



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

Approvato da Collegio dei Sindaci e
Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona
nella seduta del 2 dicembre 2024

INDICE

1. Premessa
2. Le rappresentanze dei Sindaci: la nuova geografia
3. Organizzazione della struttura tecnica provinciale a supporto dei 14 Ambiti Territoriali Sociali
4. Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria
5. Obiettivi sociali a valenza provinciale
6. Risorse

1. PREMESSA

Le politiche di welfare rappresentano un elemento distintivo della cultura e dell'organizzazione istituzionale europea: oltre ad incarnare un modello sociale basato sulla solidarietà, esse hanno svolto anche un ruolo cruciale nel favorire lo sviluppo economico, garantendo livelli di benessere più elevati.

Tuttavia, i sistemi di welfare così come li conosciamo si sono formati in un contesto storico che oggi non esiste più: un periodo caratterizzato da crescita economica continua, con una popolazione prevalentemente giovane, esigenze sociali piuttosto omogenee e strutture familiari stabili. Oggi, profondi cambiamenti socioeconomici – come l'invecchiamento della popolazione, l'emergere di nuovi modelli familiari, l'aumento della flessibilità lavorativa, il crescere delle disuguaglianze, i flussi migratori e l'aggravarsi del debito pubblico – mettono a dura prova la sostenibilità dei sistemi di welfare, specialmente sotto il profilo economico-finanziario, accentuandone l'approccio prevalentemente assistenzialistico.

Per affrontare queste sfide, è fondamentale adottare una prospettiva che metta al centro la persona e il suo sistema di relazioni, piuttosto che focalizzarsi esclusivamente sui servizi e sulle prestazioni necessarie, promuovendo così inclusione e coesione sociale.

Incentivare la coesione sociale significa infatti valorizzare le connessioni tra le persone, stimolare una responsabilità condivisa e adottare strategie di lungo periodo: un approccio che richiede obiettivi chiari e azioni trasparenti, concrete e ben definite poiché una società coesa è più in grado di affrontare le sfide imposte dai cambiamenti in corso.

A livello regionale, il compito è quello di integrare politiche sociali, salute e sviluppo economico, coinvolgendo tutti gli attori – pubblici e privati – per promuovere coesione sociale come risorsa strategica per il territorio. Ripensare il welfare non significa abbandonare principi fondamentali come equità e solidarietà, ma piuttosto utilizzarli come linee guida per scelte strategiche e operative. Ecco, quindi, che il “nuovo welfare” si propone di valorizzare le capacità individuali, anziché limitarsi a fornire supporto a chi si trova in difficoltà. Questo approccio pone la persona al centro degli interventi, non la tipologia di disagio di cui è portatore, superando la logica che vede il cittadino solo come destinatario di aiuti. Essere protagonisti nella costruzione della propria vita e assumersi responsabilità all'interno della famiglia e della comunità è molto diverso dal ricevere passivamente un sostegno come “assistito”. Il primo atteggiamento genera benessere e sviluppo, mentre il secondo alimenta dipendenza.

Per raggiungere questi obiettivi, è necessario adottare alcuni principi fondamentali:

- Universalità, affinché il welfare possa servire l'intera popolazione, garantendo libertà e inclusione sociale.
- Sussidiarietà circolare, che prevede la collaborazione tra amministrazioni pubbliche, imprese e società civile per il benessere collettivo.
- Visione generativa, che punta su pratiche di reciprocità, andando oltre la mera redistribuzione dei servizi.
- Promozione della salute, come strumento per rafforzare e valorizzare le proprie potenzialità e per prevenire e contrastare le condizioni di fragilità
- Prossimità e domiciliarietà, riconoscendo che la casa è il primo “luogo di cura”.

Le politiche orientate al benessere e alla coesione sociale possono diventare un elemento chiave per lo sviluppo locale, influenzando non solo sull'economia diretta ma anche sulla creazione di "capitale sociale" e "capitale relazionale".

Un altro aspetto da considerare è che la nuova programmazione si inserisce in un contesto che, negli ultimi tre anni, è stato profondamente trasformato da vari fattori che hanno influenzato la governance locale, modificato i bisogni della popolazione e i rischi sociali a cui il welfare territoriale deve rispondere.

L'impatto della pandemia sul tessuto socioeconomico bergamasco, insieme all'emergere di molteplici crisi interconnesse (salute, povertà, istruzione, invecchiamento della popolazione, ecc.), ha evidenziato come la capacità di risposta del sistema di welfare sia strettamente legata alla costruzione di percorsi di collaborazione e condivisione tra i diversi attori territoriali. Per il territorio bergamasco, in particolare, l'emergenza sanitaria è stata l'occasione per testare nuovi modelli di intervento e sviluppare politiche innovative, grazie anche a un dialogo costruttivo tra enti pubblici e il privato sociale.

La programmazione per il periodo 2025-2027 prosegue nel solco tracciato dal lavoro svolto nel precedente triennio, sfruttando le opportunità offerte dalla recente riforma del sistema sociosanitario col fine di perseguire in modo sistematico l'obiettivo dell'integrazione, necessaria per rafforzare una rete integrata di servizi sociali e sanitari. Ciò richiede un avanzamento nella collaborazione tra Ambiti Territoriali Sociali, ATS, ASST e Terzo Settore.

Un'attenzione particolare è quindi dedicata al coordinamento con i Piani di Sviluppo dei Poli Territoriali (PPT) delle ASST, con lo scopo di ottimizzare la programmazione e garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Questo implica un necessario rafforzamento del lavoro sinergico tra i servizi territoriali, una presa in carico integrata e la promozione di progetti sovra zonali che favoriscano percorsi di cooperazione tra ATS, ASST e Ambiti Territoriali Sociali.

I processi di integrazione sociosanitaria mirano a garantire a tutti il diritto di accesso all'assistenza, assicurando risposte omogenee, appropriate ed efficaci. Questi modelli intendono migliorare la qualità della vita e l'assistenza offerta, posizionandosi come parte di una rete più ampia di supporto alla persona e alla famiglia.

L'attenzione verso l'integrazione sociosanitaria non nasce solo dagli obblighi previsti dalle normative nazionali e regionali, ma anche dalla crescente consapevolezza del suo ruolo cruciale per qualificare l'offerta di servizi, garantire maggiore efficacia negli interventi di cura e sostegno, ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e semplificare l'accesso ai servizi, riducendo il disagio per i cittadini.

In particolare, il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria delineato nella DGR n. XII-2089/2024 riflette il costante impegno dei Sindaci nel perseguire alcuni obiettivi chiave, quali:

- Promuovere la salute, riducendo le disuguaglianze e garantendo a tutti pari opportunità e risorse per raggiungere il massimo potenziale di benessere;
- Consolidare la presa in carico integrata, tramite i Punti Unici d'Accesso (PUA) e una valutazione multidimensionale dei bisogni, condotta da équipe/unità multidisciplinari, per creare una rete integrata di servizi;
- Applicare il principio di sussidiarietà orizzontale, valorizzando le risorse formali e informali, e promuovendo il coinvolgimento del Terzo Settore attraverso processi di co-programmazione e co-progettazione, in un'ottica olistica che tenga conto delle molteplici dimensioni del benessere.

Per queste ragioni gli obiettivi del Prologo provinciale ai Piani di Zona 2025-2027 individuati ed approvati dai Sindaci sono i seguenti:

a) temi e obiettivi trasversali sull'integrazione sociosanitaria condivisi, a livello provinciale, tra ATS Bergamo, l'ASST papa Giovanni XXIII, l'ASST Bergamo EST, l'ASST Bergamo Ovest ed i 14 Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo:

1. PROMOZIONE DELLA SALUTE
2. VALUTAZIONE: filiera PUA - EVM/UVM - COT
3. CAREGIVER
4. CONTINUITA' ASSISTENZIALE: raccordo con le Unità d'Offerta sociosanitarie e sociali
5. SVILUPPO DEL WELFARE LOCALE
6. ORGANISMO DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE MENTALE LE DIPENDENZE E LA DISABILITA' (OCSMD)

b) obiettivi sociali di rilevanza provinciale, considerati prioritari dai 14 Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo, che saranno portati avanti congiuntamente dal Collegio dei Sindaci e dai Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona supportati, sul piano tecnico, dal Coordinamento dei 14 Uffici di Piano:

- 1 - FRAGILITA', GRAVE EMARGINAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE
- 2 - LAVORO
- 3 - CASA
- 4 - SPERIMENTAZIONE DELL'EDUCATORE DI PLESSO E COMUNITA'
- 5 - PROGETTO DI VITA DISABILITÀ
- 6 - DIGITALIZZAZIONE

2. LE RAPPRESENTANZE DEI SINDACI: LA NUOVA GEOGRAFIA

La programmazione sociale locale dei Piani di Zona 2025-2027 si inserisce in un contesto normativo diverso da quello passato, determinato principalmente dalle modifiche, apportate alla Legge regionale 33/2009 dalla Legge regionale 22/2021, che hanno interessato gli organismi di rappresentanza dei sindaci, e quindi la governance del welfare locale, con l'obiettivo di rafforzare la sinergia tra i vari attori istituzionali, garantendo un approccio più integrato e partecipativo.

Tra le maggiori novità introdotte dalla Legge regionale 22/2021 vi sono lo spostamento delle Conferenze dei Sindaci dalla dimensione provinciale a quella territoriale delle ASST e la nascita del Collegio dei Sindaci, che ha il compito di esprimere proposte e pareri finalizzati all'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale garantendo così una maggiore partecipazione degli Enti Locali alla definizione delle priorità di intervento.

Collegio dei Sindaci DGR 6762 del 25 luglio 2022

Il Collegio dei Sindaci:

- a) Formula proposte ed esprime pareri alle ATS al fine di supportare le stesse nel garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale e per organizzare tale integrazione anche attraverso i piani di zona di cui alla L.328/2000 e alla L.r. 3/2008;
- b) partecipa alla Cabina di Regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f) della medesima l.r. 33/2009;
- c) in raccordo con le Conferenze dei Sindaci monitora lo sviluppo omogeneo e uniforme sul territorio dell'ATS delle reti territoriali;
- d) esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie per gli interventi in ambito sociale assegnate alle ATS;
- e) esprime pareri su richiesta di Regione Lombardia e delle ASST in merito all'implementazione dell'offerta di servizi di prossimità sul territorio di competenza dell'ATS;
- f) propone al direttore generale il nominativo di persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, per ricoprire il ruolo di responsabile dell'UPT.

Il Collegio dei Sindaci è costituito da rappresentanti eletti dalle singole Conferenze dei Sindaci e dai Presidenti delle Conferenze stesse.

Collegio dei Sindaci di ATS Bergamo	Presidente Marcella Messina, Assessore Politiche Sociali Comune di Bergamo
	Vice Presidente Gabriele Cortesi, Sindaco Comune di Seriate
	Elezione Presidente e vice Presidente 09.11.2022 Scadenza 08.11.2027
	Altri componenti del Collegio dei Sindaci Juri Imeri, Sindaco Comune di Treviglio Gianbattista Brioschi, Consigliere delegato Rapporti con gli Enti e Istituzioni Sovracomunali Comune di Almenno San Bartolomeo Angelo Merici, Vice Sindaco Comune di Gazzaniga Caterina Vitali, Sindaco Comune di Ciserano
	Il supporto tecnico-amministrativo alle attività del Collegio dei Sindaci è garantito dall'Ufficio Sindaci di ATS Bergamo: ufficio.sindaci@ats-bg.it, sindaci@pec.ats-bg.it, 035.385384, 337.1119915.

Conferenze dei Sindaci
DGR 6762 del 25 luglio 2022

La nuova organizzazione prevista dal legislatore regionale ha visto la nascita, sul territorio della provincia di Bergamo, di tre Conferenze: la Conferenza dei Sindaci dell'ASST Papa Giovanni XXIII, la Conferenza dei Sindaci dell'ASST Bergamo Est e la Conferenza dei Sindaci dell'ASST Bergamo Ovest.

Ciascuna Conferenza, avvalendosi del proprio Consiglio di Rappresentanza:

- a) formula nell'ambito della programmazione territoriale dell'ASST di competenza, proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e dell'attività socio-sanitaria e socio-assistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione socio-sanitaria e sociale; partecipa inoltre alla definizione dei piani socio-sanitari territoriali;
- b) individua i sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, che compongono il collegio dei sindaci;
- c) partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ASST;
- d) promuove l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con le funzioni e le prestazioni dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, anche favorendo la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;
- e) esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie;
- f) elegge al suo interno il consiglio di rappresentanza dei sindaci, di cui si avvale per l'esercizio delle sue funzioni;
- h) esprime parere obbligatorio sul piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) predisposto dall'ASST che definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e socio-sanitarie distrettuali.

La Conferenza è composta dai Sindaci, o loro delegati comunque appartenenti al consiglio o alla giunta comunale, dei Comuni compresi nel territorio dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale – ASST.

Conferenza dei Sindaci ASST Papa Giovanni XXIII	Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Gianbattista Brioschi, Consigliere delegato Rapporti con gli Enti e le Istituzioni Sovracomunali Comune di Almenno San Bartolomeo Vice Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Marcella Messina, Assessore alle Politiche Sociali Comune di Bergamo Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Sara Tassetti, Assessore ai Servizi alla Persona Comune di Gorle Laura Arizzi, Sindaco Comune di Piazzolo Enrica Bonzi, Sindaco Comune di San Giovanni Bianco Elezione 18.10.2022 Scadenza 17.10.2027 Il supporto tecnico-amministrativo alle attività della Conferenza dei Sindaci dell'ASST Papa Giovanni XXIII è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficiosindaci@asst-pg23.it , 035.267.3870.
Conferenza dei Sindaci ASST Bergamo Est	Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Gabriele Cortesi, Sindaco Comune di Seriate Vice Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Alberto Maffi, Sindaco Comune di Gandosso

	<p>Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Angelo Merici, Vice Sindaco Comune di Gazzaniga Luciano Redolfi, Sindaco Comune di Bolgare Loredana Vaghi, Vice Sindaco Comune di Trescore Balneario Simona Figaroli, Assessore alle Politiche Sociali Comune di Costa Volpino Flavia Bigoni, Assessore a Servizi Sociali, Istruzione, Famiglie e Pari Opportunità Comune di Clusone</p> <p>Elezione 19.10.2022 Scadenza 18.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività della Conferenza dei Sindaci dell'ASST Bergamo Est è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficio.sindaci@asst-bergamoest.it, 035.3063842.</p>
<p>Conferenza dei Sindaci ASST Bergamo Ovest</p>	<p>Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Juri Imeri, Sindaco Comune di Treviglio</p> <p>Vice Presidente Conferenza e Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Caterina Vitali, Sindaco Comune di Ciserano</p> <p>Componenti Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci Fabio Ferla, Sindaco Comune di Calvenzano Cinzia Terzi, Assessore Servizi Sociali Comune di Dalmine Alessandra Locatelli, Sindaco Comune di Mapello</p> <p>Elezione 21.10.2022 Scadenza 20.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività della Conferenza dei Sindaci dell'ASST Bergamo Ovest è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficio_sindaci@asst-bgove.it, 0363.424505.</p>

Assemblee dei Sindaci del Distretto DGR 6762 del 25 luglio 2022

I Comuni, attraverso l'assemblea dei sindaci del distretto, formulano proposte e pareri alla conferenza dei sindaci, dandone comunicazione al Direttore Generale dell'ASST, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari; l'assemblea esprime il proprio parere obbligatorio entro 30 giorni sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto provvede, nell'area del territorio di competenza, a:

- a) verificare l'applicazione della programmazione territoriale e dei progetti di area sanitaria e sociosanitaria posti in essere nel territorio del Distretto ASST;
- b) contribuire ai processi di integrazione delle attività sociosanitarie con gli interventi socioassistenziali degli ambiti sociali territoriali;
- c) formulare proposte e pareri, per il tramite del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, alla Conferenza dei Sindaci dandone comunicazione anche al Direttore Generale dell'ASST, in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione distrettuale dei servizi sociosanitari e di integrazione con la programmazione sociale territoriale;
- d) contribuire a definire modalità di coordinamento tra Piani di Zona afferenti allo stesso territorio per la costruzione di un sistema integrato di analisi del bisogno territoriale e l'individuazione di potenziali progettazioni condivise per la programmazione sociale di zona e il suo aggiornamento.

L'assemblea dei sindaci del distretto svolge altresì le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all'articolo 3 *quater* del D.lgs. 502/1992 ai sensi dell'art.20 comma 5 della l.r. n. 33/2009.

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto è composta dai Sindaci, o loro delegati comunque appartenenti al consiglio o alla giunta comunale, dei Comuni afferenti al Distretto. Un Distretto può essere composto anche da più Assemblee tra quelle che corrispondono alle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona.

<p>Conferenza dei Sindaci ASST Papa Giovanni XXIII</p>	<p>Assemblee dei Sindaci di Distretto</p> <p>1 Bergamo 2 Valle Brembana, Valle Imagna, Villa d'Alme'</p>	<p>BERGAMO Presidente Marcella Messina, Assessore alle Politiche Sociali Comune di Bergamo Vice Presidente Sara Tassetti, Assessore ai Servizi Sociali di Gorle</p> <p>VALLE BREMBANA, VALLE IMAGNA, VILLA D'ALME' Presidente Laura Arizzi, Sindaco Comune di Piazzolo Vice Presidente Gianbattista Brioschi, Consigliere delegato Rapporti con gli Enti e le Istituzioni Sovracomunali Comune di Almenno San Bartolomeo</p> <p>Elezione 18.10.2022 Scadenza 17.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività delle Assemblee dei Sindaci di Distretto dell'ASST Papa Giovanni XXIII è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficiosindaci@asst-pg23.it, 035.267.3870.</p>
<p>Conferenza dei Sindaci ASST Bergamo Est</p>	<p>Assemblee dei Sindaci di Distretto</p> <p>1 Seriate-Grumello, 2 Val Cavallina, Basso Sebino, Alto Sebino, 3 Val Seriana, Val Seriana Superiore-Val di Scalve</p>	<p>SERiate - GRUMELLO Presidente Luciano Redolfi, Sindaco Comune di Bolgare Vice Presidente Gabriele Cortesi, Sindaco di Seriate</p> <p>VAL CAVALLINA, MONTE BRONZONE – BASSO SEBINO, ALTO SEBINO Presidente Alberto Maffi, Sindaco Comune di Gandosso Vice Presidente Loredana Vaghi, Vice Sindaco Comune di Trescore Balneario Simona Figaroli, Assessore Politiche Sociali Comune di Costa Volpino</p> <p>VAL SERIANA, VAL SERIANA SUPERIORE E VAL DI SCALVE Presidente Angelo Merici, Vice Sindaco Comune di Gazzaniga Vice Presidente Flavia Bigoni, Assessore Servizi Sociali Comune di Clusone</p> <p>Elezione 19.10.2022 Scadenza 18.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività delle Assemblee dei Sindaci di Distretto dell'ASST Bergamo Est è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficio.sindaci@asst-bergamoest.it, 035.3063842.</p>
<p>Conferenza dei Sindaci ASST Bergamo Ovest</p>	<p>Assemblee dei Sindaci di Distretto</p> <p>1 Media Pianura, 2 Isola Bergamasca e Val San Martino 3 Bassa Orientale 4 Bassa Occidentale</p>	<p>MEDIA PIANURA (Dalmine) Presidente Cinzia Terzi, Assessore Servizi Sociali Comune di Dalmine Vice Presidente Corrado Quarti, Sindaco Comune di Osio Sotto</p> <p>ISOLA E VAL SAN MARTINO Presidente Alessandra Locatelli, Sindaco Comune di Mapello Vice Presidente Matteo Rossi, Sindaco Comune di Bonate Sopra</p> <p>BASSA ORIENTALE (Romano di Lombardia) Presidente Andrea Rota, Sindaco Comune di Bariano Vice Presidente Vincenzo Trapattoni, Sindaco Comune di Barbata</p> <p>BASSA OCCIDENTALE (Treviglio) Presidente</p>

		<p>Fabio Ferla, Sindaco Comune di Calvenzano Vice Presidente Fabio Carminati, Sindaco Comune di Fornovo San Giovanni</p> <p>Elezione 21.10.2022 Scadenza 20.10.2027</p> <p>Il supporto tecnico-amministrativo alle attività delle Assemblee dei Sindaci di Distretto dell'ASST Bergamo Ovest è garantito dall'Ufficio Sindaci: ufficio_sindaci@asst-bgvest.it, 0363.424505.</p>
--	--	---

Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona
L. 328/00, L.r. 3/2008, L.r. 3/2009 art. 7-bis c. 6

L'Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona sviluppa la sua azione principale nella governance della gestione associata e territoriale delle funzioni sociali e nella programmazione degli aspetti gestionali-operativi di coordinamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali, in integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario, nonché con le politiche del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della sicurezza e della pianificazione territoriale.

Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione degli interventi e dei servizi in ambito sociale e socio sanitario.

Ciascuna Assemblea è composta da tutti i Sindaci, o loro delegati appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, dei Comuni compresi nel territorio dei singoli Ambiti Territoriali Sociali di cui alla L.328/00.

Ciascuna Assemblea definisce il proprio regolamento di funzionamento, le modalità di elezione di Presidente e del vice Presidente e le modalità di deliberazione delle decisioni.

Ambito Territoriale	Comuni	Presidente e vice Presidente Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona
Bergamo	Bergamo, Orio al Serio, Gorle, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone	Presidente: Sara Tassetti, Assessore ai Servizi Sociali Gorle Vice Presidente: Alberto Nevola, Vice Sindaco Ponteranica
Dalmine	Azzano San Paolo, Boltiere, Ciserano, Comun Nuovo, Curno, Dalmine, Lallio, Levate, Mozzo, Osio Sopra, Osio Sotto, Stezzano, Treviolo, Urganò, Verdellino, Verdello, Zanica	Presidente: Cinzia Terzi, Assessore ai Servizi Sociali Comune di Dalmine Vice Presidente: Caterina Vitali, Sindaco Comune di Ciserano
Seriate	Albano Sant'Alessandro, Bagnatica, Brusaporto, Cavernago, Costa di Mezzate, Grassobbio, Montello, Pedrengo, Scanzorosciate, Seriate, Torre dé Roveri	Presidente: Gabriele Cortesi, Sindaco di Seriate Vice Presidente: Federica Rosati, Assessore Politiche Sociali Comune di Scanzorosciate
Grumello del Monte	Bolgare, Calcinate, Castelli Calepio, Chiuduno, Grumello del Monte, Mornico al Serio, Palosco, Telgate	Presidente: Luciano Redolfi, Sindaco Comune di Bolgare Vice Presidente: Mario Mazza, Sindaco Comune di Palosco
Val Cavallina	Berzo S. Fermo, Bianzano, Borgo di Terzo, Carobbio degli Angeli, Casazza, Cenate Sopra, Cenate Sotto, Endine Gaiano, Entratico, Gaverina Terme, Gorlago, Grone, Luzzana, Monasterolo del Castello, Ranzanico, San Paolo d'Argon, Spinone al Lago, Trescore Balneario, Vigano S. Martino, Zandobbio	Presidente: Loredana Vaghi, Consigliere Comune di Trescore Balneario Vice Presidente: Maria Elena Grena, Sindaco Comune di Gorlago
Monte Bronzone – Basso Sebino	Adrara San Martino, Adrara San Rocco, Credaro, Foresto Sparso, Gandosso, Parzanica, Predore, Sarnico, Tavernola Bergamasca, Viadanica, Vigolo, Villongo	Presidente: Alberto Maffi, Sindaco Comune di Gandosso Vice Presidente: Cinzia Presti, vice Sindaco Comune Adrara S. Martino
Alto Sebino	Bossico, Castro, Costa Volpino, Fonteno, Lovere, Pianico, Riva di Solto, Rogno, Solto Collina, Sovere	Presidente: Simona Figaroli, Assessore Servizi Sociali Comune di Costa Volpino Vice Presidente: da individuare

Valle Seriana	Albino, Alzano Lombardo, Aviatico, Casnigo, Cazzano Sant'Andrea, Cene, Colzate, Fiorano al Serio, Gandino, Gazzaniga, Lefte, Nembro, Peia, Pradalunga, Ranica, Selvino, Vertova, Villa di Serio	Presidente: Angelo Merici, Vice Sindaco Comune di Gazzaniga Vice Presidente: Floria Lodetti, Assessore Servizi Sociali Comune di Nembro
Valle Seriana Superiore e Val di Scalve	Ardesio, Azzone, Castione della Presolana, Cerete, Clusone, Colere, Fino del Monte, Gandellino, Gorno, Gromo, Oltressenda Alta, Oneta, Onore, Parre, Piario, Ponte Nossa, Premolo, Rovetta, Schilpario, Songavazzo, Valbondione, Valgoglio, Villa d'Ogna, Vilminore di Scalve	Presidente: Flavia Bigoni, Assessore Servizi Sociali Comune di Clusone Vice Presidente: Mirella Cotti Cometti, Sindaco Comune di Azzone
Valle Brembana	Algua, Averara, Bello, Bracca, Branzi, Camerata Cornello, Carona, Cassiglio, Cornalba, Costa di Serina, Cusio, Dossena, Foppolo, Isola di Fondra, Lenna, Mezzoldo, Moio de' Calvi, Olmo al Brembo, Oltre il Colle, Ornica, Piazza Brembana, Piazzatorre, Piazzolo, Roncobello, San Giovanni Bianco, San Pellegrino Terme, Santa Brigida, Sedrina, Serina, Taleggio, Ubiale Clanezzo, Val Brembilla, Valleve, Valnegrà, Valtorta, Vedeseta, Zogno	Presidente: Laura Arizzi, Sindaco Comune di Piazzolo Vice Presidente: Enrica Bonzi, Sindaco Comune di San Giovanni Bianco
Valle Imagna – Villa d'Almè	Almè, Almenno San Bartolomeo, Almenno San Salvatore, Barzana, Bedulita, Berbenno, Brumano, Capizzone, Corna Imagna, Costa Valle Imagna, Fuipiano Valle Imagna, Locatello, Paladina, Palazzago, Roncola, Rota Imagna, Sant'Omobono Terme, Strozza, Valbrembo, Villa d'Almè	Presidente: Gianbattista Brioschi, Consigliere delegato Rapporti con gli Enti e le Istituzioni Sovracomunali Comune di Almenno San Bartolomeo Vice Presidente: Gianmaria Brignoli, Sindaco Comune di Paladina
Isola Bergamasca e Val San Martino	Ambivere, Bonate Sopra, Bonate Sotto, Bottanuco, Brembate, Brembate Sopra, Calusco d'Adda, Capriate San Gervasio, Caprino Bergamasco, Carvico, Chignolo d'Isola, Cisano Bergamasco, Filago, Madone, Mapello, Medolago, Ponte San Pietro, Pontida, Presezzo, Solza, Sotto il Monte Giovanni XXIII, Suisio, Terno d'Isola, Villa d'Adda	Presidente: Alessandra Locatelli, Sindaco Comune di Mapello Vice Presidente: Matteo Rossi, Sindaco Comune di Bonate Sopra
Treviglio	Arcene, Arzago d'Adda, Brignano Gera d'Adda, Calvenzano, Canonica d'Adda, Caravaggio, Casirate d'Adda, Castel Rozzone, Fara Gera d'Adda, Fornovo San Giovanni, Lurano, Misano Gera d'Adda, Mozzanica, Pagazzano, Pognano, Pontirolo Nuovo, Spirano, Treviglio	Presidente: Fabio Ferla, Sindaco Comune di Calvenzano Vice Presidente: Erika Bertocchi, Sindaco Comune di Pontirolo
Romano di Lombardia	Antegnate, Barbata, Bariano, Calcio, Cividate al Piano, Cologno al Serio, Cortenuova, Covo, Fara Olivana con Sola, Fontanella, Ghisalba, Isso, Martinengo, Morengo, Pumenengo, Romano di Lombardia, Torre Pallavicina	Presidente: Gianfranco Gafforelli, Sindaco Comune di Romano di Lombardia Vice Presidente: Chiara Drago, Sindaco Comune di Cologno al Serio

L'Ufficio di Piano è la struttura tecnico-amministrativa deputata al supporto della programmazione sociale di ciascun Ambito Territoriale: è l'organismo tecnico di studio, consulenza, proposta e supporto di ogni Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona ai fini della programmazione e della gestione degli interventi e dei servizi di Ambito.

L'Ufficio di Piano riveste funzioni di regia operativa del processo di elaborazione del Piano di Zona, di coordinamento operativo dei diversi attori in campo, di presidio della funzione di attuazione del Piano e delle connesse attività di monitoraggio e valutazione.

UFFICIO DI PIANO	RESPONSABILE e CONTATTI
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI BERGAMO	RESPONSABILE Ivan Albergoni CONTATTI Piazzetta G. Marcovigi 2, Bergamo, Tel. 035/399692, udpambitobergamo@comune.bergamo.it , www.ambitodibergamo.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI DALMINE	RESPONSABILE Mauro Cinquini CONTATTI Piazza Libertà 1, Dalmine, Tel. 035/6224891, ufficio.pianodizona@comune.dalmine.bg.it , www.ambitodidalmine.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI SERIATE	RESPONSABILE Sabrina Bosio CONTATTI Piazza Aleardi 1, Seriate, Tel. 035/304293, ufficiodipiano@comune.seriate.bg.it , www.ambitodiseriate.it

UFFICIO DI PIANO AMBITO DI GRUMELLO	RESPONSABILE Gianantonio Farinotti CONTATTI Via Dante 24, Bolgare, Tel. 035/4493930, pdz@comune.bolgare.bg.it, www.comune.bolgare.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO VAL CAVALLINA	RESPONSABILE Benvenuto Gamba CONTATTI Via Fratelli Calvi, Trescore Balneario, Tel. 035/944904, benvenuto.gamba@consorzioservizi.valcavallina.bg.it, www.consorzioservizi.valcavallina.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO MONTE BRONZONE E BASSO SEBINO	RESPONSABILE Sonia Tignonsini CONTATTI Via Roma 35, Villongo, Tel. 035/927031, sonia.tignonsini@cmlaghi.bg.it, www.cmlaghi.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO ALTO SEBINO	RESPONSABILE Gabriele Bondioni CONTATTI Via Del Cantiere 4, Lovere, Tel. 035/983896, gabriele.bondioni@cmlaghi.bg.it, www.cmlaghi.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO VALLE SERIANA	RESPONSABILE Carolina Angelini CONTATTI Piazza Libertà 1, Albino, Tel. 035/759903, c.angelini@albino.it, www.ssvalseariana.org
UFFICIO DI PIANO AMBITO VAL SERIANA SUPERIORE E VAL DI SCALVE	RESPONSABILE Barbara Battaglia CONTATTI Piazza Sant'Andrea 1, Clusone, Tel. 0346/89605, ambito@comune.clusone.bg.it, www.comune.clusone.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO VALLE BREMBANA	RESPONSABILE Antonio Porretta CONTATTI Via Don Angelo Tondini 16, Piazza Brembana, Tel. 0345/81177, servizisociali@vallebrembana.bg.it, www.vallebrembana.com
UFFICIO DI PIANO AMBITO VALLE IMAGNA E VILLA D'ALME'	RESPONSABILE Gianantonio Farinotti CONTATTI Via Valer 2, Sant'Omobono Terme, Tel. 035/851782, segreteria@ascimagnavilla.bg.it, www.ascimagnavilla.bg.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO ISOLA BERGAMASCA E BASSA VAL S. MARTINO	RESPONSABILE Filippo Ferrari CONTATTI Via Bravi 16, Terno d'Isola, Tel. 035/19911165, segreteria@aziendaisola.it, www.aziendaisola.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI TREVIGLIO	RESPONSABILE Francesco Iacchetti CONTATTI Via Crippa 9, Treviglio, Tel. 0363/3112101, ufficiodipiano@risorsasociale.it, www.risorsasociale.it
UFFICIO DI PIANO AMBITO DI ROMANO DI LOMBARDIA	RESPONSABILE Antonietta Maffi CONTATTI Via Balilla 25, Romano di Lombardia, Tel. 0363/911647, segreteria@aziendasolidalia.it, www.aziendasolidalia.it

3. ORGANIZZAZIONE DELLA STRUTTURA TECNICA PROVINCIALE A SUPPORTO DEI 14 AMBITI TERRITORIALI SOCIALI

DESCRIZIONE
<p>Per garantire un supporto tecnico articolato alle rappresentanze istituzionali dei Sindaci, Collegio e Conferenze dei Sindaci, al fine di implementare il ruolo dei servizi sociali nella programmazione e nella rete dei servizi sociosanitari e sanitari, nel triennio si svilupperà un'organizzazione tecnica che, partendo dal 'luogo' stabile e consolidato di confronto del Coordinamento provinciale dei 14 Responsabili degli Uffici di Piano, sia in grado di definire i compiti e le responsabilità di assistenza e rappresentanza tecnica in relazione agli obiettivi integrati sociosanitari e sociali contenuti nel Prologo dei Piani di Zona 2025-2027, in raccordo con le attività di supporto organizzativo garantite alle rappresentanze dei Sindaci da parte degli Uffici Sindaci di ATS e delle ASST.</p>
OBIETTIVO
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare l'avanzamento e la realizzazione degli obiettivi del Prologo provinciale ai Piani di Zona 2025-2027, • implementare ulteriormente il raccordo tecnico operativo dell'area sociale, definendo una figura di coordinamento che rappresenti tecnicamente il Collegio dei Sindaci di ATS nei diversi Gruppi/Tavoli di lavoro, funga da raccordo operativo tra le rappresentanze istituzionali dei Sindaci e l'ufficio sindaci di ATS, monitori lo sviluppo integrato PPT/PdZ a livello provinciale e che si connetta con il Coordinamento dei 14 Responsabili degli Uffici di Piano (e i gruppi di lavoro ad esso riconducibili), • confermare i tre referenti tecnici degli Uffici di Piani (uno per Conferenza dei Sindaci di ASST) quali figure tecniche di supporto e raccordo delle Conferenze dei Sindaci delle ASST in grado di rappresentarle nei diversi Gruppi/Tavoli di lavoro, di raccordo operativo tra le rappresentanze istituzionali delle Conferenze e gli Uffici Sindaci di ASST, chiamate a monitorare lo sviluppo integrato PPT/PdZ per i territori di competenza, • individuare e nominare i Responsabili degli Uffici di Piano referenti degli obiettivi di integrazione sociosanitaria e di quelli sociali definiti nel Prologo provinciale dei Piani di Zona 2025-2027, • definire un Ente capofila che gestisca gli aspetti tecnico-amministrativi, al fine di garantire l'organizzazione definita per la struttura tecnica dei 14 Ambiti Territoriali Sociali.
AZIONI PRELIMINARI
<p><u>Entro Febbraio 2025</u>: definizione del protocollo operativo tra gli Ambiti Territoriali Sociali per la gestione degli obiettivi del prologo provinciale dei Piani di Zona 2025-2027 con l'individuazione dell'Ente capofila per la gestione tecnico-operativa.</p> <p><u>Entro Marzo 2025</u>: nomina da parte del Collegio dei Sindaci di tutte le rappresentanze tecniche definite in ordine agli obiettivi sociosanitari e sociali.</p> <p><u>Entro Aprile 2025</u>: definizione degli incarichi da parte dell'Ente capofila con nomina della figura di coordinamento prevista.</p>
GOVERNANCE
<p>I soggetti coinvolti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collegio dei Sindaci - Conferenze dei Sindaci - Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona - Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali Sociali
RISORSE
<p>Per sostenere l'organizzazione della struttura tecnica provinciale dovranno essere individuate le opportune risorse da assegnare all'Ente Capofila degli Ambiti Territoriali Sociali che verrà designato entro febbraio 2025 (Vd. Capitolo 6 - "Risorse").</p>

4. OBIETTIVI PROVINCIALI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Questa sezione contiene i temi e gli obiettivi trasversali sull'integrazione sociosanitaria condivisi, a livello provinciale, tra ATS Bergamo, l'ASST papa Giovanni XXIII, l'ASST Bergamo EST, l'ASST Bergamo Ovest ed i 14 Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.

1. PROMOZIONE DELLA SALUTE
2. VALUTAZIONE: filiera PUA - EVM/UVM - COT
3. CAREGIVER
4. CONTINUITA' ASSISTENZIALE: raccordo con le Unità d'Offerta sociosanitarie e sociali
5. SVILUPPO DEL WELFARE LOCALE
6. ORGANISMO DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE MENTALE LE DIPENDENZE E LA DISABILITA' (OCSMD)

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 1 – Promozione della salute

<p>DESCRIZIONE</p> <p>Le attività di promozione della salute declinate a livello locale si collocano all'interno della cornice programmatica di Regione Lombardia, la quale, nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione 2021-2025, prevede l'implementazione di programmi preventivi validati basati su evidenze di efficacia e che rispettano i principi di sostenibilità, appropriatezza ed equità.</p> <p>Tali programmi consistono in un complesso di azioni dirette ad aumentare le capacità degli individui ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti di salute.</p> <p>In sintesi, i programmi di prevenzione e promozione della salute declinati nei diversi contesti di vita delle persone sono:</p> <p><u>Scuola</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Programma "Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia"- Life Skills Training (Primaria e secondaria di primo grado)- Unplugged Lombardia (secondarie di secondo grado)- Educazione affettiva e sessuale- Educazione tra pari (Secondaria di secondo grado)- Scuola in movimento <p><u>Luoghi di Lavoro</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" <p><u>Comunità Locale</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Gruppi di Cammino- Pedibus- Prevenzione incidenti domestici- Urban Health <p><u>Prevenzione dipendenze</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Piano Locale GAP <p><u>Promozione della salute – Area consultoriale</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Implementazione delle azioni in raccordo con i Consulteri Familiari <p><u>Promozione della salute – Invecchiamento Attivo</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Implementazione delle attività e delle azioni volte a promuovere l'invecchiamento attivo delle persone con età uguale o superiore ai sessantacinque anni
<p>OBIETTIVO</p> <ul style="list-style-type: none">• Costruire un dispositivo di raccordo tra Ambiti Territoriali e ASST per gli interventi di prevenzione e promozione della salute nelle comunità locali;• Sviluppare e implementare, in sinergia con ATS, ASST, Distretti e Ambiti Territoriali, l'offerta di interventi di promozione della salute rivolti a tutte le fasce d'età (per ciclo di vita) e nei diversi setting (Scuola, luoghi di lavoro, comunità locali, ecc.);• Formalizzare la collaborazione con il referente per la promozione della salute di ASST all'interno del Gruppo Tecnico ATS – ASST in raccordo con gli Ambiti Territoriali Sociali;• Promuovere, in maniera integrata con ATS, l'attuale offerta di programmi regionali (Life Skills Training Program, Unplugged, Movimento a scuola, WHP, Gruppi di Cammino, Pedibus, ...);

- Costruire nel triennio di una maggiore integrazione nell'attività di prevenzione e promozione a contrasto della diffusione di HIV/AIDS anche attraverso la collaborazione con la Rete Fast Track City;
- Costruire una strategia comunicativa condivisa che permetta il raccordo tra ATS, ASST, Distretti e Ambiti Territoriali rispetto a specifiche iniziative e campagne di comunicazione e marketing sociale volte a favorire l'engagement e l'health literacy della popolazione in tema di corretti stili di vita;
- Costruire di partnership e alleanze con stakeholders territoriali per il raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi preventivi secondo un approccio multidisciplinare;
- Promuovere delle politiche che sostengano l'invecchiamento attivo attraverso un modello di intervento partecipativo e integrato che vede il coinvolgimento di tutti gli stakeholders coinvolti quali, ASST, Ambiti Territoriali Sociali, Università, Terza Università, Enti del Settore, Istituzioni religiose, Istituti scolastici, etc.

PRINCIPALI AZIONI DA REALIZZARE NEL 2025- 2027

SCUOLA

Macroarea di policy Piani di Zona: Politiche giovanili e per i minori

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali

- Raccordi organizzativi con le scuole per l'implementazione dei programmi regionali
- Partecipazione alle attività della rete SPS attraverso gli operatori di CF, SERD, Case di Comunità, attualmente già formati ai programmi regionali Life Skills Training per la formazione ai docenti;

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Promozione e implementazione dei programmi scolastici come previsto dal Piano Locale GAP e dai relativi Piani esecutivi di Ambito
- Attivazione di Pedibus a livello territoriale

LUOGHI DI LAVORO

Macroarea di policy Piani di Zona: Interventi connessi alle politiche per il lavoro

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali

- Promozione territoriale del programma WHP (p.e. organizzazione di incontri di presentazione con le aziende del territorio) in sinergia con ATS, ASST, Ambiti Territoriali e Distretti
- Supporto alle aziende del territorio nella realizzazione delle azioni WHP;
- Raccordi organizzativi con i luoghi di lavoro;

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Promozione e implementazione del programma WHP come previsto dal Piano Locale GAP e dai relativi Piani esecutivi di Ambito

COMUNITA'

Macroarea di policy Piani di Zona: Anziani; Interventi per la Famiglia; Interventi a favore delle persone con disabilità

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali; 4. Integrazione Cure Primarie

- Coinvolgimento e raccordo organizzativo con Enti Locali per la promozione e pubblicizzazione degli eventi sul territorio;
- Sensibilizzazione della popolazione da parte di: Cure Primarie, medici specialistici, medici

competenti, IFeC ecc. anche attraverso l'utilizzo del counselling motivazionale breve a cui gli operatori sono stati formati (Formazioni regionali 2022-2023-2024)

- Organizzazione di incontri di Distretto/Casa della Comunità per la promozione della rete dei Gruppi di Cammino;
- Coinvolgimento Cure Primarie + Formazione + Distretti nell'Offerta formativa "Counseling motivazionale breve" rivolto a MMG/PdF e Specialisti SSR -Riedizione FAD
- Censimento georeferenziato dell'offerta di attività fisica adattata (AFA) rivolta alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie in raccordo con Laboratorio Permanente sull'attività fisica di ATS e con i Laboratori permanenti delle ASST
- Partecipazione rappresentanti ASST a laboratorio permanente ATS Bergamo
- Promozione e monitoraggio dell'ingaggio degli Infermieri di famiglia e di Comunità in attività per la diagnosi precoce e la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali della cronicità, l'invecchiamento attivo, la prevenzione delle cadute nella popolazione over 65, e i processi di patient engagement
- Raccordo con le Amministrazioni Comunali per la valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili attraverso pratiche orientate tutelare e promuovere la salute nel setting urbano indoor e outdoor (Urban Health)

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Promozione e implementazione delle azioni previste dal PRP in raccordo con i Laboratori permanenti sull'attività fisica delle ASST
- Partecipazione rappresentanti EELL a laboratorio permanente ASST
- Programmazione e offerta, in sinergia con i Distretti, di interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo

PREVENZIONE DIPENDENZE - GAP

Macroarea di policy Piani di Zona: trasversale

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali

- Oltre a quanto già previsto per setting scolastici e lavorativi, parti integranti del Piano Locale GAP; Integrazione azioni Obiettivo 3 del Piano Locale GAP con Obiettivi 0, 1 e 2;

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Integrazione nel Piano di Zona delle azioni riferite agli obiettivi del Piano GAP e dei relativi piani esecutivi di Ambito

PROMOZIONE DELLA SALUTE AREA CONSULTORIALE

Macroarea di policy Piani di Zona: Interventi per la Famiglia

Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute – azioni distrettuali

- Monitoraggio attività dei Consulenti per l'area Prevenzione (Home visiting, Nati per Leggere,

ecc.)

- Formazione a personale dei Consulenti ed operatori sociosanitari (DGR 1141)

Specifico per Ambiti Territoriali:

- Coinvolgimento Sistema bibliotecario per l'implementazione del programma Nati per Leggere

PROMOZIONE DELLA SALUTE INVECCHIAMENTO ATTIVO

Macroarea di policy Piani di Zona: Interventi per le persone con età uguale o superiore ai 65 anni
Area PPT: 5. Prevenzione e promozione della salute con il coinvolgimento dei distretti nel piano di azione territoriale biennale (2025-2026)

- Partecipazione in qualità di partner da parte delle ASST nel Piano di Azione Territoriale e al tavolo tecnico integrato a governance ATS in collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali e gli Enti del Terzo Settore (anno 2025);

Specifico per Ambiti Territoriali:

Avvio e consolidamento dei programmi che promuovono l'invecchiamento attivo come previsto dal Piano di Azione Territoriale biennale nelle tre aree: partecipazione e cittadinanza attiva, autonomia e benessere, socializzazione e inclusione sociale (2025/2026).

TEMPI

- Validità Piano Regionale Prevenzione
- Validità biennale del Piano di Azione Territoriale Invecchiamento Attivo (2025/2026)

STRUMENTI

- Piano Integrato Locale: stesura annuale a cura di ATS in collaborazione con ASST
- Piano Locale GAP: a cura di ATS in collaborazione con Ambiti Territoriali Sociali (Ob. 0-1-2) e ASST (Ob. 3)
- Piano di Azione Territoriale Invecchiamento Attivo: stesura a cura di ATS in coprogettazione con il tavolo tecnico integrato che vedrà la partecipazione anche degli Enti Capofila ammessi a seguito di Avviso Pubblico.

MONITORAGGIO

- Rilevazione semestrale delle attività realizzate sul territorio e inserimento, a cura di ATS, dei dati nella piattaforma regionale Stili di Vita.
- Piano di Azione Territoriale Invecchiamento Attivo: rilevazione semestrale delle attività realizzate sul territorio attraverso rendicontazioni qualitative e quantitative e raccordi con il gruppo tecnico integrato.

VALUTAZIONE E VERIFICA

- Confronto periodico, all'interno del Gruppo tecnico Prom. della salute ATS –ASST e nei tavoli tematici dei diversi setting (laddove previsti), sul livello di attivazione dei processi di raccordo e verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dalle Regole di Sistema annuali.
- Piano di Azione Territoriale Invecchiamento Attivo: stesura di relazione annuale qualitativa e quantitativa a cura di ATS volta a rilevare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Azione Territoriale e successivo invio a Regione Lombardia.

GOVERNANCE

Gruppo tecnico Prom. della salute ATS –ASST (trasversale a tutti i setting), in raccordo con gli Ambiti Territoriali Sociali:

Coord.: ATS

Componenti: referenti promozione salute ASST

SETTING SCUOLA

- Tavolo regionale referenti scuola:
Coord: Regione Lombardia;
Componenti: Referenti ATS.
- Coordinamento Regionale Rete SPS:
Coord.: Uff. Scol. Regionale
Componenti: Regione Lombardia, ATS, Scuole, Università MI Bicocca.
- Cabina di Regia della Rete SPS provinciale:
coord: Scuola capofila (IC Bonate Sp.)
Componenti: Dirigenti scol, UST, ATS.
- Gruppo formatori progetti regionali:
coord: ATS
Componenti: operatori ATS, ASST, Terzo settore.

SETTING LAVORO

- Tavolo regionale WHP:
Coord: Regione Lombardia;
Componenti: Referenti ATS
- Organo territoriale di coordinamento (OTC – ex Comitato ex art.7):
Coord: ATS;
Componenti: organizzazioni datoriali, Associazioni di categoria, Sindacati, INAIL, Prefettura, Ufficio Scolastico, referenti Ambiti Territoriali Sociali, ecc.

SETTING COMUNITA' (attività fisica-movimento)

- Laboratorio Permanente attività fisica ATS
Coord: ATS
Componenti: referenti ASST, Rappresentante EELL, Ufficio Scolastico, UNIBG Scienze Motorie, provincia di Bergamo, Centro Universitario sportivo, CSI, consulente esperto.
- Laboratori Permanenti attività fisica ASST
Coord: ASST
Componenti: Ambiti Territoriali Sociali, ATS e stakeholder territoriali differenti nelle tre ASST

PIANO LOCALE GAP

- Tavolo provinciale per la prevenzione del GAP:
Coord: ATS
Componenti: Ascom Confcommercio Bergamo, referenti tre ASST, Ass. Giocatori Anonimi, Ass. Provinciale Polizia Locale, Caritas Bergamo, Comune di Bergamo, Confcooperative – Federsolidarietà, Confesercenti, tre referenti del coordinamento degli Uffici di Piano, L'Eco di Bergamo, Sindacato – CGIL, Sindacato – CISL, CEGEST Bergamo
- Tavolo provinciale per la prevenzione del GAP:
Coord: ATS
Componenti: referenti per il Piano GAP e referenti operativi dei 14 Ambiti Territoriali.
- Raccordo ATS - Ambiti Territoriali Sociali: ATS (coordinamento) e tre referenti del Coordinamento degli Uffici di Piano (uno per ogni territorio ASST)

PROMOZIONE DELLA SALUTE AREA CONSULTORIALE

- Comitato percorso nascita

Coord: Direzione Strategica di ATS Bergamo, Direttori Sanitari e Sociosanitari dell'ATS e delle ASST della provincia di Bergamo.

PROMOZIONE DELLA SALUTE INVECCHIAMENTO ATTIVO

- Coord.: ATS

Tavolo tecnico: ASST, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 2 – Valutazione: filiera PUA - EVM/UVM - COT

DESCRIZIONE
<p>Il percorso assistenziale integrato definisce una modalità di presa in carico della persona che richiede un'organizzazione e una gestione sempre più raccordate tra il sistema dei servizi degli Ambiti Territoriali Sociali e il complesso delle dotazioni del Distretto, considerata anche la varietà e la complessità del sistema d'offerta che risponde ad esigenze diversificate, richiedendo l'individuazione di strategie di coordinamento e raccordo, modalità operative e percorsi orientati ad una forte integrazione delle competenze e delle misure.</p> <p>Per dare operatività a tale approccio le diverse normative hanno individuato e definito finalità, obiettivi e aspetti organizzativi relativamente al PUA, servizio fondamentale nel garantire l'accesso ai servizi, e alle Équipes/Unità di valutazione multidimensionale con riferimento alla prima valutazione, alla valutazione multidimensionale ed all'elaborazione del piano assistenziale individualizzato e del progetto di vita.</p> <p>Tutto ciò premesso, si intende avviare/rinforzare un processo di integrazione che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ le modalità di raccordo, gli aspetti organizzativi e gestionali che i soggetti istituzionali intendono perseguire nel dare piena realizzazione alle diverse fasi di presa in carico della persona fragile, disabile o non autosufficiente secondo quanto previsto dal Leps di processo che definisce il Percorso assistenziale integrato,▪ il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti,▪ le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali,▪ un sistema di strumenti e supporti che definiscano modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato.
OBIETTIVO
<p>Nel triennio si intende sviluppare e realizzare una filiera di cura che, considerando le diverse fasi di attuazione del processo di presa in carico, implementi e sviluppi in modo particolare l'accesso ai servizi, la valutazione multidimensionale e l'attivazione delle diverse reti territoriali anche attraverso la definizione e l'attuazione di apposite linee di indirizzo e di relativi accordi territoriali finalizzati alla realizzazione di un approccio coordinato, sinergico e integrato tra i sistemi sanitario, sociosanitario e sociale.</p> <p>Nello specifico ci si propone di:</p> <ul style="list-style-type: none">- realizzare concretamente un livello di programmazione unitaria attraverso un coordinamento tecnico-gestionale che renda più efficaci, più flessibili e meno frammentati gli interventi di ordine sociale e sociosanitario, con un miglior utilizzo delle risorse messe a disposizione al fine di dare risposte ai bisogni della persona in condizioni di fragilità favorendo l'identificazione degli interventi di sostegno e una "presa in carico" integrata della persona e della sua famiglia;- implementare un approccio coordinato e sinergico che renda, attraverso l'attivazione dei Punti Unici di Accesso nelle Case di Comunità, il percorso di accesso e orientamento alla rete dei servizi da parte delle persone, delle famiglie e della comunità sempre più agevole,

<p>integrato e partecipato, anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi integrati, già in uso, tra i servizi sociosanitari e sociali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - definire funzioni, compiti e procedure di funzionamento delle Équipes/Unità di Valutazione Multidimensionale attivate nei Distretti per la valutazione delle capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni; - garantire la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, per assicurare la definizione di percorsi di presa in carico realmente integrati e favorire lo sviluppo di interventi di prossimità; - sviluppare una visione comunitaria, orientata verso una nuova organizzazione delle funzioni e delle relazioni territoriali.
<p>TEMPI E AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027</p>
<p>Anno 2025</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Costruzione di accordi Operativi distrettuali tra ASST – Ambiti Territoriali Sociali in attuazione delle Linee di Indirizzo proposte <p>Anno 2026</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sperimentazione in ciascun Distretto del processo di presa in carico integrato PUA-EVM/UVM e raccordo con COT per garantire la continuità assistenziale e le transizioni tra i diversi setting di cura all'interno delle diverse reti territoriali <p>Anno 2027</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento della filiera PUA-EVM/UVM in raccordo con COT
<p>STRUMENTI</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di Accordi operativi a livello territoriale - Adozione di strumenti condivisi per la gestione dei casi (scheda accesso, schede di valutazione, contenuti progetto assistenziale\progetto di vita, ecc.)
<p>MONITORAGGIO</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione degli indicatori e degli strumenti di rilevazione - Monitoraggio semestrale e verifica stato di avanzamento attuazione percorso - Produzione reportistica
<p>VERIFICA E VALUTAZIONE</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Confronto periodico in merito all'andamento dei Servizi/progetti. Al termine di ogni anno si verifica l'andamento del Servizio/progetto ed eventualmente si rivaluta. - Valutazione finale consolidamento.
<p>GOVERNANCE</p>
<p>Aziende Sociosanitarie Territoriali e Ambiti Sociali Territoriali</p>
<p>COORDINAMENTO TECNICO</p>
<p>ATS – Dipartimento PIPSSS</p>

Obiettivi provinciali di integrazione socio-sanitaria

Obiettivo 3 – Caregiver

DESCRIZIONE
<p>Il Progetto Caregiver Bergamo è un'iniziativa provinciale, promossa da ATS Bergamo, che mira a costruire un sistema di supporto completo e integrato per i caregiver familiari, rispondendo alle loro esigenze quotidiane e a lungo termine. Il progetto, attivo nelle Case di Comunità della provincia di Bergamo, si basa su una stretta collaborazione tra le ASST del territorio e gli Ambiti Territoriali Sociali, insieme al contributo fondamentale del Laboratorio Caregiver Bergamo e delle realtà del Terzo Settore.</p> <p>Il progetto ha come principale intervento professionale l'attivazione delle Équipe Caregiver, composte da Infermieri di Famiglia e Comunità (ASST) e Assistenti Sociali (Ambiti Territoriali Sociali). Esse svolgono un ruolo cruciale, offrendo un supporto personalizzato ai caregiver all'interno delle Case di Comunità ed operando sia a livello preventivo che di sostegno diretto, aiutando i caregiver a gestire il carico assistenziale e promuovendo il loro benessere psico-fisico. Attraverso valutazioni dei bisogni, orientamento ai servizi e percorsi di supporto su misura, le Équipe Caregiver forniscono interventi mirati che rafforzano la resilienza e la qualità della vita delle famiglie coinvolte. Il Laboratorio Caregiver Bergamo rappresenta lo snodo centrale in cui convergono progetti e servizi dedicati ai caregiver di Bergamo e provincia. Frutto di un Accordo di Collaborazione tra Regione Lombardia, ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest, Collegio dei Sindaci, Ambiti Territoriali Sociali, Provincia di Bergamo, Fondazioni, organizzazioni sindacali, associazioni ed enti del Terzo Settore, il Laboratorio unisce risorse ed energie a favore del supporto e dello sviluppo del welfare territoriale. Attualmente, sono oltre 90 gli enti aderenti al Laboratorio. Per il prossimo triennio, l'obiettivo sarà quello di consolidare e portare a sistema questa sperimentazione, rendendola un servizio strutturato e permanente, integrato stabilmente nelle iniziative di sviluppo del welfare territoriale.</p>
OBIETTIVO
<p>Il Progetto Caregiver Bergamo mira a creare un sistema di supporto efficiente e strutturato, centrato sul benessere dei caregiver familiari e sull'integrazione dei servizi territoriali. Gli obiettivi principali da perseguire all'interno della nuova programmazione 2025/2027 includono:</p> <ul style="list-style-type: none">• Valorizzazione e supporto del caregiver Riconoscere i caregiver familiari come parte attiva e fondamentale del sistema di assistenza e cura. Il progetto si propone di migliorare la qualità della vita dei caregiver, fornendo loro strumenti e risorse che li aiutino a gestire il carico assistenziale, a rafforzare la resilienza e a preservare il loro benessere psico-fisico.• Integrazione dei servizi sanitari e sociali Promuovere una sinergia strutturale e coordinata tra le ASST, gli Ambiti Territoriali Sociali e gli altri servizi presenti nelle Case di Comunità. L'obiettivo è assicurare un accesso più facile e fluido ai servizi, con un percorso di assistenza integrato che riduca frammentazioni, duplicazioni e favorisca il protagonismo nel processo di cura del caregiver familiare.• Sviluppo del welfare comunitario Il Progetto mira a mobilitare le comunità per creare una rete di sostegno diffusa e capillare, promuovendo iniziative che rendano i caregiver parte integrante del tessuto sociale. Il Laboratorio

Caregiver Bergamo e il Terzo Settore avranno un ruolo cardine per sostenere un welfare territoriale inclusivo e di prossimità.

- **Innovazione e digitalizzazione dei servizi**

Potenziare la gestione delle informazioni e delle risorse con strumenti digitali come il Fascicolo Elettronico dei Caregiver e consolidare il portale caregiverbergamo.it come punto di riferimento di informazione ed orientamento del caregiver e del cittadino.

AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027

Nel prossimo triennio, il Progetto Caregiver Bergamo si concentrerà sull'implementazione e consolidamento delle azioni strategiche per trasformare il supporto ai caregiver familiari in un sistema di intervento strutturato all'interno delle Case di Comunità e continuando le attività di sensibilizzazione territoriale. Le principali azioni previste sono:

1. Équipe Caregiver

Incrementare la capacità e le competenze delle Équipe Caregiver attraverso l'individuazione di un monte ore di funzionamento territoriale e una visione condivisa a livello provinciale, per garantire un'accessibilità equa ai servizi per tutti i caregiver familiari del territorio bergamasco.

2. Coordinamento e integrazione dei servizi territoriali

Rafforzare il coordinamento tra Distretti e Ambiti Territoriali Sociali: l'obiettivo è integrare le competenze acquisite dalle Équipe Caregiver nel Punto Unico di Accesso (PUA) e nelle Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) e in eventuali altri servizi a livello di Distretti e Ambiti Territoriali Sociali.

3. Modello stratificato di attivazione per rispondere alle diverse esigenze dei caregiver

Implementare un modello di triage che classifichi i caregiver in base ai loro bisogni e alle loro aspettative, in relazione al livello di assistenza necessario.

4. Formazione continua

Sviluppare un programma di formazione continua rivolto non solo alle Équipe Caregiver, ma anche agli altri operatori delle Case di Comunità e degli Ambiti Territoriali Sociali. Questo percorso formativo si concentrerà su un approccio multidisciplinare e aggiornato che risponda alle finalità del Progetto Caregiver.

5. Sensibilizzazione e coinvolgimento comunitario attraverso il Laboratorio Caregiver Bergamo

Continuare a promuovere eventi pubblici, incontri informativi e campagne di sensibilizzazione in collaborazione con il Laboratorio Caregiver Bergamo. Grazie alla rete di oltre 90 enti aderenti e alla partecipazione attiva del Terzo Settore, il progetto punta a mantenere alta l'attenzione della comunità sui bisogni dei caregiver, favorendo una cultura di supporto e inclusione.

6. Sviluppo e ottimizzazione del portale caregiverbergamo.it

Implementare e ampliare i contenuti e le funzioni del portale caregiverbergamo.it per renderlo una piattaforma di riferimento stabile e sempre aggiornata, con funzionalità interattive, informazioni complete sui servizi e percorsi di orientamento per i caregiver. L'obiettivo è fare del portale un canale accessibile e intuitivo che faciliti l'integrazione delle risorse digitali con i servizi territoriali, riducendo le barriere di accesso alle informazioni.

TEMPI

2025/2026

- Équipe Caregiver: definire una struttura stabile e in continuità, attraverso l'individuazione di un monte ore di funzionamento e una visione unitaria e condivisa a livello provinciale, con l'obiettivo di garantire un accesso equo ai servizi a livello territoriale.
- Stratificazione dei Bisogni e delle aspettative: implementazione della metodologia di triage per classificare i caregiver in base al livello di bisogno.
- Sperimentazione su tre Distretti dell'integrazione dell'Équipe Caregiver nel PUA/EVM e in eventuali altri servizi a livello di Distretti e Ambiti Territoriali Sociali, con lo scopo di garantire un sostegno coordinato ai caregiver ed elaborare procedure che possano essere trasferibili.

2027

- Consolidamento dell'integrazione dell'Équipe Caregiver nel PUA/EVM e in eventuali altri servizi a livello di Distretti e Ambiti Territoriali Sociali: stabilizzazione del processo in tutti i Distretti/Ambiti Territoriali Sociali, condivisione delle prassi e delle procedure di valorizzazione nella rete dei servizi di welfare d'accesso del caregiver.

2025-2027

- Sensibilizzazione e coinvolgimento degli attori territoriali attraverso il Laboratorio Caregiver Bergamo, sia a livello provinciale, sia a livello di singoli Distretti e Ambiti Territoriali Sociali.
- Implementazione dei contenuti e delle funzioni del portale caregiverbergamo.it

STRUMENTI

1. Fascicolo elettronico del caregiver

Sistema informatizzato condiviso che permette di strutturare l'intervento di supporto al caregiver e monitorarne l'evoluzione.

2. Scheda di autopresentazione

Modulo che i caregiver possono compilare online per entrare in contatto con le Équipe Caregiver del territorio.

3. Portale caregiverbergamo.it

Piattaforma interistituzionale con risorse, mappe dei servizi e percorsi di orientamento per caregiver e operatori.

4. Newsletter del Laboratorio Caregiver Bergamo

Aggiornamenti periodici su progetti, eventi e opportunità di supporto rivolti a caregiver e operatori del territorio.

5. Formazione continua per operatori

Percorsi di aggiornamento per Équipe Caregiver e operatori delle Case di Comunità e degli Ambiti Territoriali Sociali, per garantire interventi adeguati e aggiornati.

MONITORAGGIO

Nel triennio, il Progetto Caregiver Bergamo implementerà un sistema di monitoraggio strutturato per garantire il miglioramento continuo delle attività. Verranno individuati e declinati indicatori condivisi a livello provinciale, finalizzati a valutare l'efficacia degli interventi. La rilevazione semestrale dei dati sarà sviluppata per essere effettuata dagli operatori delle Équipe Caregiver e da altri professionisti delle Case di Comunità, utilizzando il Fascicolo Caregiver Informatizzato come strumento principale per registrare e aggiornare le informazioni sulle attività realizzate.

VERIFICA E VALUTAZIONE

- Tre incontri annuali con il Gruppo di Coordinamento provinciale

Dal 2025 al 2027, sono previsti tre incontri annuali tra il Gruppo di Coordinamento provinciale del Progetto Caregiver per monitorare i progressi complessivi, condividere buone pratiche e definire le linee guida per le fasi successive.

- Tre incontri annuali per ogni ASST con i referenti provinciali e le Équipe Caregiver

Nel 2025, ogni ASST organizzerà tre incontri annuali con i referenti provinciali e gli operatori delle Équipe Caregiver per valutare le attività svolte e raccogliere feedback diretto dalle équipes operative sul territorio.

- Incontri a livello di Distretto tra Équipe Caregiver, PUA, EVM e responsabili

Dal 2026 al 2027, saranno programmati incontri a livello distrettuale per facilitare la collaborazione tra le Équipe Caregiver, il Punto Unico di Accesso (PUA), le Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) e i relativi referenti. Questi incontri mirano a rafforzare l'integrazione dei servizi e migliorare la continuità assistenziale.

- Valutazione d'impatto delle azioni del progetto

ATS Bergamo, in collaborazione con l'Università di Bergamo e Open Impact, condurrà una valutazione d'impatto per misurare l'efficacia delle diverse azioni del progetto, valutando i risultati raggiunti e individuando opportunità di miglioramento per le future fasi operative.

GOVERNANCE

- Governance Istituzionale

Comprende ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest, il Collegio dei Sindaci, gli Ambiti Territoriali Sociali e gli Enti aderenti al Laboratorio Caregiver. Questi soggetti istituzionali costituiscono la base strategica del progetto, fornendo direzione e supporto a livello provinciale per la realizzazione delle azioni previste.

- Governance Tecnica

Affidata al Gruppo di Coordinamento provinciale, che include referenti e rappresentanti di ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest e degli Ambiti Territoriali Sociali. Il Gruppo di Coordinamento è responsabile della pianificazione operativa e della gestione tecnica del progetto, garantendo un approccio integrato e collaborativo tra i diversi enti.

COORDINAMENTO TECNICO

ATS – Dipartimento PIPSSS in collaborazione con Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, Dipartimento Amministrativo, Servizio Epidemiologico Aziendale e Ufficio Comunicazione

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 4 – Continuità Assistenziale: raccordo con le Unità d’Offerta sociosanitarie e sociali

DESCRIZIONE
<p>Le leggi regionali n. 23/2015 e n. 22/2021, relative all’evoluzione e alla riforma del sistema sociosanitario lombardo, individuano tra i principi di riferimento “<i>la garanzia dell’universalità del Sistema Sanitario Lombardo e la continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l’implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l’integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni</i>”.</p> <p>In tal senso scopo della Continuità assistenziale è quello di garantire la continuità nel percorso assistenziale dei cittadini nel passaggio tra i vari <i>setting</i> di cura, in primis tra quello sanitario (Ospedale) e quello sociale e sociosanitario (territorio). Garantire quindi la continuità della presa in carico della persona nel proprio contesto di vita anche attraverso articolazioni organizzative in rete e modelli integrati ospedale-territorio compreso il raccordo con le UdO sociosanitarie e sociali.</p> <p>Nel definire questo percorso assume rilevanza e diviene strategico per ASST e Ambiti Territoriali Sociali, coinvolgere e definire collaborazioni e raccordi stabili con le Unità d’Offerta, siano esse sociosanitarie o sociali, che sul territorio sono fondamentali nel fornire interventi\servizi di assistenza e cura ai cittadini.</p>
OBIETTIVO
Implementare un raccordo tra ASST, Ambiti Territoriali Sociali e le Unità di Offerta sociosanitarie e sociali, al fine di garantire la realizzazione di una filiera dei servizi di assistenza e cura.
TEMPI E AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
- Anno 2025 Costituzione e attivazione, per tipologie di Unità d’Offerta, di Gruppi di miglioramento che vedano coinvolti ASST, Ambiti Territoriali Sociali e rappresentanze delle Unità d’Offerta sociali e/o sociosanitarie
- Anno 2026 Individuare un settore di intervento in cui sperimentare forme di collaborazione che rendano unitario e fruibile il percorso di assistenza e cura del cittadino
- Anno 2027 Implementare i diversi settori di intervento attraverso la realizzazione di protocolli operativi
STRUMENTI
<ul style="list-style-type: none">• Gruppi di miglioramento territoriali• Accordi territoriali ASST, Ambiti Territoriali Sociali ed Unità d’offerta sociali e sociosanitarie• Schede di monitoraggio
MONITORAGGIO
- Individuazione indicatori e strumenti di monitoraggio - Rilevazione dati e verifica stato di avanzamento delle diverse attività (almeno semestrale) - Elaborazione dati e relativa reportistica
VERIFICA E VALUTAZIONE

- Incontri periodici di valutazione in merito all'andamento delle azioni attivate e definizione di modalità operative e strategie condivise. - Valutazione finale e consolidamento.
GOVERNANCE
Gruppi di miglioramento ATS, ASST, Unità d'Offerta, Ambiti territoriali
COORDINAMENTO TECNICO
ATS Bergamo – Dipartimento PIPSSS in collaborazione con Dipartimento PAAPSS

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 5 – Sviluppo del welfare locale

DESCRIZIONE

Premesso che l'art. 118 della Costituzione sancisce il *principio di sussidiarietà*. Al comma 4, prevede, infatti, che «*Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà*»: qui la disposizione si riferisce alla sussidiarietà orizzontale, quella, cioè, che opera nei rapporti tra ente pubblico e privati cittadini singoli e capaci di auto-organizzazione, la cui iniziativa va sostenuta e supportata (si pensi ad esempio alle associazioni di volontariato, alle onlus, a tutte forme di coinvolgimento della società civile per lo svolgimento e il soddisfacimento di interessi di carattere generale e sociale).

Considerati il “*Codice del Terzo Settore*” D.lgs 117/2017 e il *Decreto Legislativo* dedicato all'*impresa sociale* Dlgs 112/2017 e in particolare gli artt. 2 e 4 del D.lgs 117/2017, che riconoscono il valore e la funzione sociale degli Enti del Terzo Settore, di cui sono parte le *imprese sociali* e l'associazionismo basato sul volontariato, in quanto capaci di “apporto originale per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, anche mediante forme di collaborazione con lo Stato, le Regioni, le Province autonome e gli Enti locali”.

Considerato l'art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017 “*Codice del Terzo Settore*”, il quale individua la c.d. *collaborazione sussidiaria* attraverso gli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione. Ciò produce, non solo un arricchimento della lettura dei bisogni, anche in modo integrato, rispetto ai tradizionali ambiti di competenza amministrativa, agevolando - *in fase attuativa* – la continuità del rapporto di collaborazione sussidiaria, come tale produttiva di integrazione di attività, risorse, anche immateriali, qualificazione della spesa ma, soprattutto genera una possibile costruzione di politiche pubbliche condivise e potenzialmente effettive, oltre alla produzione di un clima di fiducia reciproco.

Viste le DDGR n. 2089/2024 e n. 2167/2024, con le quali Regione Lombardia intende mirare all'attivazione di strategie volte all'individuazione, al sostegno e alla valorizzazione delle risorse formali, informali e del terzo settore, nonché alla messa in opera di strumenti e strategie di co-progettazione per un *welfare di prossimità*.

L'elemento cardine del partenariato è pertanto da individuarsi nella condivisione di obiettivi comuni tra Pubbliche amministrazioni ed Enti del Terzo Settore, i quali consentono di sviluppare un'*amministrazione condivisa* che si concretizza nel perseguire un interesse pubblico di conoscenze, di competenze, di risorse personali, professionali ed economiche. In questa prospettiva si rafforza ulteriormente una visione per la quale gli enti pubblici e gli enti del terzo settore non sono metaforicamente seduti dalla parte opposta di un tavolo a contrattare i termini di una compravendita, ma sono, al contrario, dalla stessa parte del tavolo, uniti dal medesimo intento di realizzare l'interesse generale, congiuntamente impegnati ad esaminare i possibili percorsi.

OBIETTIVO

- 1) Creazione ed istituzione di un luogo di lavoro, di un “*tavolo di sviluppo del welfare locale*”, tra Enti pubblici ed Enti del Terzo Settore, al fine di perseguire l'obiettivo della c.d. “*Amministrazione condivisa*”,

- 2) analisi delle modalità di attuazione della collaborazione tra P.A. e ETS con una ricognizione dei diversi strumenti che la normativa degli affidamenti pubblici e degli ETS mette a disposizione, approfondendo in modo condiviso loro peculiarità e potenzialità,
- 3) sperimentazione e approfondimento della *co-programmazione/co-progettazione*,
- 4) condivisione dei modelli.

TEMPI ED AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027

Anno 2025:

- 1) Individuazione e attivazione del “*tavolo di sviluppo del welfare locale*” declinazione partecipanti, compiti e responsabilità,
- 2) Approfondimento delle diverse forme di affidamento al Terzo Settore da parte della Pubblica Amministrazione e dei possibili strumenti per l’attuazione della *co-programmazione/co-progettazione*, in ambito sociale, sociosanitario e sanitario,

Anno 2026:

- 1) Individuazione di aree sperimentali su cui attuare la *co-programmazione/co-progettazione*
- 2) Inizio sperimentazione almeno in tre distretti/ambiti territoriali sociali

Anno 2027

- 1) Modellizzazione del percorso di attuazione della *co-programmazione/co-progettazione* dei processi e delle procedure e rafforzamento della sperimentazione.

STRUMENTI

- Redazione “sintesi” degli incontri,
- Predisposizione di una mappa ragionata degli strumenti a supporto dei rapporti tra PA e ETS,
- Individuazione di strumenti per la *co-programmazione / co-progettazione*,

MONITORAGGIO

- Individuazione degli indicatori,
- Incontri di monitoraggio e verifica stato di avanzamento attività,
- Produzione reportistica.

VERIFICA E VALUTAZIONE

- Confronto periodico in merito all’andamento del progetto ed alla creazione di strategie. Al termine di ogni anno si verifica l’andamento del progetto ed eventualmente si rivaluta,
- Consolidamento e stesura di un documento condiviso relativo a possibile\i modello\i di *co-programmazione e co-progettazione*.

GOVERNANCE

ATS Bergamo, ASST, Collegio dei Sindaci/Ambiti Territoriali Sociali ed Enti del Terzo Settore (Confcooperative, Legacoop e CSV)

COORDINAMENTO TECNICO

ATS Bergamo – Dipartimento PIPSSS in collaborazione con Dipartimento Amministrativo

Obiettivi provinciali di integrazione sociosanitaria

Obiettivo 6 - Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, le Dipendenze e la Disabilità (OCSMD)

DESCRIZIONE
<p>La promozione della salute mentale in ogni età della vita rappresenta un rilevante obiettivo di salute.</p> <p>Di conseguenza i complessi bisogni dell'adulto e del minore con patologia psichiatrica o neuropsichica e dipendenze e delle relative famiglie, richiedono interventi multidisciplinari e la definizione di modelli organizzativi che consentano di ottimizzare le reti dei servizi specialistici pubblici e privati a contratto presenti sul territorio. Questo permette di garantire la tempestività degli interventi diagnostico terapeutici, la continuità dei trattamenti riabilitativi, il coordinamento dei diversi interventi ed il collegamento con i servizi della psichiatria, della neuropsichiatria, delle dipendenze, della psicologia e della disabilità psichica e con altri servizi in ambito sanitario, sociale ed educativo.</p> <p>L' Organismo di Coordinamento per la salute mentale e le dipendenze (OCSM) costituito, ai sensi dell'art 53 della Legge regionale n° 15 del 29 Giugno 2016, presso ATS Bergamo nel 2017, ha visto negli anni un'evoluzione della propria struttura organizzativa e diverse integrazioni nei suoi componenti, sino ad arrivare al 2023 anno in cui, nel territorio di Bergamo, lo stesso è stato integrato con componenti dell'area disabilità determinando la sua ridenominazione in Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, le Dipendenze e la Disabilità (OCSMD).</p> <p>L'organismo di coordinamento concorre all'integrazione tra servizi dando impulso all'attuazione di strategie, obiettivi, azioni per il fine comune della tutela dei diritti e dell'assistenza degli adulti e dei minori con patologie psichiatriche e/o di tossicodipendenza e dei minori con disturbi neuropsichici e/o in situazione di disabilità e dei loro familiari, valorizzando e promuovendo i progetti in atto nei territori (ad esempio quelli storicamente promossi nel settore della salute mentale dagli Ambiti Territoriali Sociali in partnership e in collaborazione con enti di Terzo Settore, servizi specialistici delle ASST e con il contributo della Fondazione della Comunità Bergamasca).</p> <p>L'OCSMD è espressione delle seguenti 5 aree tematiche ciascuna delle quali concorre con i propri componenti all'Organismo di coordinamento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Area della Psichiatria• Area della Neuropsichiatria• Rete diffusa delle dipendenze (ReDiDi)• Rete provinciale Disabilità• Area della Psicologia clinica
OBIETTIVO
Implementare la capacità delle 5 aree e reti nell'esprimere e accompagnare, in una logica integrata, sinergica e provinciale di OCSMD, le principali tematiche e processi evolutivi delle aree: psichiatria, Neuropsichiatria, e Psicologia clinica; e delle reti: dipendenze e disabilità.
TEMPI E AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
Anno 2025 Entro l'anno le 5 aree e reti dell'OCSMD individueranno e declineranno, anche in virtù delle azioni individuate a livello territoriale all'interno dei PPT e dei PDZ, propri obiettivi e progettualità provinciali specifiche, anche a carattere sperimentale, definendone azioni, strumenti e tempi di attuazione nonché modalità di monitoraggio e valutazione

<p>Anno 2026 Attuazione progettualità o sviluppo delle tematiche individuate e monitoraggio dell'andamento delle stesse</p> <p>Anno 2027 Valutazione esiti di quanto realizzato ed eventuale messa a sistema delle progettualità realizzate</p>
STRUMENTI
- Scheda di programmazione che declini lo sviluppo di ogni area e le relative progettualità
MONITORAGGIO
<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione indicatori e strumenti per attività di monitoraggio delle progettualità\azioni delle 5 aree • Monitoraggio semestrale della attività svolte • Produzione di report periodici
VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione finale esiti progettualità\azioni realizzate • Eventuale messa a sistema di interventi\progettualità realizzati
GOVERNANCE
Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, le Dipendenze e la Disabilità (OCSMD)
COORDINAMENTO TECNICO
ATS Bergamo – Dipartimento PIPSSS in collaborazione con Dipartimento PAAPSS, Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e Servizio Epidemiologico Aziendale

5. OBIETTIVI SOCIALI A VALENZA PROVINCIALE

Questa sezione illustra gli obiettivi sociali di rilevanza provinciale, considerati prioritari dai 14 Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.

Tali obiettivi saranno portati avanti congiuntamente dal Collegio dei Sindaci e dai Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona supportati, sul piano tecnico, dal Coordinamento dei 14 Uffici di Piano:

1 - FRAGILITA', GRAVE EMARGINAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE

2 - LAVORO

3 - CASA

4 - SPERIMENTAZIONE DELL'EDUCATORE DI PLESSO E COMUNITA'

5 - PROGETTO DI VITA DISABILITÀ

6 - DIGITALIZZAZIONE

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 1 - Fragilità, grave emarginazione e inclusione sociale

DESCRIZIONE
Gruppo tecnico provinciale sulle tematiche della povertà, grave emarginazione e inclusione sociale, composto da un rappresentante di ogni progetto ex-PrinS di ogni Ambito Territoriale Sociale, oltre ad un rappresentante dei soggetti territoriali: Opera Bonomelli, Caritas/Diakonia, Confcooperative, Fondazione Comunità Bergamasca e ATS/ASST.
OBIETTIVO
<ul style="list-style-type: none">• promozione di un confronto tra gli Ambiti Territoriali Sociali e i soggetti del territorio attorno alle politiche sulla grave emarginazione, favorendo una lettura condivisa del fenomeno, nelle sue particolarità territoriali (la città, le periferie, i territori montani, ...),• mantenimento della rete e della connessione dei diversi soggetti territoriali che lavorano con la grave emarginazione e i senza dimora,• valorizzazione di buone prassi e la conoscenza e diffusione di sperimentazioni attivate sui diversi territori,• possibile accompagnamento dell'implementazione ed evoluzione delle progettualità sulla grave emarginazione sul territorio provinciale, provando anche ad intercettare "movimenti", programmi, indicazioni, risorse a livello regionale, statale ed europeo,• mantenere una attenzione su queste problematiche e promuovere una cultura nei diversi contesti territoriali, indipendentemente dai finanziamenti di volta in volta disponibili,• ricordare le possibilità di finanziamento e le risorse presenti sulle tematiche in questione.
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ol style="list-style-type: none">1. accompagnamento educativo ed equipe multidisciplinare2. tema dell'abitare legato al Pronto Intervento, Housing first e Housing3. tema della residenza raccogliendo i lavori, i dati, gli esiti di quanto realizzato nel corso dei progetti PrinS. <p>Azione trasversale è il collegamento con altri ambiti della più vasta area della fragilità, es. l'area carcere (in connessione con le attività prerogativa dell'UEPE - Ufficio di Esecuzione Penale Esterna), tema dipendenze, ecc.</p>
TEMPI
Entro i primi mesi del 2025 terminare il lavoro di approfondimento sui tre temi individuati producendo per ciascuno un "documento" contenente indicazioni operative, suggerimenti, opportunità, buone prassi, ecc. da mettere a disposizione del sistema dei servizi, con l'ipotesi di un appuntamento annuale di confronto pubblico sulle tematiche della povertà e della grave emarginazione.
STRUMENTI
Tavolo provinciale, gruppi di lavoro su oggetti specifici, raccolta e analisi dei dati; raccordo tra i soggetti territoriali; produzione documentale e incontri pubblici. Un coordinatore operativo del gruppo di lavoro, con un monte ore dedicato, farà sintesi e gestirà operativamente i vari passaggi del percorso.
MONITORAGGIO
"Produzioni" del gruppo di lavoro, con cadenza annuale.
VERIFICA E VALUTAZIONE

Valutazione di utilità da parte dei partecipanti al tavolo; esito dei momenti “pubblici” di confronto

GOVERNANCE

Mandato del collegio dei Sindaci, condiviso con i Presidenti degli Ambiti Territoriali Sociali; condivisione degli oggetti di lavoro e risultati attesi da parte del coordinamento degli uffici di piano; individuazione di un referente del Coordinamento degli Uffici di Piano quale partecipante al gruppo di lavoro provinciale con funzione di coordinamento generale, collegamento e raccordo con il Coordinamento degli Uffici di Piano e il Collegio Sindaci, referenza tecnica per i soggetti territoriali sulle questioni “macro”.

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 2 – Lavoro

DESCRIZIONE
A partire dal percorso già intrapreso dalla Provincia di Bergamo – Settore Politiche del Lavoro nel corso del 2024 e valorizzando alcune sperimentazioni già in atto, si intende avviare un processo volto a realizzare un sistema integrato multilivello (provinciale e locale) tra Provincia/Centri per l'Impiego e Ambiti Territoriali Sociali, in grado di fornire risposte più efficaci alla domanda di inclusione sociale e lavorativa delle persone in condizioni di vulnerabilità e fragilità.
OBIETTIVO
La ricomposizione delle politiche (e delle misure) per il lavoro e delle politiche (e delle misure) di welfare rappresenta un processo fondamentale per promuovere l'inclusione, l'autonomia e la dignità delle persone, in particolar modo per quelle in condizione di vulnerabilità. Condividere strumenti e dispositivi che facilitino l'integrazione di diversi sistemi di protezione sociale può consentire infatti di rispondere a bisogni individuali e comunitari tenendo conto delle complessità delle situazioni di vita dei singoli e del contesto territoriale. Obiettivi di questa azione sono pertanto: <ul style="list-style-type: none">- mappare le esperienze già in atto per valorizzare le buone pratiche;- stipulare un accordo tra Provincia di Bergamo – Settore Politiche del Lavoro e Ambiti Territoriali Sociali;- avviare 14 coordinamenti locali tra Centri per l'Impiego e Ambiti Territoriali Sociali che garantiscano un approccio integrato, interistituzionale e multiprofessionale per l'orientamento e la presa in carico di persone in situazione di vulnerabilità sociale e lavorativa.
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ul style="list-style-type: none">- mappatura delle esperienze locali già in atto;- definizione e formalizzazione dell'accordo tra Provincia di Bergamo – Settore Politiche del Lavoro e Ambiti Territoriali Sociali;- avvio di una cabina di regia provinciale che governi l'intero processo;- avvio dei 14 coordinamenti locali tra Centri per l'Impiego e Ambiti Territoriali Sociali;- costruzione di un sistema di monitoraggio per la valutazione dell'efficacia del sistema;- costruzione e validazione di strumenti e prassi di lavoro condivise;- produzione di report quali-quantitativi sulle attività realizzate.
TEMPI
2025 Il primo anno sarà destinato ad avviare le azioni propedeutiche alla formalizzazione dell'accordo e alla costituzione dei coordinamenti locali, anche in relazione alle esperienze pregresse (da valorizzare) e alle specificità di ogni contesto.
2026-2027 Nel secondo e nel terzo anno, con l'avvio dei coordinamenti locali, si lavorerà per consolidare il sistema integrato, verranno identificate procedure e modalità di lavoro condivise, sarà implementato un sistema di monitoraggio e valutazione e verranno prodotti report sulle attività realizzate.
STRUMENTI
Saranno utilizzati:

<ul style="list-style-type: none"> - cabina di regia provinciale; - coordinamenti locali; - strumenti e dispositivi di orientamento e presa in carico condivisi; - strumenti di raccolta e analisi dei dati; - strumenti di rendicontazione, sistematizzazione e reportistica delle attività realizzate.
<p>MONITORAGGIO</p>
<p>Il monitoraggio verrà realizzato attraverso la definizione di specifici indicatori relativi sia al funzionamento della cabina di regia provinciale che dei 14 coordinamenti territoriali.</p>
<p>VERIFICA E VALUTAZIONE</p>
<p>Le attività di verifica e valutazione saranno implementate a partire dagli specifici protocolli condivisi tra cabina di regia e coordinamenti territoriali; e verteranno su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efficacia ed efficienza del sistema integrato territoriale rispetto agli obiettivi individuati; - efficacia ed efficienza degli strumenti e delle prassi di lavoro condivisi nell'orientamento e nella presa in carico di persone in situazione di vulnerabilità sociale e lavorativa.
<p>GOVERNANCE</p>
<p>A partire dal mandato ricevuto dal Collegio dei Sindaci, condiviso con i Presidenti degli Ambiti, e dalla Direzione delle Politiche del Lavoro della Provincia di Bergamo, la governance del progetto è affidata alla cabina di regia istituita tramite l'accordo provinciale.</p>

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 3 – Casa

DESCRIZIONE
<p>Il tema della casa ha assunto un'importanza trasversale toccando diversi ambiti di intervento e di fragilità. La tematica dell'abitare, soprattutto per le fasce più fragili e vulnerabili della popolazione (nuclei monoparentali anziani, nuclei familiari con minori, popolazione straniera, adulti fragili con reddito insufficiente..) e in situazioni di sfratto in corso definisce un ambito d'intervento che necessita di essere osservato, e ripensato all'interno di percorsi comuni, che vedano coinvolti settori d'intervento tradizionalmente separati, puntando il focus sulle peculiarità dell'offerta abitativa.</p>
OBIETTIVO
<p>La conoscenza degli aspetti peculiari collegati all'offerta abitativa nelle sue diverse sfaccettature potrebbe permettere di avviare anche sperimentazioni tra pubblico e privato al fine di costituire un riferimento per una maggiore messa a regime di politiche abitative e di risposte concrete in grado di far fronte ai bisogni espressi di una fascia di popolazione fragile e vulnerabile.</p> <p>Coinvolgere nel processo di programmazione triennale gli attori che a vario titolo possono partecipare alla realizzazione delle nuove politiche per l'abitare sociale: sia quelli che già contribuiscono alla creazione di offerta, sia quelli che potrebbero contribuire in una prospettiva di medio lungo termine.</p> <p>Avviare un confronto permanente con gli attori del territorio a geometria variabile, al fine di mobilitare le risorse territoriali per arrivare alla condivisione di un modello provinciale che includa possibili sperimentazioni e/o innovazioni relative alla individuazione di nuove strategie abitative (es. canoni calmierati, concordato, housing sociale...).</p> <p>Obiettivi di questa macrocategoria sono pertanto:</p> <ul style="list-style-type: none">- mappare le esperienze già in atto per valorizzare le buone pratiche;- coinvolgere attori pubblici, privati e gli Ambiti Territoriali Sociali;- individuazione di strategie condivise al fine della creazione di un modello provinciale di azione
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<ul style="list-style-type: none">- mappatura delle esperienze territoriali in atto;- avvio di un tavolo provinciale di tecnico e sociale di confronto;- Individuazione di possibili strategie sperimentali innovative relative all'offerta abitativa;- monitoraggio e valutazione finalizzate alla costruzione di un modello provinciale d'intervento che risponda ai bisogni rilevati.
TEMPI
<p>Il primo anno sarà destinato ad avviare attività di individuazione di un luogo di confronto tra operatori pubblici (dei settori tecnico e sociale), privati e del privato sociale per condividere una analisi del fenomeno legato all'abitare (filiera servizi per la casa, emergenza abitativa, SAP e SAS, agenzie per l'abitare, sfratti) nel territorio provinciale, mantenendo le peculiarità territoriali;</p>

Nel secondo e nel terzo anno, individuazione di possibili sperimentazioni e o innovazioni in contesti diversi (cittadino, periferico, montano) per avviare l'implementazione di un modello di policy spendibile nella realtà provinciale e predisposizione di un sistema di monitoraggio e di valutazione delle attività realizzate al fine di individuare "buone prassi" condivise a livello provinciale.
STRUMENTI
Saranno utilizzati: <ul style="list-style-type: none"> - Tavolo provinciale di raccordo sul tema in oggetto; - coordinamenti locali; - verbalizzazioni incontri, sistematizzazione e reportistica delle attività realizzate.
MONITORAGGIO
Il monitoraggio verrà realizzato attraverso la verbalizzazione degli incontri e la reportistica prodotta
VERIFICA E VALUTAZIONE
Le attività di verifica e valutazione saranno programmate a partire dal tavolo provinciale tecnico/sociale.
GOVERNANCE
La governance del progetto è affidata al Coordinamento degli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 4 - Sperimentazione dell'educatore di plesso e comunità

DESCRIZIONE
In riferimento al progetto avviato in Provincia di Bergamo per la promozione di un servizio di inclusione sociale delle persone con disabilità in età scolastica, in via di definizione, si ritiene opportuno avviare un percorso di ascolto e partecipazione per la promozione del superamento della figura di "educatore ad personam", previsto per l'assistenza educativa scolastica, verso l'educatore di comunità/plesso; riconoscendo nel plesso la micro-comunità a partire dalla quale costruire le precondizioni per la realizzazione di un contesto inclusivo per tutti, che sappia agire e promuovere cambiamento anche nei contesti di vita allargati dei minori. L'educatore di comunità/plesso andrebbe ad assumere il ruolo di figura cardine a supporto del percorso di inclusione sociale di ciascun alunno/a con disabilità, dentro e fuori la scuola.
OBIETTIVO
a. promuovere nel territorio una cultura inclusiva e una prassi promotiva le condizioni per la realizzazione dei progetti di vita di ciascun cittadino, con particolare attenzione a coloro che vivono condizioni di fragilità sociale e/o di bisogni educativi speciali, fondamento della comunità inclusiva; b. condividere metodologie e strumenti per favorire l'inclusione scolastica degli alunni/e in situazioni di disabilità; c. raccordare e promuovere le azioni di progettazione e programmazione a livello locale per l'inclusione scolastica degli alunni/e con disabilità, anche attraverso la chiara definizione delle competenze, delle responsabilità e delle modalità di collaborazione; d. qualificare gli interventi secondo principi di efficacia, efficienza ed appropriatezza in termini di inclusione scolastica; e. rafforzare una rete territoriale corresponsabile in grado di attuare interventi flessibili costruiti sui bisogni dei singoli e del contesto, coerenti grazie al confronto e all'agire riflessivo e di ricerca; f. valorizzare le risorse professionali; g. ottimizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie.
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
a. interventi individualizzati che promuovono lo sviluppo e il benessere degli alunni/e con disabilità certificata; b. interventi rivolti alla classe (laboratori, lavori a piccolo gruppo, ecc.) e/o al plesso che promuovano l'effettiva diffusione della cultura inclusiva all'interno dell'istituto scolastico; c. interventi territoriali per la facilitazione dell'inclusione sociale di ogni alunno.
TEMPI
L'obiettivo si sviluppa lungo tutto il corso del triennio. Si prevede di attivare nel primo anno la sperimentazione dell'educatore di plesso e comunità in almeno 12 Ambiti Territoriali Sociali su 14. Si prevede, inoltre, che il coordinamento del SAE dei 14 Ambiti si riunisca mensilmente per il monitoraggio della sperimentazione Periodicamente sono previsti incontri con il Collegio dei Sindaci, le Conferenze dei Sindaci e l'ATS Bergamo ed i coordinamenti provinciali.
STRUMENTI
- si prevede per il coordinamento della sperimentazione l'attivazione del gruppo dei tutor; uno per ogni Ambito Territoriale Sociale coinvolto nella sperimentazione;

<ul style="list-style-type: none"> - supporto formativo ai tutor e agli istituti scolastici attivi nella sperimentazione attraverso il supporto di Erikson - messa a disposizione da parte di Erikson di strumenti per il potenziamento delle competenze degli assistenti educatori nell'azione inclusiva e del cooperative learning, anche attraverso il coinvolgimento del contesto di vita dell'alunno disabile - cooperative learning - peer education - gite e uscite didattiche (dispositivi per l'apprendimento esperienziale) - life skills: - laboratori a scuola e nel territorio
<p>MONITORAGGIO</p>
<p>Monitoraggio della sperimentazione nell'ottica della modellizzazione dell'educatore di plesso e comunità attraverso il coinvolgimento dell'Università di Bergamo (che metterà a disposizione tirocinanti per la ricerca azione sulla sperimentazione) e Erikson.</p>
<p>VERIFICA E VALUTAZIONE</p>
<p>La verifica e la valutazione verranno effettuate in collaborazione con l'Università di Bergamo e Erikson sia in itinere, attraverso il gruppo dei tutor, sia nella fase finale della sperimentazione.</p>
<p>GOVERNANCE</p>
<p>La governance è affidata al coordinamento dei SAE degli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.</p>

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 5 - Progetto di vita disabilità

DESCRIZIONE
<p>Il Progetto Individuale/di Vita - diritto esigibile dalla persona con disabilità nei confronti della pubblica amministrazione - costituisce il fondamento di una progettazione che pone al centro la partecipazione della persona e che al contempo non può prescindere dal coinvolgimento della famiglia, delle reti associative e dei servizi e del contesto di vita della persona stessa. In considerazione della sempre più crescente rilevanza nell'ambito delle Politiche Sociali del Progetto di Vita Individuale, riconosciuto già dalla 328/2000 come diritto delle persone con disabilità, i servizi sociali e socio-sanitari sono chiamati ad essere ripensati in un'ottica evolutiva all'interno delle comunità al fine di poter garantire l'effettività e l'omogeneità del Progetto di Vita, a prescindere dall'età e da condizioni personali e sociali, promuovendone la sostenibilità nel tempo. Il progetto di vita, infatti, è una modalità sistemica di definizione di un percorso di ampio respiro che, promuovendo l'autorappresentazione e l'autodeterminazione delle persone quali elementi irrinunciabili nella progettazione, prevede da un lato investimenti concreti nel qui e ora e dall'altro adotta una prospettiva di lungo periodo. Il progetto di vita, partendo dalle aspettative e dai desideri personali, dai bisogni e dal riconoscimento della capacità di autodeterminazione presenti e/o acquisibili, individua il ventaglio di possibilità, servizi, supporti e sostegni, formali e informali, che possono permettere la migliore qualità della vita, lo sviluppo di tutte potenzialità, la partecipazione alla vita sociale, le condizioni per scegliere il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere.</p> <p>Il progetto individuale mira a costruire gli elementi necessari ad un obiettivo complessivo e in evoluzione, verso una condizione di vita il più possibile autonoma, in(ter)dipendente, inclusiva, attraverso strumenti che accompagnino per il tempo necessario, supportino quando e come opportuno, garantendo il pieno esercizio dei diritti di cittadinanza.</p>
OBIETTIVO
<p>Il ripensamento della filiera dei servizi sociali e sociosanitari e l'evoluzione degli stessi rappresentano un processo fondamentale per poter incrementare la consapevolezza circa il proprio ruolo e quello delle persone con disabilità.</p> <p>Gli obiettivi di questa azione sono dunque:</p> <ul style="list-style-type: none">- ripensare e riposizionare la rete di unità di offerta sociali e sociosanitarie della Provincia di Bergamo in un'ottica promotiva del progetto di vita e di attivazione delle comunità di destino delle persone disabili che le frequentano;- promuovere l'empowerment dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per una presa in carico olistica e integrata delle condizioni di fragilità delle persone disabili;- sperimentare il budget di salute per la promozione del progetto di vita individuale ponendo al centro la sostenibilità dei progetti nel tempo.
AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027
<p>La revisione dei modelli d'offerta trova un riferimento e indicazioni utili nelle normative regionali che superano il concetto di servizio come luogo fisico in favore di realtà che sappiano integrarsi con il territorio e le opportunità di vita sociale, riconoscendosi anche come portatori di opportunità per tutti i cittadini (Centri Multiservizi DGR 116/2013 – DGR 7404/22). Le DGR 3183/2020 e DGR 5320/2021 già disegnano e introducono per i servizi/unità d'offerta una</p>

prospettiva fondata su una flessibilità organizzativa orientata ai bisogni prevedendo possibilità di interventi diversificati:

- attività di supporto al domicilio anche come possibilità di porre un'attenzione nuova al contesto familiare, all'organizzazione dei nuclei, a bisogni spesso sottovalutati o ai quali è opportuno prepararsi;
- attenzione al contesto. Il domicilio e il suo intorno richiamano alla possibilità di sostenere la persona nel suo contesto e il contesto che vive intorno alla persona (empowerment) per preparare le condizioni e rendere possibili i percorsi inclusivi previsti dal Progetto di vita;
- attività da remoto: di primaria importanza per tutta la fase pandemica, possono diventare una modalità di relazione per coloro che frequentano a tempo parziale, o assenti per cause diverse; nei fine settimana e periodi di ferie, ed anche come possibilità di costruire una rete di relazioni più ampia tra le persone anche non frequentanti i servizi, condividendo proposte, appuntamenti, iniziative;
- attività esterne e in spazi alternativi e/o complementari per ampliare le opportunità di esperienze e relazioni, sperimentare le prime forme dell'abitare, investire nei territori di provenienza, aumentare la flessibilità dei servizi superando un approccio rigido per standard strutturali e organizzativi;
- flessibilità e articolazione di orari e giorni di apertura superando, in relazione agli elementi che emergono nel Progetto di Vita, modelli organizzativi ancora mutuati da quelli scolastici;
- integrazione delle risorse nell'ottica del budget di salute.

La complessità dei bisogni delle persone indica, inoltre, la necessità di superare la netta separazione fra servizi di area sociale e di area sociosanitaria in favore di modelli più integrati a partire dagli obiettivi del Progetto di Vita, riposizionando l'offerta in termini di "servizi sociali a rilevanza sanitaria e servizi sociosanitari a rilevanza sociale".

TEMPI

L'obiettivo si sviluppa lungo tutto il corso del triennio.

Durante il primo anno è prevista l'attivazione di gruppi di lavoro volti al confronto tra le unità d'offerta sociali e sociosanitarie al fine di poter promuovere una consapevolezza condivisa relativa al percorso di evoluzione e ri-progettazione nell'ottica del progetto di vita.

Durante il secondo anno è prevista la creazione delle condizioni istituzionali e tecniche volte:

- al potenziamento delle azioni per la promozione di opportunità in particolare in termini abitativi ed occupazionali per le persone con disabilità,
- alla realizzazione, attraverso la collaborazione con le ASST del territorio, di un servizio clinico per la disabilità adulto
- alla definizione di percorsi facilitati per la presa in carico da parte delle persone disabili da parte degli ospedali.

Il terzo anno sarà dedicato al monitoraggio del percorso intrapreso.

STRUMENTI

Verranno utilizzati:

- coordinamenti provinciali;
- incontri con il Collegio dei Sindaci, le Conferenze dei Sindaci e l'ATS Bergamo;
- focus group con persone disabili, associazioni di categoria, legali rappresentanti enti accreditati, coordinatori e familiari della rete di unità di offerta sociali e sociosanitarie della Provincia di Bergamo;
- attivazione di word-café con operatori delle unità di offerta;

<ul style="list-style-type: none"> - cassetta degli attrezzi per il progetto di vita per operatori delle unità di offerta (in collaborazione con Erikson); - carte dei servizi in un'ottica ecologico-contestuale per la promozione del progetto di vita; - formazione; - supervisione.
<p>MONITORAGGIO</p>
<p>Il monitoraggio del riposizionamento della rete di unità di offerta sociali e sociosanitarie della provincia di Bergamo nell'ottica del progetto di vita verrà realizzato mediante il coinvolgimento della rete provinciale per la disabilità e un gruppo di coordinatori dei servizi.</p>
<p>VERIFICA E VALUTAZIONE</p>
<p>Le attività di verifica e di valutazione verranno realizzate in collaborazione con la rete provinciale disabilità dell'ATS di Bergamo.</p>
<p>GOVERNANCE</p>
<p>La governance del progetto è affidata al coordinamento degli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo.</p>

Obiettivi sociali a valenza provinciale

Obiettivo 6 - Digitalizzazione

DESCRIZIONE
<p>Ai sensi della legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 di Regione Lombardia “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario”, e successive modifiche, all’art. 19 (Sistema Informativo della rete Sociale e Socio-sanitaria) è istituito un sistema informativo finalizzato:</p> <ol style="list-style-type: none">Ala rilevazione dei bisogni;Ala verifica della congruità dell’offerta rispetto alla domanda;Ala raccolta ed elaborazione dei dati utili alla programmazione regionale e locale;Al monitoraggio dell’appropriatezza e della efficacia delle prestazioni;Ala rilevazione ed analisi del livello di soddisfazione dei cittadini relativamente all’adeguatezza, all’efficacia ed alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati. <p>Regione Lombardia, al fine di migliorare la programmazione e il coordinamento degli interventi sociali di competenza dei comuni, promuove la realizzazione e lo sviluppo di strumenti informatici che consentano un interscambio dei dati, Con la deliberazione della Giunta Regionale 18 novembre 2019 n. XI/2457 (“Cartella sociale informatizzata versione 2.0 – approvazione linee guida e specifiche di interscambio informativo”) ha approvato le linee di indirizzo per assicurare l’uniformità di realizzazione, sviluppo e di utilizzo di Cartelle Sociali Informatizzate, attraverso la definizione di elementi informativi comuni, che consentano lo sviluppo di soluzioni omogenee sul territorio lombardo.</p> <p>Dall’anno 2013 è stata adottata nel territorio provinciale la CSI Health Portal, attraverso uno specifico Protocollo di Intesa tra l’ex Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bergamo, il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, le Assemblee distrettuali dei Sindaci/Ambiti Territoriali, rinnovato nel 2023 con scadenza al 28 febbraio 2027.</p> <p>Nel biennio 2021/2022 la CSI Health Portal è stata sottoposta ad un processo di revisione co-costruito con ATS di Bergamo e gli Ambiti stessi, on line dal mese di ottobre 2024. Nella prossima triennalità è necessario mettere a sistema l’utilizzo della CSI-Health Portal nella prassi operativa dei servizi sociali, promuovendone la diffusione e l’utilizzo sistematico, al fine di consentire l’implementazione di un sistema informativo omogeneo e condiviso finalizzato alla rilevazione dei bisogni, alla verifica della congruità dell’offerta rispetto alla domanda, al monitoraggio dell’appropriatezza e della efficacia delle prestazioni e alla raccolta ed elaborazione dei dati utili alla programmazione locale.</p>
OBIETTIVI
<p>La CSI deve permettere a tutti i professionisti di documentare chiaramente ogni fase ed evento del percorso socioassistenziale in cui si articola il servizio sociale erogato; a tale scopo essa deve essere strutturata in modo tale da consentire:</p> <ul style="list-style-type: none">• L’automazione di procedure uniformate;• La gestione delle informazioni a livello di assistito e di rete di relazioni;• La collaborazione fra i diversi attori attraverso l’integrazione della documentazione professionale e interprofessionale;

- L'interscambio di dati con soggetti esterni;
- L'analisi dei dati, sia puntuali che aggregati, per la produzione di reportistica direzionale ai fini del miglioramento dei servizi erogati, di governo del sistema e di supporto alle decisioni strategiche.

Gli obiettivi inerenti all'implementazione della CSI Health Portal da perseguire nel triennio 2025-2027 sono:

- ✓ Supportare gli operatori sociali nella conduzione del processo di aiuto;
- ✓ Promuovere la digitalizzazione dei procedimenti amministrativi, per una maggiore prossimità ai cittadini;
- ✓ Fornire informazioni utili alla programmazione, organizzazione, erogazione e gestione dei servizi sociali.

I risultati attesi dall'implementazione della CSI-HP prevedono il conseguimento dei seguenti esiti in rapporto agli operatori sociali, ai decisori politici, ai cittadini e alle altre pubbliche Amministrazioni:



AZIONI PRINCIPALI DA REALIZZARE NEL 2025-2027

Le azioni volte al raggiungimento degli obiettivi e dei risultati attesi dell'implementazione della CSI-HP mirano sostanzialmente a consolidare l'utilizzo di una soluzione informatica in grado di fornire funzioni sia a livello professionale-operativo agli assistenti sociali/operatori sia a livello amministrativo-gestionale agli enti che devono programmare e coordinare gli interventi sociali.

Sono pertanto previste le seguenti azioni, articolate in 2 macro-aree:

1. Azioni per l'implementazione della CSI-HP:

- ✓ Promuovere negli Ambiti l'utilizzo sistematico della CSI-HP, attraverso azioni mirate in ogni territorio, che prevedano anche il monitoraggio del volume di cartelle sociali inserite e il loro aggiornamento, tramite le apposite funzionalità della cartella sociale informatizzata;
- ✓ Raccogliere le eventuali difficoltà riscontrate nell'utilizzo della nuova versione e individuare azioni correttive;
- ✓ Implementare la raccolta di istanze on line da part dei cittadini;

- ✓ Individuare, dai dati estraibili dalla cartella sociale, un set di indicatori utile per la produzione di report sulla domanda sociale e i bisogni del territorio, sugli interventi effettuati;
- ✓ Implementare l'interoperabilità della Cartella Sociale Informatizzata con i sistemi informatizzati in uso nell'ambito sanitario e sociosanitario,

2. Azioni a supporto dell'implementazione

- ✓ Effettuare percorsi di formazione ed accompagnamento agli operatori per l'uso della nuova versione della cartella;
- ✓ Realizzare delle linee guida per l'utilizzo di CSI-HP;
- ✓ Consolidare un gruppo di lavoro CSI-HP, costituito da referenti di ATS e Ambiti territoriali che favorisca la tenuta del processo, accompagni sviluppo e revisioni, promuova il raccordo con i Comuni in modo da rendere omogenee le prassi di lavoro e la diffusione dello strumento.

TEMPI

Le azioni si svolgeranno secondo il seguente cronoprogramma di massima:

Azioni	2025	2026	2027
1. Azioni per l'implementazione della CSI-HP			
Utilizzo CSI-HP e monitoraggio attività	☑	☑	☑
Verifica funzionalità ed eventuali azioni correttive		☑	☑
Raccolta istanze on line	☑	☑	☑
Focus tematico dati della domanda sociale		☑	☑
Interoperabilità con sistemi sanitari e socio-sanitari			☑
2. Azioni a supporto dell'implementazione			
Percorsi di formazione e aggiornamento	☑	☑	☑
Linee guida CSI-HP		☑	
Gruppo di lavoro CSI-HP	☑	☑	☑

STRUMENTI

A supporto delle azioni, oltre alla CSI-HP, saranno predisposti specifici strumenti per: facilitare la fruizione della cartella (linee guida), verificarne l'utilizzo in un confronto comparato territoriale, fornire ai decisori politici gli elementi utili per la programmazione dei servizi (dataset domanda sociale), valutare l'efficacia della CSI-HP in rapporto agli obiettivi prefissati.

MONITORAGGIO

Il monitoraggio, svolto a cura del gruppo di lavoro CSI-HP, verificherà la pertinenza e l'adeguatezza degli interventi svolti in rapporto al programma operativo previsto.

Al termine del primo anno di utilizzo della nuova versione e del primo ciclo di formazione introduttiva, saranno svolti specifici momenti di approfondimento con gli operatori sociali,

articolati per Ambito, per verificare eventuali difficoltà nell'utilizzo di CSI-HP e programmare eventuali azioni correttive.

VERIFICA E VALUTAZIONE

Le attività di verifica e valutazione saranno programmate in sede di gruppo di lavoro CSI-HP a partire dall'individuazione di indicatori specifici in grado di dar conto dei risultati ottenuti in rapporto agli operatori sociali, ai decisori politici, ai cittadini e alle altre pubbliche Amministrazioni.

GOVERNANCE

La governance dell'azione vede una contitolarità di ATS Bergamo e degli Ambiti Territoriali Sociali e si articola secondo il seguente assetto multilivello:



6. RISORSE

Per la realizzazione degli obiettivi previsti nel presente Prologo ai Piani di Zona saranno necessarie nel triennio risorse per un totale di 360.000 €, pari a 120.000 € annui, attraverso una quota parte del FNPS degli Ambiti Territoriali Sociali, affinché essi contribuiscano proporzionalmente al numero degli abitanti alle risorse definite.

L'impegno delle risorse e il relativo trasferimento all'Ente Capofila che verrà individuato entro febbraio 2025 tramite la definizione di un protocollo operativo tra Ambiti Territoriali Sociali, dovrà avvenire annualmente, per i tre anni di vigenza del Piano di Zona, entro i mesi di marzo 2025-2026-2027.

La definizione del riparto e dei criteri di utilizzo delle risorse disponibili, intesi come specifica suddivisione di quote tra gli obiettivi di governance tecnica e/o il sostegno a progettualità a valenza provinciale, sarà concordata tra Collegio dei Sindaci e Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona entro febbraio 2025 e rendicontata dagli stessi annualmente.

Ambito	Contributo € quota parte FNPS per anno
Bergamo	16.519,78
Dalmine	15.896,68
Seriate	8.464,80
Grumello	5.474,70
Val Cavallina	5.929,98
Basso Sebino	3.441,49
Alto Sebino	3.212,88
Valle Seriana	10.324,79
Valle Seriana Superiore e Val di Scalve	4.510,36
Valle Brembana	4.300,76
Valle Imagna - Villa d'Almè	5.699,75
Isola Bergamasca	14.738,94
Treviglio	12.176,80
Romano di Lombardia	9.308,30
TOTALE	120.000,00