Il "nuovo anziano" è sempre più spesso dotato di progettualità attiva e creativa: non chiede solo assistenza, ma interventi rispettosi della sua persona, che gli consentano di essere cittadino come gli altri. Il convenzionale ingresso nell'età anziana a 65 anni con il progressivo allungarsi dell'età pensionabile e l'allungarsi dell'aspettativa di vita sempre più spesso non viene percepito tale. Anche se temporalmente posticipato, è comunque elevato il rischio, soprattutto quando l'anziano vive da solo, di trovarsi in situazioni che esprimono un forte bisogno di assistenza e di socialità.

Alla fragilità biologica va aggiunta la fragilità psicologica e sociale della persona, ma anche la percezione di isolamento della famiglia e del care-giver che rischiano un distacco emotivo e sociale dalla vita pubblica e privata, ripiegandosi su sé stesse.

Le famiglie sembrano sempre più in difficoltà. Prive di reti familiari e parentali di supporto, talvolta anche prive di reti di buon vicinato ed amicali, sono esposte a rischi di solitudine e di isolamento con ripercussioni importanti sul benessere del sistema e di ogni singolo membro.

L'elemento significativo che traspare come motivo di fondo a rappresentare una debolezza ormai latente e ben presente nel sistema diviene la consapevolezza della crescente fragilità delle reti primarie di prossimità, della loro fatica e/o impossibilità a farsi carico della solidarietà naturale.

Finalità dei servizi è anche impostare interventi più attenti ad "aiutare chi aiuta", prevedendo azioni di ascolto e di sostegno, nonché sviluppando ogni attività capace di alleggerire il carico e rendere il compito di cura meno oneroso.

Per perseguire il benessere di una fascia fragile della popolazione, benessere inteso non solo come stato di salute, ma anche come condizione di persona parte della rete di comunità, è sempre più necessario prendersi cura anche della comunità stessa.

9.2.3.1. GLI OBIETTIVI

Gli obiettivi della co-progettazione della domiciliarità riguardano:

- **La tutela del benessere delle persone in condizione di fragilità sociale, garantendone la permanenza nel contesto domiciliare.** Il concetto di domicilio è ampliato a comprendere non solo la casa, ma anche il **contesto di vita allargato** (la comunità territoriale) capace di attivare relazioni e di dare vicinanza e cura, elementi fondamentali che garantiscono qualità alla vita.
- **La ricomposizione del quadro dei servizi e delle azioni per facilitare l'accessibilità, in un'ottica anche di prevenzione.** In tal senso, l'**organizzazione su poli territoriali** consente una presa in carico globale delle persone e, anche quando la costruzione del progetto di assistenza ha la necessità di attivare più strumenti (custodia, SAD, FNA, voucher), rende possibile ricomporre l'intervento in modo unitario.
- **La valorizzazione del ruolo delle famiglie, della comunità e delle relazioni sociali.** Il sistema dei servizi alle persone anziane e fragili, costruito sui due pilastri socio-sanitario e socio-assistenziale, oggi non è in grado di garantire il benessere e l'accesso alle cure. La presente proposta introduce come "terzo pilastro", il territorio, all'interno del quale azioni come la

custodia sociale, il lavoro di rete, l'infermiere di comunità, il DFC, il supporto ai caregivers diventano non solo servizi ma azioni per **costruire una comunità accogliente**

- **Una maggiore uniformità ed equità di prestazioni sull'intero territorio per i cittadini dei Comuni dell'Ambito**, mediante la realizzazione di prassi condivise e un'integrazione più efficiente ed efficace delle risorse.

Il Gruppo di coordinamento della co-progettazione, previsto dalla governance nel livello di management, è il luogo deputato al lavoro di armonizzazione delle prassi tra i sei comuni dell'ambito. Il Gruppo di coordinamento, grazie alla presenza dei coordinatori, potrà costruire le prassi comuni sulla base del confronto diretto con l'attività dei servizi.

Il Gruppo di regia della co-progettazione ha il compito di indirizzare l'utilizzo delle risorse valutando l'efficacia dei servizi e l'efficienza organizzativa.

- **Trasversalità tra le diverse aree di intervento del Servizio sociale.**

La trasformazione della realtà sociale del nostro territorio porta a confrontarsi sempre più spesso con bisogni complessi, non più affrontabili con la logica della divisione in aree (anziani, disabili, minori). La positiva sperimentazione in atto nel comune di Bergamo dell'equipe per la presa in carico delle situazioni multiproblematiche dimostra l'importanza del **lavoro in team trasversale alle aree** e suggerisce la diffusione di questo modello di lavoro.

- **Multidisciplinarietà della presa in carico e degli interventi**

La presenza nell'organico della co-progettazione di diverse figure professionali e l'impostazione del lavoro con le **equipe multi-professionali di polo** ha l'obiettivo di garantire un approccio che, oltre ai bisogni di tipo assistenziale, è in grado di assumere anche i bisogni di tipo relazionale e/o di supporto psicologico sia della persona anziana, sia dei suoi familiari.

9.2.3.2. GLI ESITI

La co-progettazione coinvolge:

Utenti SAD: n. **387**

Utenti Tornare a casa: n. **36**

Utenti servizio Custodia: n. **205**

9.2.3.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

L'implementazione di questa progettualità è affidata alle seguenti prospettive evolutive:

- **Miglioramento della qualità della vita** nel suo complesso, prevenzione e riduzione/rimozione delle cause di ordine psicologico, ambientale e sociale che possono provocare situazioni di bisogno, fenomeni di emarginazione sociale oppure che possono ostacolare il mantenimento dell'utente nel proprio domicilio;
- **Coinvolgimento e possibile ricostruzione della rete di relazioni familiari e sociali**, consolidamento dell'unitarietà del nucleo parentale, nell'ottica di erogare un servizio di sollievo, supporto, informazione/formazione per le famiglie con carichi assistenziali.
- **Integrazione degli interventi** a sostegno della domiciliarità, con attenzione al superamento della dicotomia sociale e sanitario.

- **Sensibilizzazione delle realtà locali** per la promozione e l'attivazione di adeguate risorse finalizzate a migliorare le condizioni di vita delle fasce più deboli della popolazione. La socializzazione, l'informazione e la partecipazione a iniziative e attività culturali e ricreative come azioni di supporto.
- **Ridefinizione dell'anziano** come cittadino attivo e risorsa per il territorio.

9.3. I PROGETTI DELL'AREA DISABILITÀ

9.3.1. L'ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA

Ai sensi della vigente normativa (L. 104/92, L.R. 31/80), gli interventi in tema di inclusione degli alunni con disabilità che l'amministrazione comunale deve garantire riguardano l'assistenza educativa scolastica, il trasporto specialistico e lo svolgimento di attività extrascolastiche.

Negli ultimi anni si è assistito da un lato all'aumento del numero degli alunni con disabilità certificata seguiti in assistenza educativa scolastica (passando da 283 nell'a.s. 2012/2013 a **338** nell'a.s. 2017/2018), dall'altro ad una diversificazione delle disabilità, con particolare incremento nell'area comportamentale/relazionale.

Al fine di rispondere alla crescente e ormai diversificata domanda, l'Amministrazione comunale ha inteso garantire interventi di inclusione scolastica basati su criteri di qualità e di sviluppo del sistema di intervento, scegliendo una metodologia di progettazione e gestione, di **co-progettazione**, capace di innovare sensibilmente il sistema dei servizi, in modo che Comune e Terzo Settore operino in una logica partenariale e di corresponsabilità allo scopo di ampliare la gamma delle proposte ed offrire soluzioni progettuali in linea con i bisogni emergenti del territorio, aggiornando costantemente la risposta alle reali necessità e coinvolgendo il più possibile le reti sociali cittadine.

Nello specifico, con la scuola si è inteso sviluppare una progettualità sull'inclusione scolastica che consenta la sperimentazione di un servizio basato non solo sulla classica assistenza educativa scolastica ad personam, ma soprattutto su un approccio più ampio e integrato che, pur ponendo particolare attenzione alle peculiarità e alla storia dell'inclusione degli alunni con disabilità nel sistema educativo e scolastico, ricerchi pratiche e metodologie innovative, non solo connesse all'apprendimento, ma anche alla dimensione del benessere, della relazione e del protagonismo.

9.3.1.1. GLI OBIETTIVI

Le principali attività hanno riguardato:

- L'assistenza educativa scolastica
- Il trasporto scolastico specialistico per alunni con disabilità
- I progetti aggregativi per attività extrascolastiche per alunni con disabilità
- Il progetto di consulenza pedagogica

GLI OBIETTIVI CHE, ATTRAVERSO QUESTE ATTIVITÀ, SI VOGLIONO RAGGIUNGERE SONO I SEGUENTI:

- **Garantire qualità e benessere** per gli utenti, le famiglie, la scuola, gli operatori, considerando l'insieme degli stakeholder
- Gestire i processi in modo innovativo e sperimentale, al fine di rispondere a **nuovi bisogni** (ad esempio l'ampliamento dei progetti aggregativi agli alunni senza disabilità, cercando di rispondere al bisogno di socializzazione e alle esigenze delle famiglie)
- **Sostenere la genitorialità** in senso ampio
- **Orientare al progetto di vita**, allontanandosi dalla logica che vede l'esperienza scolastica come una fase di passaggio per integrarla nel più ampio percorso individuale
- Creare un sistema trasversale che permetta lo **sviluppo reale del progetto di vita**, contribuendo a rilanciare la cultura dell'inclusione con uno sguardo collettivo.

9.3.1.2. GLI ESITI

SERVIZIO - PROGETTO	NUMERO SOGGETTI COINVOLTI A.S. 2016/17	PARTNER E COLLABORAZIONI
ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA	348 ALUNNI	COMUNE DI BERGAMO, COOPERATIVE SERENA e ALCHIMIA IN ATI, FAMIGLIE, ASSOCIAZIONI GENITORI, UNIVERSITA', ATS, ASST, UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE, ISTITUTI COMPRESIVI, TAVOLI AMBITO 1, TAVOLO AMBITI TERRITORIALI
TRASPORTO SCOLASTICO SPECIALISTICO ALUNNI CON DISABILITA'	19 ALUNNI	
PROGETTI AGGREGATIVI PER ATTIVITA' EXTRASCOLASTICHE	11 ALUNNI	
PROGETTO DI CONSULENZA PEDAGOGICA	9 ISTITUTI COMPRESIVI	
ASSISTENZA SUI MEZZI DEL TRASPORTO SCOLASTICO (SCUOLABUS)	116 ALUNNI	

9.3.1.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Le prospettive per lo sviluppo e il potenziamento del progetto riguardano:

- **Rinforzare la cultura dell'inclusione** a livello comunitario attraverso gli interventi che si intendono mettere in atto. In questo processo andranno coinvolti anche nuovi attori, tra cui le scuole paritarie e gli assistenti educatori impegnati in prima linea nelle scuole di ogni

ordine e grado della città. Favorire la rete relazionale della persona con disabilità grave anche in contesti non abitualmente o obbligatoriamente strutturati per accogliere la disabilità

- **Sperimentare un nuovo modello di intervento educativo** (ad esempio in piccoli gruppi eterogenei con il superamento della relazione 1:1). Questa modalità di intervento, nell'ambito dell'assistenza educativa scolastica, potrebbe generare un forte impatto sociale in quanto si propone di coinvolgere non solo alunni con disabilità, ma anche loro compagni di classe e gli adulti di riferimento, diffondendo una cultura inclusiva e rinforzando la sensibilità e la corresponsabilità di tutto l'ambiente scolastico
- **Ampliamento della rete degli stakeholder** (portatori di interesse e i loro possibili contributi): tra gli elementi che rappresentano un valore aggiunto c'è sicuramente l'ampliamento della rete degli stakeholder, che possono diventare risorsa aggiuntiva attiva e partecipe, oltre che partner progettuali nella realizzazione di servizi innovativi
- **Attivare Azioni di supporto e sostegno alla genitorialità** con un focus specifico sul tema dell'orientamento del progetto di vita
Si intendono attivare dispositivi quali: gruppi di mutuo-aiuto, counselling e orientamento alle famiglie, sia in fase di ingresso nella scuola sia nelle diverse tappe evolutive, laboratori di narrazione sulla genitorialità con il taglio della scrittura di esperienza, collaborazioni più solide e continuative con la rete dell'associazionismo familiare.

9.3.2. IL "DOPO DI NOI"

Nel giugno del 2016 è entrata in vigore la Legge n. 112, denominata "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" recepita da Regione Lombardia con DGR 6674/2017 avente oggetto "Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare – dopo di noi – L.N: 112/2016". Le disposizioni contenute nella legge, nota ormai col nome "Dopo di noi", disciplinano un tema caro a molti, ovvero quello delle misure di assistenza, cura e protezione nel superiore interesse delle persone con disabilità grave (di cui Art.3 comma 3 della Legge 104/92), non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perchè gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonchè in vista del venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori. Tali misure, volte anche ad evitare l'istituzionalizzazione, sono integrate, con il coinvolgimento dei soggetti interessati, nel progetto individuale di cui all'art. 14 della Legge 328/00 ("Progetti individuali per le persone disabili"), nel rispetto della volontà della persona con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi. In altre parole, si tratta di una legge che si occupa di quella delicata fase di solitudine, in cui possono trovarsi le persone con disabilità, causata da un evento luttuoso, come la morte dei genitori che li abbiano fino a quel momento accuditi o comunque causata dall'assenza di un adeguato sostegno familiare, o in vista del venir meno dello stesso. Va precisato che la nuova normativa si applica, per espressa previsione legislativa, solamente alle persone con disabilità grave e non in generale alle persone con disabilità.

Scopo della nuova disciplina è favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia dei soggetti con disabilità grave, anche grazie al processo di deistituzionalizzazione e di supporto della domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento, al fine di impedire l'isolamento delle persone con disabilità, possibile oggi anche grazie all'ausilio delle nuove tecnologie.

Valori fondamentali della nuova normativa sono, dunque, quello della preservazione, per quanto più possibile, dell'autonomia dei soggetti coinvolti, del rispetto della loro volontà e della tutela del loro benessere, fisico e psicologico.

9.3.2.1. GLI OBIETTIVI

Gli obiettivi di questa azione progettuali risiedono nell'offrire al cittadino con disabilità che intenda compiere passi verso lo sviluppo di competenze, di capacità della vita adulta, di autodeterminazione la possibilità di inoltrare domanda all'Ufficio di Piano. Egli potrà fruire del supporto del case manager per individuare i sostegni più adatti che possono essere:

- Interventi gestionali che comprendono:
 - percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione (accompagnamento all'autonomia).
 - interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (supporto alla residenzialità)
 - ricoveri di pronto intervento.
- Interventi infrastrutturali che comprendono:
 - interventi di ristrutturazione dell'abitazione
 - sostegno del canone di locazione o delle spese condominiali.

9.3.2.2. GLI ESITI

L'Ufficio di Piano in qualità di soggetto attuatore del programma del DDN ha condiviso con le Associazioni di familiari, Associazioni di persone con disabilità, con gli Enti del Terzo Settore, le linee operative per l'attuazione a livello locale del programma operativo regionale, fornendo, inoltre, al cittadino le informazioni e gli strumenti idonei alla costruzione del suo percorso.

Per identificare la platea dei destinatari del "dopo di noi" bisogna rifarsi al testo della legge 112 (art.1) che cita quanto segue "i destinatari delle misure di assistenza cura e protezione sono "le persone con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare, in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale".

I soggetti coinvolti nella progettualità sono stati: i Responsabili dell'Ufficio di Piano, dell'ASST, dell'amministrazioni comunale e i referenti delle associazioni e degli altri enti di Terzo Settore.

9.3.2.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

- Grazie alla Legge 112 la Regione Lombardia potrebbe nei fatti inserire nella sua filiera di servizi una offerta in più, oggi mancante, che vada a collocarsi a metà strada tra i servizi domiciliari a supporto della “abitare in famiglia” o della “vita autonoma” (vivere da soli) e il sistema delle comunità alloggio o sociosanitarie, non considerando però quella che ad oggi è la criticità rilevata quella della adeguatezza e della sostenibilità dei progetti. Adeguatezza ai bisogni e diritti delle persone con disabilità. Sostenibilità economica nel lungo periodo.
- Il complesso sistema delle compatibilità/incompatibilità/integrazioni con le altre misure oggi attive (B1, B2, reddito di autonomia, progetti per la vita indipendente) e con quelle che si attiveranno (prima fra tutte il reddito di inclusione) **rende evidente la necessità di impostare l’individuazione e l’erogazione dei sostegni in forma integrata**. Sollecita anche l’intero sistema **a compiere valutazioni di esito** che restituiscano dati e conoscenze rispetto all’efficacia dei sostegni impiegati ed, eventualmente, alla loro revisione. Infine, si inizierà a sperimentare e a **utilizzare la modalità del budget di progetto**, che impegnerà tutti i protagonisti del progetto individuale a utilizzare tutte le risorse disponibili e attivabili, comprese quindi quelle delle persone e quelle comunitarie.
- Nell’ambito del «Dopo di Noi» si evidenziano alcune esigenze/attenzioni:
 - l’esigenza di passare da una «progettazione per obiettivi» ad una «progettazione per le diverse fasi di vita» allorché alle singole azioni si sostituisce la «prospettiva sul futuro»
 - l’attenzione ad una dimensione delle risorse economiche non più legate al momento, ma capaci di dare continuità al progetto individuale nel tempo
 - lo spostarsi dell’attenzione dalle prestazioni alle abilità acquisite dalla persona il concetto di «rete territoriale».

9.3.3. LA CITTÀ LEGGERA

Il tema della sperimentazione di progetti di autonomia, del vivere in contesti diversi da quelli della famiglia insieme alla preoccupazioni delle famiglie di preparare i figli al distacco pensando anche al loro futuro abitativo rivestono un’importanza sempre più cruciale nella programmazione e nella gestione degli interventi e progetti a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

Il progetto “La città Leggera”, rivolto alle persone con disabilità in età adulta, ha preso avvio nel 2014 su iniziativa del Comune di Bergamo, del Consorzio Sol.Co Città Aperta, della Fondazione Casa Amica e della Cooperativa “L’impronta” con l’intenzione di creare un sistema di residenzialità leggera per persone adulte con disabilità che volessero sperimentare e, in seguito, vivere in autonomia.

Grazie ad un finanziamento ottenuto dalla Fondazione Cariplo di Milano e al finanziamento del Comune di Bergamo è stato possibile mettere a disposizione 9 appartamenti dislocati in 5 quartieri della città, 8 di proprietà del Comune di Bergamo e uno della Cooperativa “L’impronta”.

Oltre alla fase di messa a disposizione degli alloggi è stato necessario realizzare le seguenti azioni:

- una ricognizione degli utenti potenzialmente interessati al progetto
- una presentazione del progetto alle famiglie di persone adulte con disabilità
- delle presentazioni del progetto alle comunità locali.

Inoltre si sono organizzati gruppi di counseling rivolti ai familiari, promossi in collaborazione con le Associazioni “I pellicani” e “Oltre noi”, per approfondire i temi dell’autonomia e della vita adulta autonoma delle persone con disabilità ed accompagnare le famiglie al distacco.

A seguito dell’approvazione da parte dell’Assemblea dei Sindaci del 2016 il progetto è stato esteso, nel 2017, anche nei Comuni dell’Ambito.

9.3.3.1. GLI OBIETTIVI

La principale finalità del progetto “La città leggera” è la costituzione di un sistema di residenzialità leggera a favore di persone adulte con disabilità. Dentro tale finalità, gli obiettivi consistono nel:

- Sostenere i percorsi di vita delle persone con disabilità che desiderino sperimentare la dimensione dell’autonomia, nel rispetto dei loro tempi e dei loro bisogni. A tal fine, l’avvicinamento alla residenzialità prevede flessibilità e gradualità
- Sostenere lo sviluppo delle autonomie e il protagonismo delle persone adulte con disabilità
- Sostenere i familiari di fronte alla scelta del congiunto con disabilità di intraprendere un percorso autonomo al di fuori del contesto familiare e aiutarli nel distacco; farli sentire protagonisti nel progetto di vita del figlio
- Sviluppare reti di sostegno attorno agli appartamenti affinché essi si radichino nelle comunità
- Sensibilizzare le comunità ai temi della disabilità, dell’autonomia, dell’adulità.

9.3.3.2. GLI ESITI

Per ciò che concerne il Comune di Bergamo gli esiti sono stati i seguenti:

- n. **34** le persone con disabilità frequentano il progetto “La città leggera”
- n. **10** di queste 34 sono inserite stabilmente – a carattere residenziale - negli appartamenti
- sono stati realizzati n. 3 i percorsi di accompagnamento a favore delle famiglie per un totale di 30 incontri
- n. **9** gli appartamenti messi a disposizione per il progetto

Per ciò che concerne i Comuni dell’Ambito (Gorle, Torre Boldone, Orio al Serio, Ponteranica e Sorisole) nel corso del 2017 è stata condotta una ricognizione coinvolgendo:

- le assistenti sociali dei comuni

- almeno un referente significativo dei servizi per la disabilità presenti sul territorio o in cui sono collocati gli utenti segnalati.

A ciascuno sono stati richiesti rimandi precisi riguardo a tre temi:

1. i bisogni dell'utenza in merito ad un possibile avvicinamento alla progettualità "La città leggera" e secondo quali modalità (diurni, sollievi, residenzialità, vita autonoma) e tempistiche (urgenza, breve e medio termine)
2. il lavoro già in atto con le famiglie e le prospettive future di coinvolgimento nel progetto
3. la vitalità dei territori e le possibili risorse attivabili.

I principali dati emersi sono i seguenti:

- le **78** persone con disabilità inserite nei servizi comunali, rientrano nelle fasce d'età 14-18 anni (n. 17) e 18/64 (n. 61)
- n. **16** sono le persone con disabilità potenzialmente interessate ai progetti di residenzialità leggera.

9.3.3.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Nell'immediato, il progetto "La città leggera" intende svilupparsi seguendo queste prospettive:

- Avvio di gruppi di familiari di persone con disabilità residenti nei Comuni dell'Ambito in collaborazione con le associazioni "I Pellicani" e "Oltre noi"
- Consulenza ai Comuni e alle famiglie interessate al progetto "La città leggera" per orientare le scelte considerando i progetti di vita dei congiunti
- Definizione dei criteri per il sostegno economico alla frequenza degli appartamenti
- Avvio di una rete tra gli appartamenti de "La città leggera" e le nuove unità d'offerta presenti nel territorio
- Accoglienza di persone con disabilità residenti nei comuni dell'Ambito.

9.3.4. LA VITA INDIPENDENTE

Il cambio di paradigma della convenzione dei diritti ONU del 2006 sui diritti delle persone con disabilità ha introdotto un cambiamento radicale nella lettura dei bisogni passando da un approccio volto a compensare bisogni specifici e settoriali ad una presa in carico globale e pienamente inclusiva.

In tale contesto, diventa centrale la persona e la sua inclusione nella società. Uno degli elementi fondamentali e necessari ai fini della più ampia inclusione sociale è "l'importanza per le persone con disabilità della loro autonomia ed indipendenza individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte" (Convenzione ONU, Preambolo, lettera n.)

Il concetto di vita indipendente rappresenta la possibilità di vivere la propria vita come qualsiasi altra persona ed è strettamente legata al concetto di autodeterminazione.

I principi di riferimento devono dunque essere la libertà di scelta di poter vivere al proprio domicilio nonché lo sviluppo di una rete di servizi utili alla piena inclusione della persona con disabilità nella società anche a fronte di un progressivo processo di deistituzionalizzazione.

Il Programma d'azione sulle politiche per la disabilità del 2013 rimandava alle Regioni l'adesione alla sperimentazione di un modello di intervento unitario a favore della piena inclusione sociale.

La proposta è stata rinnovata nel 2014, 2015, 2016 e 2017.

Per ogni annualità, ogni Ambito sceglie quali macroazioni declinare in progetti specifici fra quelle proposte (Trasporto sociale, Abitare in autonomia, Assistente alla persona, Inclusione sociale, Domotica), a seconda dei bisogni e delle priorità specifiche del territorio. I progetti vengono poi valutati ed approvati dal Ministero per poi essere liquidati alle Regioni ed infine agli Ambiti.

9.3.4.1. GLI OBIETTIVI

L'ambito Bergamo 1 ha aderito alla sperimentazione dal 2016, seguendo modalità di azione quali:

- Mettere a sistema progetti sperimentali già in atto sul territorio ed in linea con le politiche di Vita Autonoma Indipendente
- Implementare azioni innovative che compensino vuoti di prassi essenziali alla Vita Autonoma Indipendente (es. Domotica)
- Predisporre modelli di accompagnamento verso l'autonomia delle persone con disabilità e presa in carico dei suoi bisogni che preveda l'utilizzo di modalità di valutazione multidimensionale finalizzati alla elaborazione di progetti personalizzati.

I beneficiari sono persone con disabilità intellettiva medio lieve o motorie o sensoriali senza deficit cognitive:

- in grado di prendere le decisioni riguardanti le proprie scelte di vita ed intraprendere percorsi di autodeterminazione
- a rischio di subire discriminazioni ed esclusione dalla vita sociale
- che non presentino comportamenti auto-eteroaggressivi.

Il numero di beneficiari coinvolti varia a seconda dalla progettualità annuale per una media di 30 persone.

Sono coinvolti i Servizi Sociali di riferimento, gli enti erogatori, le associazioni presenti sul territorio.

9.3.4.2. GLI ESITI

Sulla base delle segnalazioni dei casemanager, sono stati coinvolti utenti che abbiano le caratteristiche e la possibilità di sviluppare progetti di vita Autonoma Indipendente specifici e raggiungibili nell'annualità di intervento prevista dal Decreto.

Ad ogni utente interessato è stato chiesto di compilare una scheda di Domanda di accesso, valutata da un Cead a geometria variabile specifico per il progetto.

Gli utenti i cui progetti sono stati ritenuti in linea con le finalità della progettualità annuale presentata alla Regione e con le caratteristiche personali e progettuali idonee al rispetto dei tempi di sviluppo, hanno predisposto un Progetto individualizzato (PI) con il casemanager ed il referente dell'Ambito. Una volta predisposto, il PI viene condiviso con le famiglie.

Nei progetti di Vita Indipendente, infatti, è essenziale il coinvolgimento e la collaborazione con i caregivers di riferimento, tanto da prevedere, per ogni progetto, azioni a loro dedicate quali, ed esempio, counseling psicologico individuale, gruppi di auto mutuo aiuto, azioni di addestramento all'utilizzo di strumentazione domotica, etc.

Questa prassi viene descritta e sottoscritta nel PEI, dall'utente, dal casemanager e dal referente dell'ente erogatore.

9.3.4.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

- Per la parte relativa all'housing e al co-housing sociale:
 - Mettere a sistema le realtà esistenti individuando e condividendo prassi comuni;
 - Definire la tipologia di utenza per ciascuna realtà di housing/cohousing con relativi servizi, bisogni e costi
 - Potenziare ed ampliare l'offerta territoriale.
- Potenziare le azioni volte all'inserimento lavorativo, visto come condizione indispensabile e necessaria per un'avita autonoma Indipendente, attraverso:
 - La creazione di contesti valutativi specifici
 - Il potenziamento di reti territoriali
 - Il potenziamento della sinergia con i diversi contesti scolastici e con il SIL di riferimento.
- Per l'area domotica:
 - Ampliare e consolidare l'utilizzo della sensoristica per le persone con disabilità in un'ottica di abbattimento dei costi e di miglioramento della qualità di vita ed assistenziale degli stessi
 - Creare una nuova cultura di gestione della disabilità che possa garantire servizi utili anche a persone con disabilità acquisita (es. Post trauma, neuropatologie degenerative giovanili, etc) e disabilità cognitiva lieve per le quali ad oggi non esistono offerte idonee. Le realtà assistenziali consolidate (es. CSE, CDD, etc.), infatti, pur garantendo un ottimo livello assistenziale, non rispondono ai reali bisogni di questa tipologia di utenza, limitandone la loro qualità di Vita ed aumentando i costi di gestione a lungo termine.

9.4. I PROGETTI DELL'AREA SALUTE MENTALE

9.4.1. VOUCHER RESIDENZIALITÀ

Il progetto di erogazione di voucher di residenzialità leggera è attivo nell'Ambito Territoriale di Bergamo dall'anno 2008.

Nell'intento di costruire una integrazione concreta tra un'azione promossa e finanziata dal Sistema Sanitario Regionale e un intervento di tipo sociale a supporto della stessa, il progetto intende sostenere progetti abitativi e terapeutici di pazienti psichiatrici che vivano in appartamenti di residenzialità leggera (così definiti ai sensi della DGR 4221 dell'anno 2007).

Sono definiti di "residenzialità leggera" appartamenti con i requisiti della civile abitazione gestiti da enti accreditati e che ospitino pazienti psichiatrici, per un tempo variabile, in grado di vivere in condizioni di semi autonomia.

Il progetto prevede infatti il supporto educativo, infermieristico o di figure socio-sanitarie nel quadro di un progetto riabilitativo complesso che si rivolge a persone che possano evitare una lunga permanenza presso strutture residenziali psichiatriche e nello stesso tempo abbiano la possibilità di vivere, sia pure con un supporto, da soli o con 1-2 altre persone con le quali condividere gli spazi.

Il progetto dell'Ambito Territoriale di Bergamo si propone di integrare le ore messe a disposizione da personale educativo o socio-sanitario a supporto dei pazienti accolti e di sostenere alcune delle spese vive che caratterizzano la permanenza in tali appartamenti.

9.4.1.1. GLI OBIETTIVI

Il progetto di vita, terapeutico e riabilitativo, del cittadino è al centro del progetto di residenzialità leggera. E', infatti, a partire da quanto previsto dal Progetto Terapeutico Individuale della singola persona che viene prevista l'utilità e la sostenibilità del progetto di residenzialità leggera al fine di far evolvere nel senso dell'autonomia il percorso vitale dell'utente.

La famiglia della persona con disagio psichico è coinvolta nel progetto al fine di cooperare nella maturazione di un percorso di vita sostenibile del proprio congiunto verso la propria autonomia.

Normalmente la famiglia di origine non è presente nell'appartamento di residenzialità leggera, ma può dare il proprio sostegno alla riuscita dell'esperienza con le modalità relazionali più utili concordate con il servizio psichiatrico inviante.

Gli appartamenti di residenzialità leggera sono collocati nelle nostre città e nei nostri paesi, in un contesto urbano che favorisce la relazione tra vicini di casa e persone che fanno parte della stessa comunità territoriale, senza gravare gli stessi delle azioni terapeutiche necessarie.

Le reti sociali svolgono pertanto un ruolo essenziale sia per l'accettazione e l'integrazione delle persone inserite negli appartamenti, sia nel completamento del progetto, attraverso la tessitura delle relazioni comunitarie e l'individuazione di altre opportunità (di tipo occupazionale o risocializzante) utili alla persona per svolgere il proprio percorso riabilitativo.

I Centri Psico-Sociali competenti per territorio selezionano, sulla base dei bisogni e dei fondi a disposizione, le persone che possono essere interessate a tale misura.

I pazienti, di ambo i sessi, vengono inseriti in appartamenti di residenzialità leggera, eventualmente a seguito di un periodo di sperimentazione della propria autonomia presso altre abitazioni (della famiglia di origine o personali).

I pazienti possono provenire da esperienze di residenza in comunità psichiatriche o anche da ricoveri nei servizi di diagnosi e cura, ma diversi di essi vengono inseriti direttamente dal proprio nucleo familiare o dal territorio cui appartengono.

I voucher vengono assegnati a enti iscritti in un apposito albo degli enti accreditati e con i quali vi è stato un preventivo accordo per l'accoglienza dei pazienti.

Durante la permanenza negli appartamenti gli obiettivi perseguiti, attraverso la presenza di personale educativo (in prevalenza) o socio-sanitario (infermieri, ASA, OSS...), sono legati alla cura degli ambienti e della propria persona, all'autonomia nell'organizzazione e gestione della casa e della preparazione dei pasti, alla gestione del sé nei propri tempi (sia lavorativi sia di tempo "libero"), alla relazione con i vicini di casa, i gruppi locali, l'amministratore di sostegno se presente, la famiglia di origine, l'intera comunità locale, al fine di realizzare una positiva convivenza.

L'azione garantita dall'Ambito Territoriale è da un lato un supporto educativo attraverso la retribuzione di ore aggiuntive di personale, e dall'altro, nei limiti dei fondi a disposizione, di contributo a sostenere le spese derivanti dalla presenza nell'appartamento (in particolare affitto se presente, cauzione, utenze per riscaldamento, energia elettrica e simili, spese condominiali).

9.4.1.2. GLI ESITI

- Nel triennio 2015-2017 sono stati stanziati 90.000 euro per i voucher di residenzialità leggera (30.000 l'anno), utilizzati per 87.200 euro (28.950 euro nell'anno 2017)
- A seconda dell'intensità degli interventi, i voucher sono divisi in due fasce che hanno come somma massima erogata rispettivamente 2.100 e 4.200 euro l'anno
- Le persone che hanno beneficiato dei voucher sono state 29 (10 nell'anno 2017)
- Per poter avere una elevata efficacia, i progetti di residenzialità leggera hanno in gran parte necessità di una durata pluriennale. Per tale motivo l'81% dei beneficiari ha avuto una erogazione per due o tre anni consecutivi
- La fascia di età prevalente tra i beneficiari è quella tra i 41 e i 50 anni, ma vi sono anche alcuni giovani
- Prima dell'intervento di residenzialità leggera, per oltre un quarto dei beneficiari, la rete sociale era assente, e per oltre la metà costituita solo dai familiari
- L'autonomia personale e l'integrazione territoriale sono gli obiettivi nettamente prevalenti nell'attivazione di misure di residenzialità leggera (68% del totale).

9.4.1.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

La prospettiva per la misura di voucher a sostegno dei progetti di residenzialità leggera è la continuità considerando il livello costante di bisogno esistente, fatti salvi i fondi disponibili.

Le somme totali e individuali potranno essere rimodulate a seconda dell'evoluzione delle necessità presentate dai progetti individuali.

9.4.2. COMPENSI MOTIVAZIONALI

Le persone con disturbi psichici spesso, proprio a causa delle conseguenze inabilitanti, temporanee o permanenti, della propria malattia, non hanno la possibilità di percepire fonti di reddito sufficienti a garantire la propria autonomia personale e, tanto meno, familiare.

Le pensioni d'inabilità, che spesso non raggiungono percentuali molto elevate, non hanno un importo che consenta una vita dignitosa sotto il profilo della sostenibilità economica.

A fianco degli aiuti da parenti e reti amicali, il paziente si trova spesso nella condizione di chiedere un supporto all'ente pubblico competente per territorio.

Al fine di evitare una sovrapposizione tra aiuti economici alle medesime persone tra Comuni e Ambito, l'Ambito Territoriale di Bergamo ha da anni istituito un fondo che è stato denominato "Compensi motivazionali" perché inizialmente legato all'erogazione di incentivi economici per chi intraprendeva una occupazione che tuttavia, a causa della sua instabilità o temporaneità, oppure del numero ridotto di ore di lavoro prestate, non poteva garantire un reddito sufficiente.

Tale obiettivo nel tempo (e nel triennio 2015-2017) si è mantenuto ma è divenuto minoritario rispetto ad altre esigenze, in particolare mirate ad affrontare problematiche economiche derivanti dalle spese della propria abitazione (spesso case ALER), quali l'affitto, le spese per morosità incolpevole, le utenze, le cause legali derivanti dalla morosità stessa.

9.4.2.1. GLI OBIETTIVI

I compensi motivazionali hanno l'obiettivo di permettere ad una persona con disturbi psichici di affrontare situazioni debitorie transitorie e impreviste (quindi non continuative) attraverso un compenso che serve a mantenere inalterato il diritto alla propria abitazione e quindi, in ultima analisi, alla positiva prosecuzione del proprio progetto terapeutico e riabilitativo.

Il progetto di vita della persona e terapeutico, come paziente, coincidono nella necessità di superare problemi imprevisti che possono mettere in seria difficoltà la prosecuzione di entrambi.

Il supporto economico serve al cittadino per superare tali fasi critiche con le inevitabili ripercussioni sulla qualità della vita e le relazioni con la comunità locale.

Tra gli obiettivi della misura vi è il mantenimento del progetto di vita della persona all'interno della comunità locale in cui ha intessuto alcune relazioni, evitando interruzioni pericolose anche per le reti sociali di cui fa parte.

9.4.2.2. GLI ESITI

I Centri Psico-Sociali competenti per territorio selezionano, sulla base dei bisogni e dei fondi a disposizione, le persone che possono essere interessate a tale misura.

Essi, infatti, colgono per primi le difficoltà economiche alle quali va incontro il paziente.

Definita la quota minima necessaria per il sostegno economico, va rilevata la sostenibilità della stessa a fronte delle necessità di altri pazienti e della disponibilità massima dei fondi deliberati.

Per questo motivo l'assegnazione dei fondi avviene sulla base del punteggio di una scheda che rileva il livello di bisogno ma anche di sostenibilità e di utilità dello stesso (potrebbero esservi infatti sostegni economici anche ingenti non utili da assegnare a causa della grande entità debitoria o della continuità dello stato di squilibrio economico, situazioni che suggeriscono la necessità di identificare altre misure a sostegno della persona).

I beneficiari devono presentare documentazione ISEE.

In merito agli esiti:

- Nel triennio 2015-2017 sono stati stanziati 68.500 euro per i compensi motivazionali, interamente erogati (18.800 euro nell'anno 2017)
- L'importo varia tra un minimo di 200 euro e un massimo di 1.200 euro erogati per persona beneficiaria in un anno solare; può essere erogato in una sola tranche o in più parti
- Le persone che hanno beneficiato dei compensi motivazionali sono state 110 nel triennio 2015-2017 (31 nell'anno 2017)
- Alcuni beneficiari hanno necessità di ricevere il compenso motivazionale per più di un anno
- La media dell'età dei beneficiari è di 46 anni
- Prima dell'intervento di residenzialità leggera, per oltre un quarto dei beneficiari la rete sociale era assente, e per oltre la metà costituita solo dai familiari
- Se la finalità prevalente nell'assegnazione dei compensi motivazionali è il sostegno economico (44% del totale), sono presenti anche altre motivazioni, quali l'autonomia personale (23%) e il sostegno alle attività lavorative (11%).

9.4.2.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

L'unica prospettiva per la misura dei compensi motivazionali è la continuità considerando il livello costante di bisogno esistente, fatti salvi i fondi disponibili.

Le somme totali e individuali potranno essere rimodulate secondo l'evoluzione delle necessità presentate dai progetti individuali.

9.4.3. SALUTE MENTALE DISTRETTUALE

Il progetto si è originato sulla base di due tipologie di esigenze:

- L'avvio di una progettualità comune a livello distrettuale, pur nella differenza delle caratteristiche dei diversi territori (Ambito di Bergamo, Ambito Valle Brembana, Ambito Valle Imagna/Villa d'Almé), al fine di identificare strategie comuni e possibili collaborazioni

- L'attivazione di iniziative che, integrando le risorse espresse dai servizi psichiatrici sanitari, potessero far evolvere anche dimensioni sociali non sufficientemente sviluppate nei progetti inerenti la salute mentale, secondo la lettura delle aree "scoperte" fatta dagli Ambiti Territoriali.

In modo particolare è l'area dei progetti riabilitativi e risocializzanti sul territorio, che riguardano pazienti segnalati dai competenti Centri Psico Sociali, che è stata individuata quale particolarmente utile da sviluppare: l'attivazione quindi di specifici progetti individuali o di gruppo con la presenza di un educatore che costruissero positive relazioni tra i pazienti coinvolti e il proprio territorio di appartenenza, utilizzando le occasioni fornite dal territorio stesso o creandone di nuove partendo comunque dalle risorse esistenti.

Si tratta in linea di massima di persone caratterizzate da ritiro sociale e povertà della propria rete relazionale e sociale, a favore dei quali costruire nuovi legami di fiducia partendo dalle relazioni intrafamiliari e dai rapporti più semplici con le persone ad esse vicine.

La parte di progetto costruita dall'Ambito di Bergamo comprende anche la necessità di continuare le iniziative di sensibilizzazione e di lotta allo stigma rivolte alla cittadinanza per far evolvere positivamente il clima culturale nei confronti delle persone con disturbi psichici e favorirne l'integrazione sociale.

9.4.3.1. GLI OBIETTIVI

In merito alla progettualità inerente l'Ambito di Bergamo le tipologie di azione sono due:

- L'attivazione di progetti individuali e/o di gruppo di persone con disturbi psichiatrici e la costruzione di relazioni con il territorio
- L'organizzazione di attività di sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza.

Le persone con diagnosi psichiatrica vengono individuate quali potenziali partecipanti al progetto sulla base delle loro caratteristiche personali: da un lato la povertà di relazioni sociali e le difficoltà di integrazione sul territorio, dall'altro le risorse personali che esse presentano o che possono sviluppare all'interno del progetto, e che possono permettere, con la partecipazione al progetto, di evitare l'aggravamento delle proprie condizioni psichiche e sociali e la cronicizzazione delle difficoltà esistenti.

Il **progetto di vita** viene fortemente interessato dall'impostazione del progetto in quanto l'approccio è alla persona in tutte le sue dimensioni e non solo alla sua malattia o ai sintomi che produce, anche attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti (servizi sociali comunali, servizi di assistenza domiciliare, servizi specialistici anche privati, familiari, conoscenti e gruppi di riferimento anche informali) che aiutano a ricostruire il quadro complessivo delle condizioni di vita di cui tenere conto nel progetto.

La famiglia viene coinvolta sia nella fase di conoscenza della persona, per permettere agli operatori di avere maggiori informazioni derivanti dai contesti di vita quotidiana a e non solo dai setting terapeutici, sia nella fase di espressione del consenso all'attuazione del progetto.

Alla famiglia è richiesta collaborazione nell'attuazione delle diverse azioni previste dal progetto e viene fornito un supporto sia informativo sia interpretativo circa gli obiettivi e gli esiti attesi.

La famiglia è vissuta come soggetto portatore di un legittimo interesse al miglioramento delle condizioni di vita proprie e del proprio congiunto.

I livelli di collaboratività della famiglia variano secondo le concrete situazioni.

La comunità di riferimento della persona inserita nel progetto (che può essere quella di residenza o altra vicina sulla base delle volontà della persona e delle precedenti esperienze) viene pienamente coinvolta nel processo in quanto è **parte essenziale del progetto stesso**.

Le attività sono infatti prevalentemente centrate sulla frequenza, da parte delle persone coinvolte, di attività che la comunità locale già propone attraverso i suoi gruppi, e che possono essere aggregative, formative, sportive, culturali, di cura dell'ambiente e simili. L'educatore assume quindi la funzione di mediazione tra la persona coinvolta e il territorio nonché di supporto a tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione dei propri compiti. L'esito è quindi sempre la costruzione di una rete sociale, le cui dimensioni e complessità variano secondo le caratteristiche della persona e del territorio stesso.

La comunità locale è anche coinvolta nell'attuazione delle iniziative di sensibilizzazione che possono far crescere la sensibilità dei cittadini verso la malattia e la salute mentale e diminuire lo stigma ancora esistente verso queste forme di patologia.

9.4.3.2. GLI ESITI

- I pazienti coinvolti nelle attività riabilitative e risocializzanti sono stati **12** nell'anno 2017 (il progetto è stato attivo anche nel 2015 e nel 2016 con altri finanziamenti da parte dell'Ambito Territoriale con analoghi esiti), alcuni in continuità di progetti precedenti e altri con nuovo ingaggio. Oltre alla famiglie di appartenenza, mediamente sono **3-4** i gruppi territoriali formali o informali che vengono coinvolti per ogni progetto individuale. Le attività di piccolo gruppo sono state condotte presso "La porta del parco" di Mozzo dove è possibile svolgere attività laboratoriali.
- In merito alle attività di sensibilizzazione della cittadinanza sui temi della salute mentale nel 2017 sono state organizzate **6 iniziative**, di tipo teatrale e di performance site-specific (3), musicale (1), laboratori effettuati nelle scuole superiori (1 che ha coinvolto 7 classi in 4 istituti scolastici diversi) e 1 di tipo complesso con proiezione di film, lavoro con gli alunni di una scuola media, convegno e spettacolo teatrale. Le iniziative, la cui organizzazione è stata curata in specifico dall'Associazione Piccoli Passi Per, e che hanno sempre avuto il patrocinio degli enti pubblici che collaborano su questa tematica, sono state realizzate in collaborazione con partner quali la Fondazione Teatro Donizetti, il Creberg Teatro, la Compagnia delle Penne, la compagnia "Piccolo Teatro Per", il Teatro Qoelet, l'ONP Bistrò, gli istituti scolastici superiori "Mascheroni", "Betty Ambiveri", "Lussana" e "Secco Suardo".

9.4.3.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Il progetto potrà avere continuità con le stesse modalità di finanziamento – Fondazione della Comunità Bergamasca Bando 3/Piani di Zona - anche per l'anno 2018-2019 e presumibilmente sino all'agosto 2020. All'interno delle singole annualità di progetto potranno essere apportate modifiche

ai contenuti dello stesso, sulla base degli esiti precedenti, nonché potenziate le dimensioni di collaborazione tra gli Ambii per far progredire l'ottica distrettuale.

Al termine del finanziamento sarà necessario valutare la prospettiva di una continuità con fondi degli Ambiti Territoriali e di altri eventuali partner territoriali.

9.4.4. UN CAFFÈ PER DUE = CASA

Il progetto si è originato sulla base di due esigenze diverse ma integrate tra loro:

- La necessità di svolgere un'azione di sensibilizzazione sui temi della malattia e della salute mentale, ancora oggi molto soggetti allo stigma che riguarda le persone che ne vengono coinvolte, rivolta a tutta la cittadinanza con l'obiettivo di far conoscere meglio ciò che riguarda la salute mentale e di far aumentare l'empatia con persone che ne soffrono di disagio psichico, riducendo pregiudizi e barriere culturali che non permettono di conoscere la realtà della malattia, ma soprattutto pongono seri ostacoli alla relazione con chi ne è affetto
- L'esigenza di raccogliere fondi che fossero integrativi a quelli già posti a disposizione dall'Ambito Territoriale di Bergamo e da altri enti quale la Fondazione della Comunità Bergamasca, data l'entità dei bisogni esistenti, che non possono essere affrontati con le sole risorse pubbliche a disposizione.

In modo particolare è stata individuata l'area dei bisogni abitativi come particolarmente in disequilibrio tra le risorse a disposizione e la necessità di garantire la continuità di progetti abitativi di autonomia e semi autonomia di pazienti psichiatrici per i quali la casa diventa uno dei perni fondamentali del proprio progetto di vita, la cui incertezza o discontinuità può creare gravi problemi nel percorso riabilitativo e terapeutico.

Agire su questi due versanti significa ri-creare i presupposti per una possibile relazione tra chi vive il disagio psichico e i vicini di casa, le persone che vivono nel quartiere o nel paese, evidenziando che anche chi vive una malattia psichiatrica ha in sé risorse importanti che gli possono consentire di vivere al massimo delle proprie potenzialità dentro la comunità locale cui appartiene.

9.4.4.1. GLI OBIETTIVI

Gli obiettivi del progetto sono due:

- Sensibilizzare ai temi inerenti la salute mentale
- Raccogliere fondi

9.4.4.2. GLI ESITI

La campagna "Un caffè per due=casa" nel 2017 ha realizzato iniziative di sensibilizzazione e formazione sui temi della salute mentale che sono state anche occasione di raccolta fondi (salvo i laboratori nelle scuole che hanno avuto una pura valenza formativa). In particolare:

- Collaborazione con la Fondazione Teatro Donizetti per lo spettacolo “La pazza della porta accanto”, ispirato alla vita e alle opere di Alda Merini
- Laboratori di formazione per studenti degli istituti scolastici superiori “Mascheroni”, “Secco Suardo”, “Lussana”, “Betti Ambiveri” sui temi della salute mentale
- presenza di operatori degli Enti componenti il Tavolo, a scopo di sensibilizzazione, distribuzione materiale informativo e raccolta fondi, presso il Creberg Teatro in occasione dello spettacolo “Matti da slegare”
- realizzazione dell’evento “Tutti pazzi per” presso il cineteatro Qoelet di Redona con proiezione di film, spettacolo teatrale “Tempeste” a cura della Compagnia delle Penne e Tavola rotonda a più voci sui temi della salute mentale
- presenza di operatori degli Enti componenti il Tavolo, a scopo di sensibilizzazione, distribuzione materiale informativo e raccolta fondi, presso il Creberg Teatro in occasione dello spettacolo dell’artista Fiorella Mannoia
- messa in atto dell’evento artistico “Topos [luogo comune]”, performance di e con Agnese Bocchi e Tobia Scarrocchia, in sinergia con la mostra pittorica di Andrea Scarrocchia presso l’ONP Bistrò di Via Borgo Palazzo 130 a Bergamo

In ognuna delle occasioni è stata attuata una collaborazione con altri enti organizzatori o partecipanti, distribuito materiale informativo, intessuto relazioni con le persone interessate, raccolto fondi.

Il materiale del progetto e supporti per la raccolta fondi sono stati installati anche in 6 esercizi commerciali del territorio dell’Ambito con le medesime finalità, pur senza la relazione diretta con gli interessati.

- In merito alle attività di sensibilizzazione della cittadinanza sui temi della salute mentale nel 2017 sono state organizzate **6** iniziative
- Gli enti coinvolti in qualità di partner sono stati **10**
- I beneficiari diretti della raccolta fondi sono stati **16**, selezionati dai Centri Psico-Sociali di Bergamo, ed hanno ricevuto un sostegno economico per i propri progetti di autonomia abitativa
- Nell’anno sono stati erogati **8.500** euro, provenienti dalla campagna di raccolta fondi, aggiuntivi alle risorse messe a disposizione dall’Ambito Territoriale di Bergamo
- E’ stata attivata una **pagina Facebook** dove vengono pubblicizzati gli eventi e si mantengono i collegamenti con le persone interessate all’andamento delle iniziative.

9.4.4.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

La prospettiva per queste iniziative è di continuità, ferma restando la necessità di confermare o reperire nuove risorse di volontariato sulle quali si basa l’attuazione delle stesse.

Dovrà essere verificata anche la disponibilità degli esercizi commerciali coinvolti alla continuazione della raccolta fondi e realizzare il coinvolgimento di altri soggetti con attività aperta al pubblico.

Entro l'anno 2018 dovrà essere svolta una verifica sulla campagna, avviata alla fine del 2015, per scegliere se mantenere i medesimi contenuti, la stessa veste grafica, lo stesso claim oppure modificarli per tentare nuovi percorsi con i medesimi obiettivi.

9.5. I PROGETTI DELL'AREA ADULTI

9.5.1. FAMI FONDO ASILO MIGRAZIONE INTEGRAZIONE

Il FAMI (Fondo asilo migrazione Integrazione) 2014-2020, istituito dal regolamento UE 516/2014 del parlamento europeo e del consiglio del 16/04/2014, ha come obiettivo la promozione di azioni di sistema nazionali per qualificare e standardizzare i servizi erogati ai migranti, rafforzare la governance multilivello degli interventi e realizzare una programmazione integrata, coordinando e integrando gli strumenti finanziari disponibili, rafforzando la complementarità fra FAMI e FSE.

Nell'ambito della programmazione nazionale FAMI 2014- 2020 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha emanato un avviso pubblico che prevede all'interno la definizione di un piano regionale contenente quattro macro azioni:

- qualificazione del sistema scolastico in contesti multiculturali, anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica;
- promozione all'accesso dei servizi per l'integrazione;
- servizi di informazione qualificata, attraverso canali regionali e territoriali di comunicazione
- promozione della partecipazione attiva dei migranti alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni.

In particolare per l'azione n.2 "Promozione dell'accesso ai servizi per l'integrazione" nel territorio lombardo sono stati identificati 28 ambiti in qualità di partner obbligatori di Regione Lombardia per realizzare il progetto e rappresentare un centro di imputazione di costo.

Tali ambiti sono rappresentativi dell'intero territorio regionale, tenuto conto dell'entità di popolazione straniera residente in base ai dati ISTAT 2015.

L'ambito 1 di Bergamo è partner di Regione Lombardia relativamente alla Azione n.2 denominata: "PROG 1117 Misura per misura – atto secondo: integrazione tra reti e servizi" che consiste nel facilitare e qualificare i percorsi di integrazione dei cittadini stranieri attraverso l'organizzazione di un sistema integrato di servizi territoriali.

Il progetto relativamente all'ambito 1 – Bergamo ha un budget di 105.040 euro.

La gestione delle attività progettuali è stata affidata alla Cooperativa Il Pugno Aperto ed alla Cooperativa Progettazione.

La progettualità ha avuto avvio a luglio 2017 e terminerà il 31/12/2018.

9.5.1.1. GLI OBIETTIVI

Gli obiettivi del progetto riguardano la realizzazione delle seguenti attività:

1. Sportello informativo e di supporto nella compilazione delle pratiche in favore di cittadini stranieri residenti o domiciliati nei comuni dell’Ambito 1 di Bergamo.

Lo sportello ad oggi è collocato a Bergamo presso la sede del PASS in Via San Lazzaro 3 ed è aperto due pomeriggi la settimana.

Il servizio è gestito da operatori qualificati e con ampia conoscenza in materia di immigrazione.

Inoltre, durante le aperture al pubblico, è presente un ulteriore operatore dedicato all’accoglienza con funzione di orientamento e di filtro (usciera). Tale funzione risulta di fondamentale importanza per orientare correttamente le persone al fine di facilitare sia l’accesso ai servizi da parte della cittadinanza che il lavoro degli operatori di sportello.

Con questo servizio si intende garantire un’azione dedicata alla cittadinanza straniera. Inoltre si sottolinea come, per poter supportare al meglio l’utenza, è stata fatta inizialmente un’azione di reperimento di informazioni/mappatura dei servizi presso tutti i comuni dell’ambito.

Si ritiene infine utile sottolineare come alcuni accessi allo sportello siano avvenuti su invio delle assistenti sociali dei comuni di residenza. In questi casi è stato possibile attivare una collaborazione fra sportello e servizi sociali, al fine di accompagnare al meglio la persona creando una rete di connessioni e supporto.

2. Servizio di Consulenza in tema di migrazioni

Per servizio di consulenza in tema di migrazioni si intende un servizio di secondo livello in grado di offrire consulenze ed approfondimenti di carattere informativo-giuridico che sia trasversale ai servizi sociali comunali. Questo servizio è svolto da operatori con specifiche competenze in materia di immigrazione e che possano quindi garantire rapporti di collaborazione con gli enti preposti alle diverse istanze di cittadini stranieri (Prefettura e Questura).

Nel dettaglio questo servizio consiste in:

- consulenza sulla casistica dei servizi sociali dal punto di vista delle normative in materia di immigrazione;
- consulenza esperta verso gli altri uffici interni ai comuni dell'ambito.

Il servizio viene attivato su segnalazione diretta da parte dell’operatore che ne necessita al consulente.

La valutazione sulla gestione della consulenza viene effettuata sulla base delle caratteristiche del singolo caso: talvolta è sufficiente un colloquio telefonico, in altri casi viene svolto un incontro diretto con l’assistente sociale al quale può fare o meno seguito un colloquio con l’utente coinvolto.

Il servizio intende garantire un supporto specialistico alla presa in carico sociale del cittadino straniero, imprescindibilmente collegata con la sua condizione giuridica. Infatti, sostenere l’integrazione del cittadino nel tessuto sociale significa anche implementare la sua conoscenza ed adesione alle norme che regolano la sua presenza sul territorio nazionale, rendendolo edotto dei suoi diritti e doveri.

3. Servizio di Mediazione Linguistico - Culturale

Con il servizio di mediazione linguistico culturale si intende garantire all'interno dei servizi sociali la presenza di mediatori culturali di diverse etnie per facilitare l'accesso ai servizi dei cittadini stranieri presenti sul territorio.

Il servizio prevede la presenza di mediatori competenti nella lingua madre del cittadino immigrato con l'obiettivo di:

- Facilitare la comunicazione fra persone di codici culturali differenti;
- Migliorare la relazione tra operatori e cittadini;
- Promuovere l'autonomia e l'integrazione degli immigrati.

Il servizio ha la finalità di offrire attraverso le figure di mediatori linguistici- culturali, un anello di congiunzione tra gli stranieri e gli operatori dei servizi, favorendo la conoscenza reciproca, prevenendo gli eventuali conflitti tra le parti e facilitando la comunicazione e l'integrazione ponendosi in modo equidistante e neutrale tra le parti interessate.

4. Formazione rivolta agli operatori

Questa azione prevede l'attivazione di percorsi formativi che approfondiscano tematiche legate alla normativa in materia di immigrazione.

Ad oggi si stanno predisponendo due moduli formativi destinati agli assistenti sociali ed agli operatori di sportello dei comuni dell'Ambito 1 Bergamo.

Tali moduli verranno svolti nell'autunno 2018 da personale esperto e qualificato.

I programmi formativi verranno differenziati in base ai destinatari della formazione, ai loro bisogni ed al loro livello di conoscenza della materia.

5. Laboratori di cittadinanza

I laboratori di cittadinanza saranno destinati a cittadini immigrati presenti sul territorio dell'Ambito 1 di Bergamo su tematiche inerenti il vivere in Italia.

Attualmente è in corso una mappatura dei bisogni del territorio svolta attraverso la presa di contatti con alcuni soggetti/enti cardine presenti e riconosciuti all'interno dei territori (es. Aler, associazioni di stranieri, ecc...).

Questo permetterà di conoscere, se sussistono, i bisogni specifici diffusi all'interno del territorio e valutare la fattibilità di predisporre laboratori di cittadinanza dedicati.

Inoltre si sta valutando la possibilità di creare laboratori di cittadinanza che vadano ad intercettare i cittadini extra-comunitari che sono beneficiari delle nuove misure nazionali di lotta contro la povertà (es. REI) al fine di poterli aiutare nella conoscenza della misura.

Questo dovrà essere pensato e costruito in collaborazione con gli operatori che si occupano di tale progettualità al fine di individuare i bisogni e le azioni da svolgere.

Ciò permetterà quindi di creare una collaborazione fra diverse progettualità di Ambito finalizzate ad una fascia di beneficiari comune e di costruire una rete fra servizi.

6. Assistenza ai ricongiungimenti familiari

Consiste in un'attività sperimentale che prevede un accompagnamento specifico in favore di alcune situazioni di ricongiungimenti familiari di minori per favorirne l'integrazione con il

nucleo familiare residente in Italia. Tale azione prevede un'attività di informazione ed orientamento alla famiglia circa le pratiche e/o le azioni da svolgere per favorire l'ingresso ed il migliore inserimento del minore (analisi bisogni, offerta servizi). E' inoltre possibile prevedere l'attivazione di un intervento educativo a sostegno dell'inserimento del minore all'interno del nuovo contesto di vita (ambiente scolastico, pari, territorio, ecc...).

9.5.1.2. GLI ESITI

Rispetto alle azioni sopra riportate, si indicano gli esiti:

Sportello informativo e di supporto nella compilazione delle pratiche in favore di cittadini stranieri residenti o domiciliati nei comuni dell'Ambito 1 di Bergamo.

Dai dati raccolti emerge che allo "*Sportello F.A.M.I.*" sono stati registrati circa 100 nuovi accessi (periodo di rilevazione ottobre 2017-febbraio 2028).

Dall'analisi di tali dati risulta che le persone che fruiscono dello sportello sono in prevalenza residenti a Bergamo. Sono stati svolti infatti solo n. 3 accessi da parte di persone residenti fuori città e provenienti da: Torre Boldone, Gorle, Ponteranica. Le due nazionalità maggiormente rilevate sono quella boliviana (44 persone) e quella marocchina (12 accessi).

Le richieste pervenute paiono essere in gran parte attinenti alle funzioni dello sportello. Solo durante i primi mesi infatti venivano poste domande che avevano bisogno di essere ri-orientate.

Si può quindi presumere che lo sportello abbia trovato una sua definizione all'interno dei vari servizi comunali e territoriali presenti. Questo si denota anche dal fatto che alcune persone sono tornate più volte a sportello per richieste diverse o per ulteriori approfondimenti.

Nei prossimi mesi quindi l'obiettivo è che lo sportello, grazie alla pubblicizzazione svolta ed al passaparola, venga sempre maggiormente identificato come punto di riferimento territoriale anche per i residenti fuori Bergamo; dato rilevabile attraverso i dati di registrazione degli accessi.

Servizio di consulenza in tema di migrazioni

Le richieste ad oggi pervenute provengono prevalentemente dalle assistenti sociali dei vari comuni e da alcuni operatori di sportello (es. sportello prossimità del Comune di Bergamo).

Servizio di mediazione Linguistico Culturale

Nei mesi gennaio e febbraio 2018 sono state erogate 30 ore di mediazione in favore di una decina di nuclei familiari beneficiari.

Assistenza ai ricongiungimenti familiari

Ad oggi non è pervenuta nessuna segnalazione da parte dei servizi e/o degli sportelli. Attualmente si sta quindi aprendo una riflessione sull'opportunità di ridefinire i parametri dell'attività affinché diventi maggiormente rispondente ai bisogni della popolazione.

Sono le seguenti:

- **Estendere l'apertura dello sportello informativo/pratiche a tutti i comuni dell'Ambito.**

Le persone che accedono allo sportello sono quasi esclusivamente residenti a Bergamo, città in cui il servizio ha sede (su 100 accessi da ottobre 2017 a febbraio 2018 solo 3 sono residenti a Bergamo). La centralizzazione del servizio a Bergamo potrebbe quindi non attirare le persone residenti negli altri comuni dell'ambito territoriale. Una maggiore vicinanza territoriale attraverso una presenza nei singoli comuni potrebbe facilitarne l'accesso.

- **Ampliare le fasce beneficiarie.**

Il fondo ha alcuni vincoli inerenti i beneficiari: persone extracomunitarie regolarmente soggiornanti.

Questo fa sì che alcune fasce di popolazione vengano escluse. Lo sportello, il servizio di consulenza ed il servizio di mediazione linguistico – culturale hanno intercettato bisogni relativi a persone che non rientrano nei target del fondo ed in particolare: cittadini italiani, comunitari, richiedenti asilo fuori dai circuiti di accoglienza. Soprattutto le richieste relative a quest'ultima fascia di popolazione sono in aumento. Sarebbe quindi utile in prospettiva futura includere questi target ed i bisogni da loro portati nell'eventuale sviluppo di progettualità future.

- **Sviluppare e consolidare le reti territoriali** tra enti pubblici, terzo settore ed associazionismo al fine di integrare la conoscenza reciproca, la collaborazione e l'unità di offerta in favore dei cittadini.

9.5.2. NEW NETWORK

Il progetto New Network (continuazione del precedente progetto Network) opera nell'area dell'Aggancio e dell'inclusione sociale. La situazione di grave marginalità a Bergamo coinvolge molte persone che, anche provenienti dalla provincia e da fuori provincia, gravitano sulla città. Molte di loro sono alcool e/o tossicodipendenti, ed è in significativo aumento il numero dei giovani e giovanissimi policonsumatori di sostanze anche per via endovenosa. Il fenomeno è complesso e, negli ultimi anni, ha subito un incremento a seguito del verificarsi di una serie di circostanze: il perdurare della crisi economica con importanti conseguenze sul piano dell'occupazione e dell'accesso alla casa; l'incremento del numero di stranieri, alcuni dei quali dipendenti da sostanze; l'affacciarsi di droghe nuove, sia per tipologia sia per modalità di assunzione; l'incremento fra i giovani della condizione di NEET (Not Engaget in Education, Employment or Training) e la crisi della famiglia e delle figure genitoriali. Le ripercussioni sul piano della coesione sociale di questo insieme di fattori sono significative, oltre a suscitare allarme e acuire i conflitti favoriscono la creazione di gruppi di individui "marginali" che vivono negli anfratti delle città, senza riferimenti autorevoli e al di fuori delle regole condivise.

Infatti alcune zone della città - viadotto di Boccaleone, Piazzale Alpini, Stazione FS e delle Autolinee, ecc... - per la loro conformazione e utilizzo, offrono ai soggetti tossicodipendenti e senza fissa dimora

un habitat funzionale alla permanenza abusiva in alcuni spazi, offrendo anche agli spacciatori la possibilità di nascondersi agli sguardi. Se è aumentata la vulnerabilità sociale si è incrementato altresì il numero di persone a rischio di emarginazione; tra queste ultime, è aumentato il numero delle dipendenze. Le condizioni di vita di strada e il forte uso di sostanze psico attive legali ed illegali, rendono più grave il livello di compromissione che le dipendenze comportano o, per contro, possono nascondere la presenza di un disagio psichico. Inoltre, il fenomeno della grave emarginazione e della tossicodipendenza vede nella città di Bergamo un numero sempre crescente di giovani (18-29 anni), con una significativa presenza del genere femminile, che mostrano un disinteresse all'ingaggio relazionale.

I dati più recenti sul fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcool dipendenza riferita alla marginalità sociale sono stati raccolti dall'unità mobile e riguardano, per l'anno 2017, 644 persone di cui 525 maschi ,117 femmine e 2 transessuali per un totale di 11370 contatti; il 26% era di nazionalità straniera. Nell'utenza prevale la fascia d'età compresa tra i 40 e i 49 anni (34%) in crescita la fascia sotto i 29 anni 93 (15%). Si segnalano 123 nuovi contatti pari al 19% delle persone incontrate. Sono in costante diminuzione i casi di Overdose grazie anche alla distribuzione del farmaco Nalaxone (173).

A fronte di una quota di utenti cosiddetta "storica", perché conosciuta e a contatto con i servizi da anni, si continua ad osservare e monitorare l'afflusso al servizio di giovani e giovanissimi (anche minorenni), che confermano la relativa stabilizzazione del fenomeno, ma evidenziano, in alcuni casi, una progressione della compromissione psico-socio-sanitaria legata all'utilizzo di sostanze e alla "vita da strada".

Altresì si continua ad osservare il costante aumento di utenti provenienti da India e Pakistan, che presentano già una dipendenza oppiacei (soprattutto Eroina Fumata) e che, sempre più, chiedono un aggancio al Servizio per le Dipendenze.

9.5.2.1. GLI OBIETTIVI

La progettualità New Network ha fra gli obiettivi generali:

- La tutela della salute-riduzione del danno;
- L'aggancio delle persone in situazioni di grave marginalità
- L'orientamento verso i servizi;
- Quando possibile, l'avvio di progettualità evolutive più strutturate per gli utenti;
- L'ampliamento e consolidamento della rete fra Enti e servizi coinvolti nelle tematiche della grave marginalità e tossicodipendenza nel territorio della città di Bergamo.

9.5.2.2. GLI ESITI

Nel periodo compreso fra Marzo e Dicembre 2017 sono state contattate (aggancio leggero) **577** persone, di queste **485** hanno continuato nelle medesime richieste senza dare spazio per altri interventi. Invece per **92** soggetti è stato possibile costruire una presa in carico più strutturata (inserimento in dormitori, e/o in strutture a valenza educativa e/o in comunità terapeutiche).

Durante tutta la durata del progetto, (Marzo-Dicembre 2017) si sono rivolti all'unità mobile 577 soggetti (471 Maschi, 104 Femmine e 2 Transessuali) per un totale di **8104 prestazioni**, di cui **169 colloqui di sostegno, 1092 attività di counseling** (educativo e/o infermieristico).

L'attività di accompagnamento verso i servizi è stata possibile per **6** soggetti, mentre gli invii si sono attuati per **56** persone. Contestualmente si sono anche effettuate azioni di orientamento per utenti verso i servizi più adeguati nel rispondere ai loro bisogni; si sono distribuiti 150 copie di materiale informativo (mappa dei servizi presenti in città).

Con finalità di riduzione del danno si sono distribuiti: 56544 siringhe, 988 kit noise-carta stagnola, 141 confezioni monodose di Narcan, 1898 profilattici, 8092 fiale di acqua distillata, 376 lacci emostatici, 10322 tamponcini disinfettanti.

Sono stati inviati ai servizi complessivamente **56 soggetti**: 27 al SerT (9 primo triage), 1 all'Oikos, 2 alle mense, 12 al Pronto Soccorso e/o ai reparti ospedalieri, 2 al CPAeC della Caritas, 2 al Servizio Esodo del Patronato San Vincenzo, 1 al NAP, 4 alla Comunità il Mantello, 2 al servizio di emergenza notturna "Terre di Mezzo", 2 al CPS, 1 al Patronato San Vincenzo. Ventidue (22) dei quali hanno intrapreso un percorso più strutturato in Comunità di accoglienza e/o comunità terapeutiche.

Le medicazioni sono state 50, contestualmente è stata valutata opportuna la somministrazione di farmaci di vario genere per 42 volte. In tutto il periodo progettuale sono stati effettuati 1092 counseling educativo e 55 noursing-infermieristico.

9.5.2.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Le prospettive di sviluppo sono tre:

- Il superamento del rinnovo della progettualità attraverso bandi di finanziamento periodici;
- L'accreditamento e la messa a sistema del servizio da parte di Regione Lombardia;
- La collaborazione con la progettualità del **Fondo Sociale Europeo - Programma Operativo Nazionale Inclusione Fondo europeo di aiuti agli indigenti - Programma Operativo per la fornitura di prodotti alimentari e assistenza materiale di base Programmazione 2014-2020. PROPOSTA DI INTERVENTO PER IL CONTRASTO ALLA GRAVE EMARGINAZIONE ADULTA E ALLA CONDIZIONE DI SENZA DIMORA (PON Inclusione Azione 9.5.91 – PO I FEAD Misura 42).**

9.5.3. SENTIERI DI LIBERTÀ: UN PONTE PER L'ESECUZIONE PENALE DI COMUNITÀ

L'esperienza dell'esecuzione penale, sia interna al carcere sia esterna, provoca disorientamento rispetto alla propria identità e progettualità. La persona fragile, nelle fasi più delicate del suo percorso giudiziario (l'ingresso e l'uscita dal carcere, la comunicazione della sentenza, l'incontro con i familiari), si trova in grande difficoltà, soprattutto a gestire i legami più significativi. Gli stranieri sono una presenza importante.

Occorre trovare risposte diversificate ai singoli bisogni, individuare proposte in cui ognuno riconosca l'opportunità di un percorso personale che, partendo dalla revisione critica della propria esperienza, consenta di elaborare un progetto di cambiamento.

9.5.3.1. GLI OBIETTIVI

Area di intervento n.1 : Progetto di reinserimento individuale.

Obiettivo dell'area è la definizione tramite il progetto di presa in carico integrata di inclusione sociale, percorsi finalizzati a supportare e implementare azioni a sostegno dei processi di assistenza, accompagnamento e reinserimento sociale, familiare ed educativo, fin dalla fase di detenzione.

Area di intervento n.2: Sensibilizzare: informazione e sensibilizzazione.

Obiettivo dell'area è informare sia all'interno dell'Istituto Penitenziario sia all'esterno le persone potenzialmente destinatarie del progetto, sensibilizzare il contesto territoriale e condividere l'opportunità della cartella sociale unica in uso dai servizi territoriali per una presa in carico sinergica.

Area di intervento n.3: Lavorare: interventi propedeutici all'inserimento lavorativo.

L'obiettivo consiste nel promuovere ed incrementare l'accesso alle misure alternative sia che la persona provenga dalla detenzione intramuraria che dal territorio.

Area di intervento n.4: Abitare: accoglienza abitativa temporanea.

Obiettivo dell'area è l'housing sociale e il pronto intervento alloggiativo. Gli interventi prevedono azioni per favorire l'inserimento socio abitativo di persone prive di proprie possibilità, sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria o al termine del percorso detentivo e si possono caratterizzare sia in situazioni di temporanea accoglienza sia in connessione con programmi di trattamento propedeutico alla misura in area penale esterna. gli interventi di accoglienza e di inserimento abitativo devono essere coerenti ed integrati con l'insieme dei servizi previsti dal Progetto individuale e quindi sia con l'insieme dei servizi realizzati dalle altre aree, oltre che con quelle che possono essere attivate dai servizi e dalle agenzie sociali del territorio.

Inoltre gli interventi devono avere il carattere della temporaneità in quanto l'accoglienza deve essere finalizzata all'acquisizione dell'autonomia.

9.5.3.2. GLI ESITI

Nel 2017 si sono:

- Definite modalità condivise per l'attivazione delle azioni previste;
- Definite prassi per la segnalazione di persone beneficiarie del progetto;
- Predisposte la modulistica e la comunicazione del progetto;
- Avviati 32 progetti di borse lavoro erogate per un spesa complessiva di 56.564€;
- Avviati progetti di accoglienza abitativa: 29 totati, di cui 1 Nap, 5 Casa San Maria

9.5.3.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Il progetto proseguirà fino a novembre 2018, con l'intento di inserire momenti formativi per le assistenti sociali e di sensibilizzazione sul territorio.

La dimensione del fenomeno della grave emarginazione adulta

Dall'analisi ISTAT 2014 risulta che in Italia la percentuale di persone SFD sul totale della popolazione corrisponde allo 0,2%. Gli uomini sono più dei tre quarti del totale (85,7%). La maggioranza è costituita da stranieri (58,2%) con meno di 54 anni (75,8%). In merito allo scenario bergamasco, una ricerca condotta nel 2013 dall'Università di Bergamo su commissione della Caritas diocesana ha rilevato che il numero delle persone SFD registrate dalle strutture di accoglienza della provincia di Bergamo supera notevolmente la stima ipotizzata dall'ISTAT, raggiungendo il numero di 683 soggetti. Rispetto alla componente maschile la provincia bergamasca si differenzia di poco dal quadro nazionale, che supera solamente di pochi punti percentuali (88% a fronte dell'87% nazionale); per quanto riguarda invece il rapporto tra cittadini stranieri e italiani, a Bergamo la componente straniera rappresenta il 73% delle persone senza fissa dimora, a fronte del 58,2% a livello nazionale. Facendo riferimento al criterio ISTAT (per cui una persona è considerata SFD se usufruisce di un dormitorio per almeno una settimana all'anno) si rileva che le strutture bergamasche annoverano il 38% di ospiti SFD che hanno dormito per meno di una settimana nel corso dell'anno, mentre il 62% sono stati ospitati per un periodo più lungo. Infine per quanto riguarda il 12% delle persone SFD di genere femminile presenti nella provincia di Bergamo, si rileva che il 56% sono straniere ed il restante 44% italiane.

Sistema di offerta dei servizi rivolti alle persone senza dimora

Il partenariato pubblico-privato è costituito da realtà impegnate nel contrasto all'emarginazione sociale e alla grave povertà. L'Ambito di Bergamo ha in essere numerose convenzioni e accordi, sia nel quadro della programmazione dei singoli Comuni sia del Piano di zona. Consolidata è la collaborazione con ATS e ASST sul piano clinico, preventivo e di contenimento dei danni e dei rischi sociali e sanitari, attraverso l'operatività del SerT di Bergamo

In attuazione del Piano di zona, l'Ambito ha attivato dal 2005 al 2012 il Tavolo Marginalità, luogo di confronto tra i diversi enti pubblici e privati che si occupano di fragilità e marginalità. Il Tavolo ha promosso il progetto "*Sportello 1*" per realizzare un sistema di intervento integrato tra i servizi che operano nel settore dell'emarginazione grave. A partire da ciò si è consolidata l'attività di un'équipe di accompagnamento per gli operatori sociali, socio-sanitari ed educativi, che lavorano nelle strutture di accoglienza di bassa soglia, di media protezione e per l'autonomia. Parallelamente si è consolidata l'attività del tavolo sull'housing sociale a favore di donne in condizione di fragilità. Inoltre, è attivo lo Sportello di prossimità del segretariato sociale con funzione di filtro ed orientamento alle strutture di accoglienza. All'interno della co-progettazione in essere nell'area marginalità adulti opera l'équipe del sostegno all'abitare. Numerose sono le progettualità di

coesione sociale in partnership tra gli enti pubblici e privati: progetto Network, in collaborazione ASST e ATS, per azioni di riduzione del danno e di accompagnamento ai servizi sanitari e sociali nell'area della tossicodipendenza; L'Ambito di Bergamo ha in essere numerose convenzioni e accordi, sia nel quadro della programmazione dei singoli Comuni sia del Piano di zona. Consolidata è la collaborazione con ATS e ASST sul piano clinico, preventivo e di contenimento dei danni e dei rischi sociali e sanitari, attraverso l'operatività del SerT di Bergamo.

La tipologia di utenza

L'Ambito di Bergamo ha attivato un servizio di "bassa soglia" per offrire servizi di strada e di prima accoglienza, nonché uno spazio dedicato agli operatori per l'orientamento di progettualità destinate ai soggetti agganciati dai servizi stessi. Nel 2012-13 le persone che hanno fruito dei servizi di bassa soglia sono state 694 di cui 151 provenienti dai Comuni dell'Ambito e 178 da altri Ambiti della Provincia; 53 con residenza in regione Lombardia, 39 provenienti da altre Regioni, 48 senza fissa dimora. Le persone risultano di prevalente nazionalità italiana. La fascia di età più numerosa è quella compresa tra i 36 e i 45 anni (181) seguita da quella tra i 26 e i 35 (169). La tipologia di utenza vede una predominanza del disagio generico (319); a seguire tossicodipendenza (75), alcoolodipendenza (79), disagio psichico (60), problemi sanitari (30) prostituzione e tratta (4). In tema di tossicodipendenza, il servizio di Unità Mobile nella scorsa annualità ha contattato 558 persone, di cui 449 uomini, 108 donne e un1 transgender. In espansione è la presenza di giovani tra i 17-29 anni (18% dei soggetti) utilizzatori di oppioidi, già usi a droghe per via endovenosa senza alcuna norma di prevenzione. Il 27% delle persone contattate dal servizio è di origine straniera. Il fenomeno della grave emarginazione riguarda un numero sempre maggiore di donne giovani e giovanissime, spesso vittime di tratta, abusate o costrette a prestazioni sessuali in cambio di stupefacenti.

9.5.4.1. GLI OBIETTIVI

L'obiettivo generale del servizio consiste nell'adozione di un modello strategico integrato di contrasto alla grave emarginazione e alla condizione di povertà. Tale modello è chiamato a integrare in rete le diverse competenze fra i diversi attori che compongono le politiche (salute, casa, istruzione, formazione, lavoro, ordine pubblico, amministrazione della giustizia ecc.). A partire dal riconoscimento dello stato di bisogno del soggetto, grazie alla regia del Servizio sociale, si declina un intervento mirato sulla condizione specifica della persona, volto a potenziarne le capacità e a fornirle strumenti per fronteggiare il disagio, rinsaldare i legami sociali e riprendere il controllo della propria vita, secondo quanto richiesto dalle *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta*. L'operazione si inserisce in una strategia di Ambito più generale di contrasto alla grave emarginazione adulta che coinvolge soggetti istituzionali e non del territorio nella realizzazione di interventi rivolti alle persone senza dimora. A tal fine, l'operazione interviene in sinergia con gli interventi previsti dalle Amministrazioni comunali grazie al PON Inclusion, che promuove percorsi integrati di accompagnamento all'abitare e al PO FEAD, che è dedicato alla fornitura di cibo e beni di prima necessità a persone indigenti. Nel rispetto del principio di demarcazione, non ci sarà sovrapposizione tra interventi finanziati dai diversi programmi.

- **Distribuzione di beni di prima necessità:** *Interventi a bassa soglia per la soddisfazione di bisogni immediati*
 - Promozione di percorsi di solidarietà attiva orientati al coinvolgimento della popolazione ed in particolare dei giovani, finalizzati a diffondere la comprensione dei bisogni delle persone in condizione di grave marginalità;
 - Integrazione e coordinamento delle reti di distribuzione di alimenti;
 - Attivazione di reti civiche di raccolta e distribuzione di indumenti.
- **Distribuzione di beni materiali nell'ambito di progetti di accompagnamento all'autonomia**
 - Potenziamento delle reti civiche per la raccolta di beni finalizzati al corredo degli alloggi di transizione (attrezzature da cucina e altre dotazioni), anche mediante momenti di condivisione con la cittadinanza finalizzati ad illustrare obiettivi, significati e destinatari delle azioni svolte,
 - Potenziamento del servizio docce e cambio abiti in riferimento allo specifico target rappresentato da donne in situazione di grave marginalità che necessitano di essere accompagnate in percorsi di prima accoglienza residenziale, al fine di offrire la possibilità di spostarsi dalla strada ad un luogo protetto capace di erogare inoltre servizi di affiancamento, si prevede, nell'ambito delle azioni a valere sul PO I FEAD.

9.5.4.2. GLI ESITI

Servizi di presa in carico e housing first: beneficiari senza tetto o persone colpite da esclusione abitativa inseriti in piani di sostegno o che abbiano superato la condizione acuta di bisogno ad un anno dalla presa in carico (indicatore specifico di risultato PON Inclusione **40**).

Spazi occupazionali e risocializzanti: Beneficiari SFD inseriti in percorsi di occupazione e risocializzazione che mostrino l'acquisizione di un accresciuto livello di autonomia al termine di ciascuno dei percorsi attivati (indicatore specifico di risultato PON Inclusione **60**).

Salute: numero di soggetti presi in carico in grado di accedere autonomamente a prestazioni sanitarie al termine del percorso di accompagnamento (indicatore specifico di risultato PON Inclusione **15**).

9.5.4.3. LE PROSPETTIVE FUTURE

Si delineano 5 prospettive evolutive:

1. Coordinamento e governance

- Rafforzamento della rete anche attraverso il Tavolo grave marginalità a livello di Ambito (con sotto-gruppi tematici raccordati al tavolo di coordinamento);
- Traduzione delle linee guida per il contrasto alla grave emarginazione adulta in un protocollo d'intesa condiviso;
- Progettazione condivisa del luogo di cura Galgario (servizio multifunzionale per i senza fissa dimora);

- Individuazione di momenti formativi congiunti per gli operatori.

2. Aggancio e presa in carico

- Sperimentazione di nuove strategie di aggancio e di proposte innovative per il target 18-35 anni non adeguatamente intercettato dai servizi tradizionali;
- Sperimentazione di modalità innovative di gestione di donne giovani gravemente emarginate in gravidanza non prese in carico dai servizi esistenti.

3. Housing first

- Sperimentazione di un servizio housing first modulare;
- Integrazione delle azioni di progetto con iniziative di residenzialità già in fase di attivazione;
- Accompagnamento attivo all'abitare mediante percorsi di affiancamento.

4. Occupazione e risocializzazione

- Accompagnamento ad attività pratiche per interrompere i meccanismi della vita di strada grazie alla strutturazione di un tempo di lavoro ordinato.

5. Salute

- Potenziamento dell'accesso a strutture socio-sanitarie convenzionate per visite di controllo e specialistiche in ottica di integrazione con l'utenza ordinaria.

