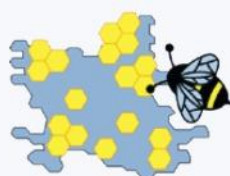


Ambito Territoriale Sociale di Treviglio

Piano di Zona

**Sistema integrato di
interventi e servizi sociali**



**Risorsa Sociale
Gera D'Adda A.S.C.**

2025/2027

Approvato dall'Assemblea dei Sindaci del 09 dicembre 2024



1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021-2023.....	5
Questionario compilato da parte degli stakeholder	5
Commento generale agli esiti del triennio 2021/23	7
2. CONTESTO TERRITORIALE E DATI DEMOGRAFICI	9
FOCUS: Le persone con disabilità nell'Ambito di Treviglio.....	11
FOCUS: I caregiver nell'Ambito di Treviglio.....	12
FOCUS: Il gioco d'azzardo nell'Ambito di Treviglio.....	14
3. ANALISI SOGGETTI E RETI PRESENTI SUL TERRITORIO	15
Adesioni all'Accordo di Programma 2021/23	15
Co-programmazione e co-progettazione.....	15
Coordinamenti territoriali tematici.....	16
Coinvolgimento degli enti durante la programmazione sociale 2025/27	16
4. STRUMENTI E PROCESSI DI GOVERNANCE	17
L'assetto istituzionale dell'Ambito di Treviglio.....	17
Ente Capofila del Piano di Zona	17
L'organizzazione dell'Ufficio di Piano	18
Programmazione partecipata	19
5. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE E I PIANI DI ZONA DEL DISTRETTO BERGAMO OVEST	21
Il Punto Unico di Accesso e i Punti di Ascolto Decentrati	24
Equipe di Valutazione Multifimensionale (EVM)	27
Continuità Assistenziale	35
6. ANALISI DEI BISOGNI	40
Le risposte ai bisogni: Unità d'offerta sociali e sociosanitarie presenti sul territorio	40
Bisogni espressi in ambito socio-sanitario.....	42
La spesa sociale dell'Ambito di Treviglio	44
I BISOGNI RILEVATI PER MACRO AREE DI INTERVENTO	45
7. GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI ZONA 2021/2023	48
La nostra visione di welfare.....	48
Il processo di scrittura partecipata del Piano di Zona	49
I Livelli Essenziali di Prestazioni e Servizi (LEPS)	51
GLI OBIETTIVI DELL'AMBITO DI TREVIGLIO PER IL TRIENNIO 2025/27	54
CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALL'EMARGINAZIONE SOCIALE E PROMOZIONE DELL'INCLUSIONE ATTIVA.....	54
POLITICHE ABITATIVE	55
DOMICILIARITÀ e ANZIANI	56
DIGITALIZZAZIONE DEI SERVIZI.....	58
POLITICHE GIOVANILI E PER I MINORI / INTERVENTI PER LA FAMIGLIA	59

INTERVENTI CONNESSI ALLE POLITICHE PER IL LAVORO.....	61
INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ E DISAGIO MENTALE.....	62
INTERVENTI DI SISTEMA PER IL POTENZIAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO E IL RAFFORZAMENTO DELLA GESTIONE ASSOCIATA	64
8. SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	65



1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2021-2023

Nella presente sezione si esaminano e si valutano i contenuti previsti in fase di programmazione nel Piano di Zona 2021/23, con particolare attenzione alla descrizione delle attività realizzate, alle criticità rilevate e a una valutazione qualitativa dell'esito di quanto messo in campo. Le valutazioni di seguito articolate, unite alle analisi sul contesto contenute nella successiva sezione, hanno formato l'attività di consultazione svolta con gli stakeholders territoriali e hanno costituito la base per la riprogrammazione per il prossimo triennio.

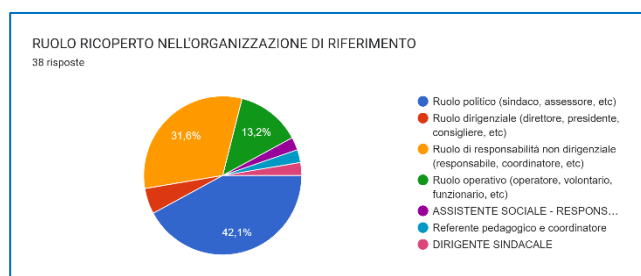
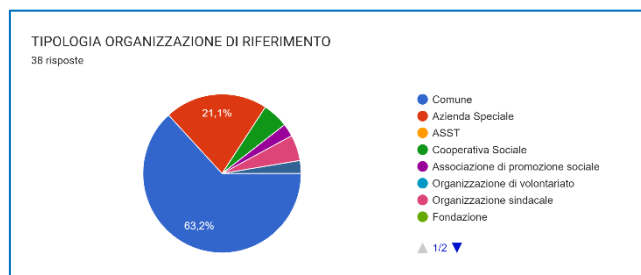
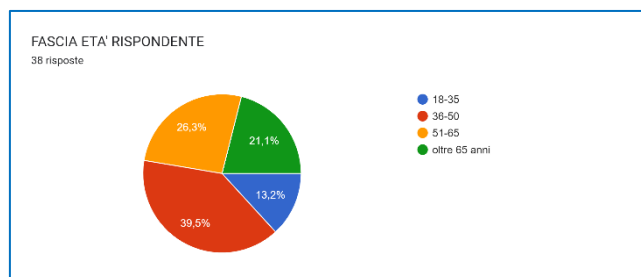
Questionario compilato da parte degli stakeholder

Durante i mesi precedenti l'elaborazione del Piano di Zona 2025/27 l'Ufficio di Piano ha dato la possibilità a tutti gli attori che partecipano al sistema welfare sociale locale di esprimere la propria posizione sia in merito alla valutazione del Piano di Zona 2021/23, sia in merito alla nuova programmazione sociale, per il tramite di un questionario.

Nello specifico sono stati chiamati a rispondere al questionario tutti coloro che partecipano attivamente ai luoghi della governance dell'Ambito di Treviglio, così come previsti dall'Accordo di Programma, ovvero lo staff di direzione di Risorsa Sociale Gera d'Adda, l'Ufficio di Piano Allargato, (responsabili dei servizi sociali dei 18 Comuni), l'Assemblea dei Sindaci e gli assessori ai servizi sociali dei 18 Comuni e gli enti aderenti al Piano di Zona. La compilazione del questionario è stata inoltre sollecitata a tutti gli operatori sociali dei comuni dell'Ambito ed è stato pubblicato un link diretto sulla pagina dell'Ufficio di Piano.

A seguire si riporta il dettaglio dei dati emersi dal questionario.

Il Questionario è stato compilato complessivamente da 38 persone, per lo più afferenti ai Comuni con responsabilità di amministratori o responsabili dei servizi sociali.

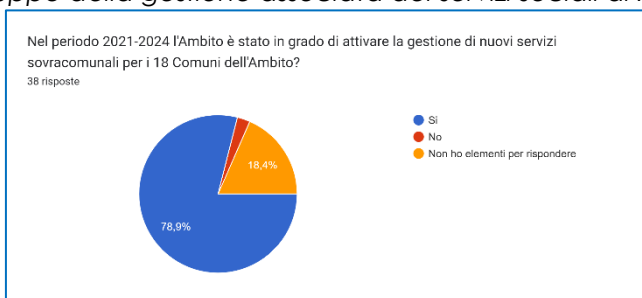


La prima parte del questionario intendeva valutare la posizione delle persone intervistate in merito ai TEMI e alle ATTENZIONI TRASVERSALI dichiarate dal Piano di Zona 2021/23 (cap. 4), quali principi base e guida per tutti gli obiettivi e le azioni esplicitate dal Piano di Zona stesso.

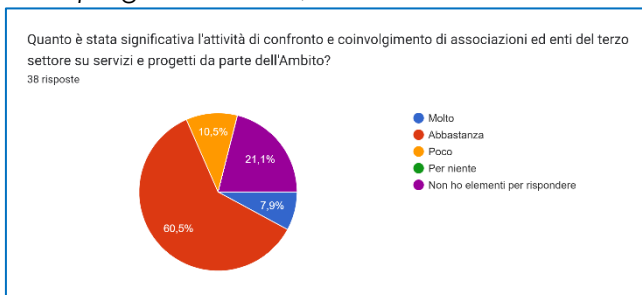
1. Equilibrio fra protezione e promozione



2. Sviluppo della gestione associata dei servizi sociali di Ambito



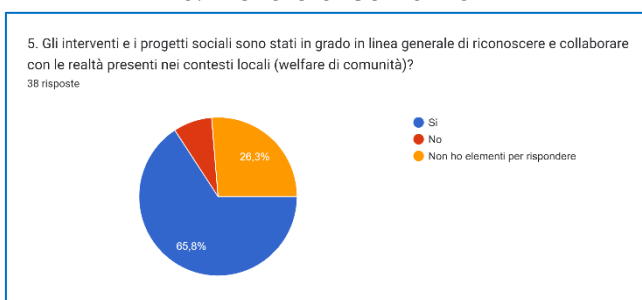
3. Co-programmazione, amministrazione condivisa



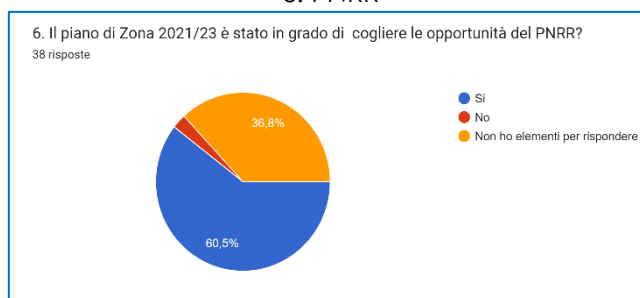
4. Integrazione fra le politiche (socio-sanitario, istruzione, lavoro, sport, cultura, etc.)



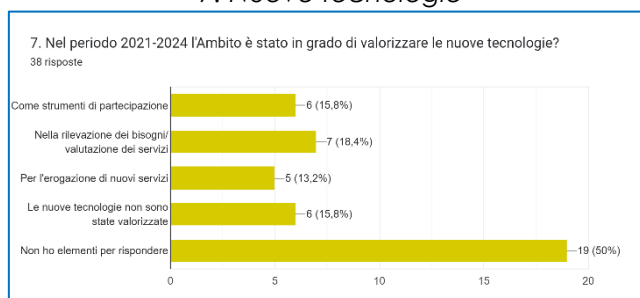
5. Welfare di comunità



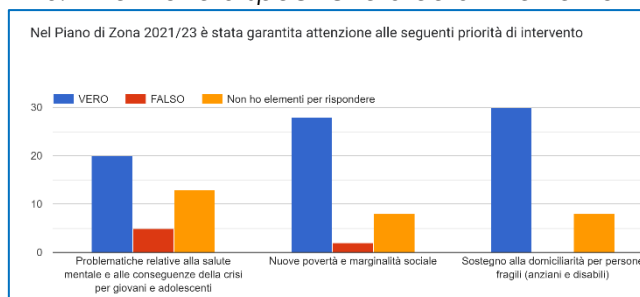
6. PNRR



7. Nuove tecnologie



8. Attenzione a specifiche aree di intervento



A conclusione delle domande a risposta chiusa, il questionario permetteva, inoltre, di raccogliere alcuni suggerimenti liberi, che vengono di seguito raccolti per tematiche:

- Necessità di un maggiore coinvolgimento degli operatori sociali in tutto il processo della programmazione sociale;
- sensibilizzazione della cittadinanza verso il lavoro svolto da parte del servizio sociale;
- attenzione alla presa in carico dell'area minori (pre-tutela/tutela);
- potenziamento del lavoro di comunità in favore delle persone con fragilità.

Commento generale agli esiti del triennio 2021/23

Il Piano di Zona 2021/23 dell'Ambito di Treviglio si caratterizzava per una ricchezza e complessità di interventi notevole, segnale preciso di una volontà politica di segnare il passo di ripresa in netto contrasto al periodo pandemico.

Nello specifico il Piano di Zona prevedeva il raggiungimento puntuale di ben 82 azioni di Ambito, per lo più in aggiunta alle azioni perseguite in maniera ordinaria dai servizi dell'Ambito (gestione associata) e dai servizi sociali dei singoli comuni, raggruppate in 25 obiettivi specifici.

In aggiunta a quanto programmato nel Piano di Zona, nel corso del triennio l'Ambito ha voluto e saputo raccogliere diverse opportunità progettuali ed interventi che si sono intersecati con la programmazione definita a dicembre 2021. I principali interventi straordinari avviati nel triennio sono stati:

- sette progettualità PNRR, di cui quattro con ruolo di capofila, quest'ultime tutte gestite con procedure formali di co-programmazione e co-progettazione con il Terzo Settore;
- programmazione e avvio di una struttura residenziale di accoglienza per minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria, la cui gestione ha seguito anch'essa una procedura formale di co-progettazione con il Terzo Settore;
- avvio del Centro Famiglie "Familyper" di Ambito, il cui ruolo di capofila è in capo ad un ente del Terzo Settore.

8

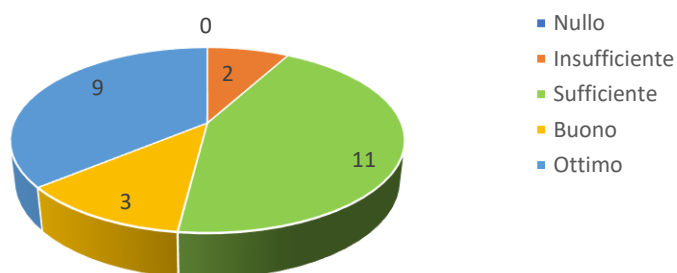
L'analisi dettagliata delle molteplici azioni intraprese nel triennio 2021/23 è stata resa particolarmente difficoltosa in mancanza di un sistema strutturato e puntuale di monitoraggio dei risultati previsti nel corso del triennio.

L'analisi degli esiti degli obiettivi e delle azioni effettuata a fine triennio ha permesso tuttavia di giungere ad un quadro complessivo sufficientemente appropriato e pertinente, che restituisce un grado di sviluppo del Piano di Zona decisamente positivo; la maggior parte degli obiettivi hanno avuto esito positivo (92%), così come la realizzazione delle azioni (78%).

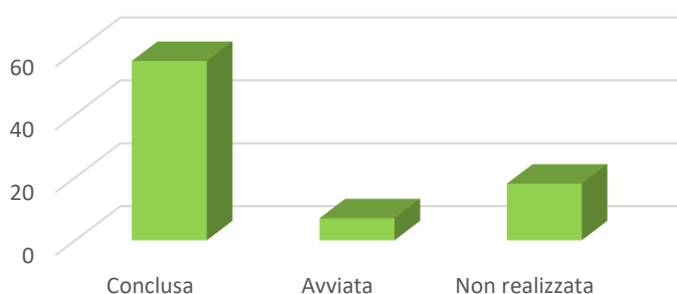
Nello specifico, analizzando il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi, si nota come l'Ambito sia riuscito a dedicare attenzione a tutti gli obiettivi dichiarati nel documento programmatico. Di fatto, nel conteggio matematico delle percentuali di raggiungimento solo due obiettivi rilevano una valutazione insufficiente, ma si tratta comunque di obiettivi che hanno al proprio interno un numero di attività ristretto rispetto ad altri obiettivi più rilevanti per la programmazione triennale.

Anche esaminando il grado di realizzazione delle singole azioni si conferma l'analisi positiva sopra evidenziata. È significativamente rilevante il numero assoluto delle azioni che l'Ambito è riuscito a realizzare pienamente nel triennio. Si nota che il numero di azioni non realizzate si riferisce per lo più ad azioni che nel corso del triennio sono state ritenute "non prioritarie", ovvero errori di programmazione più che difficoltà in fase di implementazione.

Grado di raggiungimento OBIETTIVI PdZ
2021/23



Grado di realizzazione delle AZIONI PdZ
2021/23



2. CONTESTO TERRITORIALE E DATI DEMOGRAFICI

L'Ambito Territoriale Sociale di Treviglio comprende i seguenti 18 Comuni: Arcene, Arzago d'Adda, Brignano Gera d'Adda, Calvenzano, Canonica d'Adda, Caravaggio, Casirate d'Adda, Castel Rozzone, Fara Gera d'Adda, Fornovo S. Giovanni, Lurano, Misano Gera d'Adda, Mozzanica, Pagazzano, Pognano, Pontirolo Nuovo, Spirano e Treviglio.



L'Ambito si caratterizza per la presenza di un numero di Comuni tra loro molto disomogenei per dimensioni di territorio e popolosità, come evidenziato dalla tabella seguente, per una popolazione complessiva di 112.712 abitanti.

Tale valore attesta l'Ambito di Treviglio quale uno dei territori più popolosi della Provincia di Bergamo (al quarto posto tra i 14 Ambiti della provincia, dopo l'Ambito di Bergamo, Dalmine e dell'Isola Bergamasca), con una densità ampiamente sopra la media provinciale (622,5 abitanti per km² contro i 406,3 di media).

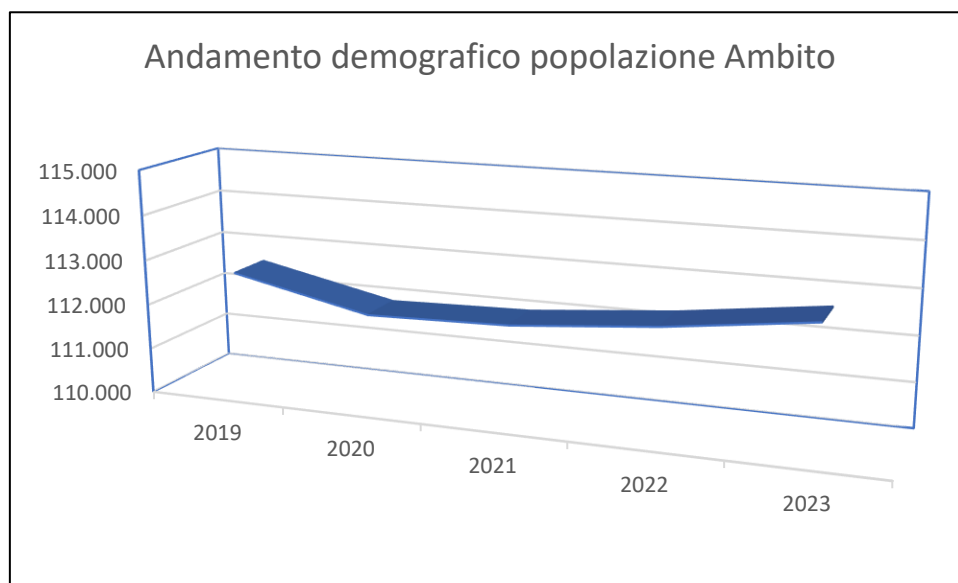
La maggior parte dei Comuni ha meno di 5.000 abitanti (13 Comuni, 72% del totale dei Comuni), il 33% dei Comuni ha una popolazione inferiore a 3.000 abitanti, mentre solo due Comuni superano una popolazione di 10.000 abitanti.

COMUNE	POPOLAZIONE AL 01/01/2024	%SULLA POPOLAZIONE TOTALE
Arcene	4.950	4,39%
Arzago d'Adda	2.739	2,43%
Brignano Gera d'Adda	6.191	5,49%
Calvenzano	4.404	3,91%
Canonica d'Adda	4.296	3,81%
Caravaggio	16.278	14,44%
Casirate d'Adda	4.131	3,67%
Castel Rozzone	2.783	2,47%
Fara Gera d'Adda	8.074	7,16%
Fornovo S. Giovanni	3.417	3,03%
Lurano	2.888	2,56%
Misano Gera d'Adda	2.984	2,65%
Mozzanica	4.375	3,88%
Pagazzano	2.104	1,87%

Pognano	1.550	1,38%
Pontirolo Nuovo	4.933	4,38%
Spirano	5.672	5,03%
Treviglio	30.943	27,45%
TOTALE	112.712	

Complessivamente, la popolazione si conferma essere in linea con i dati degli anni precedenti, come evidenziato dal grafico successivo, con un aumento demografico dell'ultimo biennio che ha contrastato la decrescita del biennio 2019/2021.

10



La situazione all'interno dell'Ambito è differente se si analizza il saldo demografico dei singoli Comuni in proporzione alla propria popolazione; nello specifico alcuni Comuni come Calvenzano, Arcene e Lurano si caratterizzano per una crescita maggiormente significativa, a fronte di altri Comuni che registrano anche nell'ultimo biennio una decrescita, quali Pognano, Pontirolo e Pagazzano.

A seguire si riporta una tabella con i dati riferiti agli indici di struttura della popolazione dell'Ambito di Treviglio, comparati con quelli della Provincia di Bergamo. Come si nota, i dati locali non si discostano significativamente dai dati provinciali, se non per una lieve inflessione dell'indice di invecchiamento, leggermente maggiore nel resto della provincia.

Indici di STRUTTURA della popolazione dell'AMBITO

	Pop. 0-14 anni (%)	Pop.> 80 anni (%)	Indice di lavoro	Indice di invecchiamento
Ambito di Treviglio	13,9	6,5	64,6	21,5
Provincia di Bergamo	13,3	6,7	64,6	22,1

Anche per quanto riguarda gli indici demografici, a conferma di quanto sopra dichiarato, si evidenzia una sostanziale uniformità dei valori dell'Ambito con la media provinciale, fatto salvo per quanto riguarda la situazione degli anziani, che vedono l'Ambito di Treviglio con numeri di anziani sensibilmente inferiori rispetto alla provincia.

Indici DEMOGRAFICI dell'AMBITO

	Indice vecchiaia	Indice dipendenza strutturale	Indice dipendenza strutturale (anziani)	Indice fertilità	Indice natalità	indice mortalità	Indice crescita naturale
Ambito di Treviglio	154,9	54,8	33,3	33,5	6,8	10,4	-3,6
Provincia Bergamo	165,8	54,9	34,2	33,5	6,8	10,6	-3,8

L'analisi della suddivisione della popolazione dell'Ambito per genere è pressoché ininfluenza, essendoci una differenza in favore della popolazione femminile dello 0,1%, con lievi flessioni a livello comunale (Castel Rozzone 51,1% - Pagazzano 48,1% femmine). È interessante notare come la distribuzione di genere della popolazione straniera residente nell'Ambito seppure non rilevi una particolare differenza complessiva (50,8% maschi e 49,2% femmine) presenti sul territorio una forbice maggiormente ampia rispetto alla popolazione con cittadinanza italiana (Pognano 53,9% - Fornovo 45,5% femmine).

FOCUS: Le persone con disabilità nell'Ambito di Treviglio

L'Istat, con dati aggiornati al 2 luglio 2023, ha presentato un report relativo alle condizioni di vita degli italiani con una qualsivoglia disabilità. In Italia, le persone con una certificazione, o a cui è stata erogata una pensione o una indennità legata alla disabilità, sono 7 milioni e 658 mila, dei quali 4 milioni e 245 mila sono over 65enni. Questo dato, confrontato con i dati Istat nel 2019 (le persone con disabilità erano il 5,2% della popolazione totale contro il 7,7% attuale) implica una riflessione sull'offerta dei servizi, sulle risposte concrete e strutturate date dal territorio, sulle risorse economiche impiegate.

Le principali criticità rilevate nel corso degli ultimi anni nell'Ambito di Treviglio riguardano l'inclusione scolastica, la domiciliarità e l'attuazione del progetto di vita. Considerando il numero degli alunni con disabilità, nell'anno scolastico 2022/23, a livello nazionale sono quasi 338 mila quelli che frequentano le scuole di ogni ordine e grado, corrispondenti al 4,1% del totale degli iscritti, con un aumento pari al 7% rispetto al precedente anno scolastico (fonte: Istat 2 febbraio 2024).

Per quanto riguarda l'Ambito di Treviglio nell'anno 2023/24 gli alunni della scuola primaria e secondaria con assistenza educativa sono complessivamente 583. Di seguito sono riportati i dati relativi all'andamento di richieste di assistenza educativa (ASE) dall'Anno Scolastico 2019/20 al 2023/24, che ben evidenziano il continuo aumento di certificazioni rilevato a livello locale, corrispondente ad un aumento del 37%.

Andamento ASE - Ambito di Treviglio

	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
n. complessivo	425	443	484	504	583
Differenza % con anno precedente		+4%	+9%	+4%	+16%

Ad integrazione degli interventi per i minori in orario scolastico, si riporta la progressione in termini quantitativi dei servizi attivati nell'Ambito di Treviglio a livello domiciliare (assistenza educativa domiciliare - ADH) e diurna (Spazio Autismo).

Andamento servizi domiciliari e diurni MINORI - Ambito di Treviglio

	2022	2023	2024
ADH	20	24	21
Spazio Autismo	12	16	17

In merito ai giovani con disabilità che fuoriescono dal percorso formativo si evidenzia come al termine del ciclo di studi, le persone con disabilità che trovano occupazione siano molto poche. Gli stessi dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali a livello nazionale evidenziano che, al netto del 12,6 % della popolazione inabile al lavoro, delle persone tra i 15 e 64 anni che presentano delle disabilità che non pregiudicano la capacità lavorativa, solo 35,8% sono occupate, contro una media della popolazione del 57,8%. Ne consegue che quella dei lavoratori con disabilità è certamente una delle categorie che, nel mercato del lavoro italiano, ha bisogno di specifica attenzione da parte dei policy maker e dei servizi, al fine di garantire una maggior sensibilizzazione sul tema del diritto al lavoro e dell'inclusione lavorativa, sia nei territori che nel settore profit. Questo si riflette sui dati delle persone adulte con disabilità che usufruiscono dei servizi diurni a carattere residenziali, che localmente delineano un andamento stabile negli ultimi anni.

Andamento servizi diurni ADULTI – Ambito di Treviglio

	2022	2023	2024
CDD	n.d.	46	48
CSE	19	21	22
SFA	13	21	15
ATELIER	5	5	5
TOT.	37	93	90

Nella logica della possibilità di favorire maggiore autodeterminazione, particolare attenzione deve essere posta sulle progettualità di accompagnamento all'autonomia e di residenzialità attivate grazie alla L. 112/16 (Dopo di Noi). Sul territorio nazionale, sono poco meno di 6 mila persone ad aver usufruito delle iniziative della Legge "Dopo di noi", solo il 4,6% circa degli aventi diritto.

Di seguito, il numero degli interventi attivati complessivamente all'interno delle progettualità Dopo di Noi (accompagnamento all'autonomia, interventi di ricovero di sollievo e progetti di residenzialità) nell'Ambito di Treviglio. I dati relativi agli anni 2019/2020/2021 potrebbero essere in parte falsati, in quanto durante il periodo Covid i progetti di accompagnamento all'autonomia sono stati momentaneamente sospesi, non permettendo così alle persone di sperimentarsi verso una maggior indipendenza.

Andamento intervento Dopo di Noi – Ambito di Treviglio

2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
19	14	11	16	12	12	24

FOCUS: I caregiver nell'Ambito di Treviglio

Il caregiver è la figura che si prende cura di una persona cara che necessita di assistenza a lungo termine in quanto affetta da una malattia cronica, da disabilità o da qualsiasi altra condizione di non autosufficienza.

Dai dati rilevati dal Progetto "Sostenere i caregiver familiari. Aver cura di chi si prende cura", promosso dall'ATS Bergamo in tutto il territorio provinciale alla data del 31 dicembre 2023, i caregiver individuati e censiti sono stati 712, di cui 352 si sono presentati autonomamente online mediante il Portale di ATS mentre 360 sono stati intercettati dalle Equipe Integrate dei vari Ambiti su segnalazione dei servizi territoriali e/o specialistici. Un'analisi del profilo socio-demografico dei Caregiver denota che si tratta maggiormente di donne (il 76,5%), che presentano un'età compresa tra i 45 e 69 anni (il 73%), che circa la metà ha un'occupazione (il 45,6%) e che sono rappresentati da figli (47,1%), genitori (22,9%) e coniugi (17,2%). Relativamente alla

tipologia di fragilità della persona che assistono e allo stato di convivenza del caregiver si evidenziano i dati secondo quanto riportato nella tabella sottostante.

Per quanto concerne l'Ambito Territoriale di Treviglio il numero di caregiver incontrati dall'Equipe Integrata Caregiver, sempre rilevato alla data del 31 dicembre 2023, è stato pari a 37, ossia corrispondenti al 5,2% dei caregiver totali censiti nella Provincia di Bergamo. Si segnala tuttavia un incremento significativo del numero di Caregiver intercettati dall'Equipe dell'Ambito di Treviglio nel 2024, certamente conseguenza anche delle azioni intraprese dall'Ambito stesso. A fine novembre 2024 il numero complessivo di caregiver intercettati è stato pari a 109 Caregiver.

Nella tabella successiva si riportano i caregiver incontrati, suddivisi per Comune di residenza, in ordine decrescente per incidenza sulla popolazione.

Comune	Num. assoluto caregiver intercettati	Num. caregiver per 1.000 abitanti
POGNANO	5	3,23
CALVENZANO	10	2,27
ARZAGO D'ADDA	6	2,19
FARA GERA D'ADDA	12	1,49
FORNOVO SAN GIOVANNI	4	1,17
BRIGNANO GERA D'ADDA	7	1,13
TREVIGLIO	30	0,97
SPIRANO	5	0,88
CARAVAGGIO	14	0,86
ARCENE	4	0,81
CASIRATE D'ADDA	3	0,73
CANONICA D'ADDA	3	0,70
LURANO	2	0,69
PAGAZZANO	1	0,48
PONTIROLO NUOVO	2	0,41
CASTEL ROZZONE	1	0,36
MISANO DI GERA D'ADDA	0	
MOZZANICA	0	

Tipologia di fragilità della persona assistita (dati provinciali)	Non vive con la persona che assiste	Vive con la persona che assiste
Disabilità	17,5%	82,5%
Demenza/Alzheimer	44,1%	55,9%
Cronicità	36,3%	63,7%
Senilità (Vecchiaia)	56,8%	43,2%
Disagio psichico	26,3%	73,7%
Neurologica	16,7%	83,3%
Oncologica	37,1%	62,9%
Altro	25,0%	75,0%

FOCUS: Il gioco d'azzardo nell'Ambito di Treviglio

L'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli ha comunicato che nel corso del 2022 sono stati spesi sul territorio italiano 63 miliardi di euro in giochi d'azzardo fisici e 73 miliardi in giochi online e, in vista della pubblicazione ufficiale del "Libro Blu", si stima che nel 2023 si siano spesi 67,9 miliardi in giocato fisico (+7,8% rispetto al 2022) e 82,08 miliardi nel giocato online (+12,3% rispetto al 2022). Nel territorio dell'Ambito di Treviglio il gioco d'azzardo è un'industria che vale più di 133 milioni di euro solo per quanto riguarda il giocato fisico (non sarebbe attendibile provare a fare una stima di quello online). Rispetto al 2022 c'è stato un lieve incremento del giocato totale pari allo 0,39%; si rilevano tuttavia forti discrepanze tra i singoli Comuni dell'Ambito.

Approfondendo l'analisi è possibile notare che la tipologia di giochi che hanno avuto una maggiore crescita sono le scommesse (+7%) e i giochi numerici e le lotterie (+5,2%), mentre è stata più contenuta la crescita relativa agli apparecchi (+0,91%).

I dati economici mostrano come anche nell'Ambito di Treviglio il gioco legale sia un fenomeno di enormi proporzioni, che attrae giocatori di tutte le fasce di età, esponendoli al rischio di sviluppare un gioco problematico o una vera e propria dipendenza.

Le ricerche, infatti, stimano che dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale abbia sviluppato un gioco problematico e dallo 0,5% al 2,2% un gioco patologico. Se teniamo in considerazione che ogni giocatore patologico impatta sulla vita di altre 5/7 persone (amici, familiari, colleghi, ecc..) possiamo intuire quanto possa essere importante l'impatto sulla popolazione, e che quindi sia necessario attuare politiche di prevenzione sul territorio dell'Ambito.

COMUNE	GIOCATO 2023 EFFETTIVO	GIOCATO 2022 EFFETTIVO	Differenza (valore assoluto)	Differenza (percentuale)
ARCENE	4.115.403,04 €	4.081.106,48 €	34.296,56 €	0,84%
ARZAGO	10.172.604,36 €	11.830.359,43 €	-1.657.755,07 €	-14,01%
BRIGNANO	2.970.890,33 €	2.908.333,09 €	62.557,24 €	2,15%
CALVENZANO	1.817.887,02 €	1.891.103,95 €	-73.216,93 €	-3,87%
CANONICA	4.589.896,95 €	4.595.810,04 €	-5.913,09 €	-0,13%
CARAVAGGIO	23.870.658,77 €	20.345.763,01 €	3.524.895,76 €	17,32%
CASIRATE	791.664,00 €	932.304,75 €	-140.640,75 €	-15,09%
C. ROZZONE	977.382,00 €	936.209,95 €	41.172,05 €	4,40%
FARA	4.939.646,39 €	4.935.232,55 €	4.413,84 €	0,09%
FORNOVO	1.552.412,86 €	1.723.024,75 €	-170.611,89 €	-9,90%
LURANO	1.932.515,58 €	1.788.216,06 €	144.299,52 €	8,07%
MISANO	1.517.264,07 €	1.699.844,00 €	-182.579,93 €	-10,74%
MOZZANICA	13.641.625,31 €	13.215.721,79 €	425.903,52 €	3,22%
PAGAZZANO	2.060.083,03 €	2.112.449,50 €	-52.366,47 €	-2,48%
POGNANO	961.441,41 €	1.042.838,50 €	-81.397,09 €	-7,81%
PONTIROLO	3.884.443,68 €	4.573.629,44 €	-689.185,76 €	-15,07%
SPIRANO	3.633.498,62 €	3.542.573,00 €	90.925,62 €	2,57%
TREVIGLIO	49.819.902,94 €	50.571.379,70 €	-751.476,76 €	-1,49%
Ambito	133.249.220,36 €	128.644.793,51 €	4.604.426,85 €	3,58%
Provinciali	1.388.036.767,36 €	1.374.651.234,13 €	13.385.533,23 €	0,97%
Regionali	12.417.341.800,73 €	12.106.119.565,14 €	311.222.235,59 €	2,57%
Nazionali	65.093.326.995,87 €	62.812.548.809,63 €	2.280.778.186,24 €	3,63%

3. ANALISI SOGGETTI E RETI PRESENTI SUL TERRITORIO

Il territorio dell'Ambito di Treviglio si caratterizza per quantità e qualità di soggetti attivi nel sistema locale sociosanitario. Quanto dichiarato viene evidenziato quotidianamente dai soggetti pubblici e privati operativi sul territorio, che dimostrano interesse e comunanza di intenti, convergendo su obiettivi comuni e condivisi.

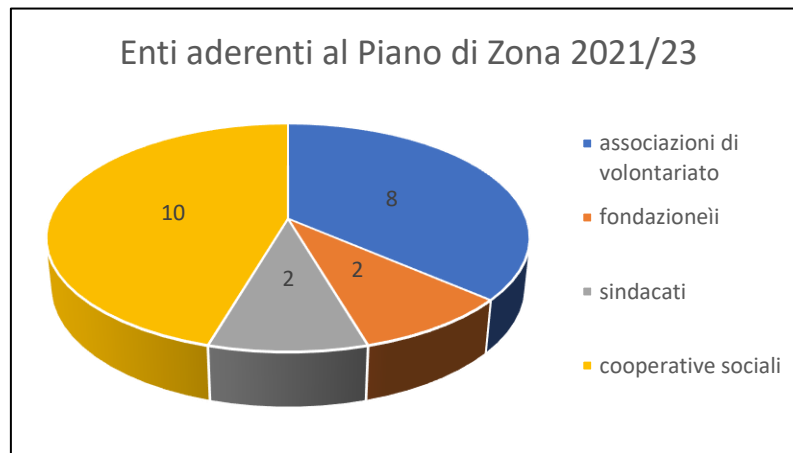
Agli "enti del Terzo Settore, al fine di rendere più efficace l'azione amministrativa nei settori di attività di interesse generale definiti dal Codice, è riconosciuta una specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell'interesse generale" (sentenza della Corte costituzionale n. 131 del 2020). Tale posizione peculiare degli enti del Terzo Settore nel rapporto con la Pubblica Amministrazione si fonda sulla loro qualificazione "come un insieme limitato di soggetti giuridici dotati di caratteri specifici" (art. 4 del Codice del Terzo settore - D.Lgs. 117/2017), rivolti a "perseguire il bene comune" (art. 1), a svolgere "attività di interesse generale" (art. 5), senza perseguire finalità lucrative soggettive (art. 8), sottoposti a un sistema pubblicistico di registrazione (art. 11) e a rigorosi controlli (articoli da 90 a 97).

Riteniamo quindi fondamentale evidenziare che il ruolo del Terzo Settore è stato valorizzato con un ruolo fondamentale nell'Ambito di Treviglio quale modalità concreta per agire la dimensione della programmazione partecipata pubblico e privato sociale e per favorire il pieno coinvolgimento di tutti gli attori locali nella traduzione operativa delle azioni contenute nel Piano di Zona, oltre che nella valorizzazione delle reti, mediante il lavoro di comunità, che sul territorio incontrano i bisogni e che leggono in primis le dinamiche di una comunità.

Nel tentativo di sintetizzare tale vivacità, rimandiamo ad alcune categorizzazioni esemplificative, quale conferma dell'attiva e costante partecipazione di enti pubblici ed enti del Terzo Settore.

Adesioni all'Accordo di Programma 2021/23

A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma 2021/23 da parte degli enti istituzionali, ovvero i 18 Comuni dell'Ambito di Treviglio, l'ATS di Bergamo, l'ASST Bergamo Ovest e la Provincia di Bergamo, l'Ambito ha formalmente aperto l'adesione al Piano di Zona anche da parte degli Enti del Terzo Settore, raccogliendo lungo il triennio l'adesione di 22 enti, diversificati per la loro tipologia.



Co-programmazione e co-progettazione

In linea con i principi guida trasversali definiti dal Piano di Zona 2021/23, nel corso del triennio l'Ambito ha avviato diverse procedure formali di co-programmazione e di

co-progettazione, per promuovere la partecipazione del Terzo Settore nell'amministrazione condivisa del welfare locale.

Di particolare rilievo è stata la procedura di co-programmazione inerente le progettualità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 5.2.1 “Servizi sociali, disabili, marginalità sociale” che ha visto la partecipazione di 21 enti del Terzo Settore, quale riprova delle consolidate relazioni di collaborazione instaurate sul territorio per il raggiungimento di intenti comuni in linea con quanto espresso nel Piano di Zona.

16

Sono state inoltre ben 8 le procedure formali di co-progettazione avviate con avviso pubblico nel triennio da parte dell'Ambito, per un valore complessivo di € 1.583.333,98 €. Tra queste si ritiene importante sottolineare:

- la rilevanza delle 4 procedure di co-progettazione relative ai progetti PNRR di cui l'Ambito è capofila, ciascuna delle quali ha attivato a sua volta una significativa rete di enti;
- l'avvio sperimentale nel 2024 di una co-progettazione con il Terzo Settore per la gestione di una comunità educativa per minori.

Coordinamenti territoriali tematici

Per migliorare l'integrazione dei servizi presenti nel sistema di welfare locale, da diversi trienni l'Ambito di Treviglio ha avviato l'esperienza delle reti e dei coordinamenti territoriali. I coordinamenti raggruppano unità d'offerta omogenee a livello territoriale e si impegnano per il miglioramento dei servizi offerti al cittadino, per l'integrazione tra pubblico e privato, per la sostenibilità del sistema di offerta, per la lettura della domanda territoriale e la raccolta di stimoli programmatori che sorgono nell'esercizio delle proprie attività.

Le reti ed i coordinamenti d'Ambito attualmente attivi sono:

- Rete Territoriale Interistituzionale “Non Sei Sola” per il contrasto alla violenza di genere, in collaborazione con l'Ambito di Romano di Lombardia;
- Coordinamento del sistema integrato di educazione e di istruzione ZEROSEI, il cui ruolo di capofila d'Ambito è assunto dal Comune di Treviglio;
- Consulte dei Servizi accreditati a livello di Ambito;
- Rete degli sportelli per gli assistenti familiari;
- Rete degli sportelli degli amministratori di sostegno.

Coinvolgimento degli enti durante la programmazione sociale 2025/27

Come da tradizione ormai consolidata nel territorio dell'Ambito di Treviglio, il momento di stesura del Piano di Zona è inteso come processo di scrittura partecipata che vede una attiva co-costruzione della programmazione sociale tra pubblico e privato sociale, momento apicale di un costante accompagnamento lungo tutto il triennio di implementazione del Piano di Zona.

Durante il percorso di elaborazione del Piano di Zona 2025/27 sono stati attivati 8 Tavoli di Consultazione territoriale tematici, corrispondenti alle macroaree previste dalle linee guida regionali, come di seguito elencati: Abitare; Povertà e grave emarginazione adulta; Giovani e minori; Famiglia; Fragilità/anziani; Lavoro; Disabilità; Gestione associata e CPE.

Complessivamente hanno partecipato ai tavoli 91 persone afferenti a 27 enti pubblici e 31 Enti del Terzo Settore. A questi numeri si aggiungono un centinaio di persone che hanno partecipato all'evento conclusivo della programmazione sociale 2025/27.



4. STRUMENTI E PROCESSI DI GOVERNANCE

L'assetto istituzionale dell'Ambito di Treviglio

L'**Assemblea dei Sindaci** dell'Ambito Territoriale Sociale è l'organo decisionale che ha il compito di individuare gli obiettivi delle politiche sociali locali e verificare la compatibilità degli impegni e delle risorse necessarie ad attuarli, approvando l'allocazione delle risorse dei fondi assegnati all'Ambito. L'Assemblea è composta da tutti i Sindaci dei Comuni firmatari l'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona 2025/27.

Il funzionamento dell'Assemblea è regolato dal "Regolamento di funzionamento dell'Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona dell'Ambito Territoriale Sociale di Treviglio", in coerenza con le disposizioni della normativa vigente. Ad inizio anno viene stabilito il calendario annuale delle sedute, di norma a cadenza mensile; le stesse potranno essere integrate con ulteriori convocazioni in ragione di necessità non previste.

All'Assemblea dei Sindaci potranno essere invitati a partecipare i referenti istituzionali degli enti firmatari dell'Accordo di Programma, in ragione dei temi in discussione all'ordine del giorno.

Al fine di valorizzare la collaborazione e la sinergia tra decisori politici e operatori tecnici, a livello di Ambito (ente capofila) e comunale, l'Assemblea dei Sindaci si avvale del supporto del **Consiglio Esecutivo**, organo che ha compiti di istruttoria e di formulazione di proposte e pareri in ordine alle funzioni attribuite all'Assemblea dei Sindaci e che vede la partecipazione delle figure apicali politiche e tecniche responsabili delle funzioni programmatiche e gestionali dell'Ambito.

Il Consiglio Esecutivo si riunisce di norma mensilmente, prima delle sedute dell'Assemblea dei Sindaci e viene redatto un verbale di sintesi a cura del Responsabile dell'Ufficio di Piano.

Al Consiglio Esecutivo viene affidato il ruolo di attivare spazi di incontro e di correlazione rispetto alla costruzione delle politiche sociali territoriali con gli organismi rappresentativi della comunità locale, ivi inclusi gli organismi di secondo livello di rappresentanza del Terzo Settore, anche favorendo la loro partecipazione a specifici tavoli tecnici di confronto su tematiche di interesse comune.

Ente Capofila del Piano di Zona

I 18 comuni che costituiscono l'Ambito di Treviglio, fin dalla prima programmazione territoriale sociale (L. 328/2000), hanno scelto di accorpate le funzioni programmatiche e di gestione riguardanti i servizi sociali dell'Ambito in un unico ente, nominalmente **Risorsa Sociale Gera d'Adda ASC**, formalmente costituito all'uopo e individuato pertanto quale ente capofila della programmazione sociale territoriale. Tale scelta è confermata anche per il triennio 2025/27 in quanto valutata la scelta migliore in grado di garantire efficacia, efficienza e trasparenza, anche in considerazione dell'elevato numero di comuni di piccole dimensioni presenti nell'Ambito. Tale scelta ha inoltre permesso in particolare nell'ultimo triennio di assicurare la tenuta del sistema territoriale anche a fronte della crescente centralità del livello assegnato dal Ministero e dalla Regione all'Ambito, a discapito dei comuni, nelle funzioni programmatiche e nella gestione di misure sempre più complesse ed economicamente rilevanti e che coinvolgono una molteplicità di attori territoriali, con una valenza sovracomunale.

Il ruolo dell'ente capofila si sostanzia, oltre che nella puntuale esecuzione degli adempimenti previsti dal livello regionale, nella funzione di rappresentanza per l'intera Assemblea dei Sindaci in sede programmatica nei confronti delle istituzioni e dei soggetti sottoscrittori e aderenti al presente Accordo di Programma.

L'organizzazione dell'Ufficio di Piano

L'**Ufficio di Piano** è la struttura tecnico-amministrativa deputata al supporto della programmazione sociale dell'Ambito Territoriale: è l'organismo tecnico di studio, consulenza, proposta e supporto dell'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.

L'Ufficio di Piano è composto da operatori dell'ente capofila con il compito di presidiare l'operatività quotidiana di tutte le procedure, le scadenze, gli adempimenti amministrativi, il monitoraggio e le diverse attività che compongono l'attività del Piano di Zona.

Per l'esecuzione dei suoi compiti, l'Ufficio di Piano si avvale di un'equipe di lavoro composta come di seguito specificato:

- Responsabile Ufficio di piano: 36 ore settimanali, di cui indicativamente 6 ore dedicate per la partecipazione al coordinamento degli Ambiti della provincia di Bergamo;
- Referente Amministrativo: 36 ore settimanali;
- Funzionario Ufficio Accreditamenti: 8 ore settimanali.

Concorrono alle attività dell'Ufficio di Piano, in maniera stabile e costante, il direttore dell'ente capofila e i referenti delle cinque aree dell'ente capofila, secondo necessità, per un monte ore settimanale stimato di circa 4 ore.

In linea con quanto atteso dalle Linee di indirizzo regionali (DGR 2167/2024) che invitano i singoli Ambiti a "procedere al potenziamento della struttura degli Uffici di Piano, consolidando la dotazione di personale chiamato a programmare e gestire misure sempre più complesse, trasversali e che coinvolgono una molteplicità di attori territoriali", compatibilmente con le risorse disponibili, nel corso del triennio 2025/2027 si prevede di potenziare l'equipe sopra specificata come segue:

- Funzionario Ufficio Accreditamenti: incremento di ulteriori 16 ore, per un totale di 24 ore settimanali;
- Coordinatore Ufficio di Piano: 36 ore settimanali;
- Funzionario referente per i bandi e la progettazione: 12 ore.

L'Ufficio di Piano potrà avvalersi anche di ulteriori consulenti o collaboratori esterni per l'esecuzione dei compiti ad esso affidati. Gli incarichi verranno attribuiti con appositi atti dell'Ente Capofila.

Al fine di sostanziare il costante rapporto tra Ufficio di Piano e i servizi sociali dei comuni del territorio, l'Ambito conferma la volontà di avvalersi dell'**Ufficio di Piano Allargato**, spazio di confronto per l'elaborazione delle proposte e delle modalità di realizzazione delle diverse procedure, di confronto in relazione ai servizi gestiti a livello sovra comunale e di Ambito, di possibile sviluppo di nuove progettualità e di verifica dell'effettiva attuazione dei contenuti delle diverse azioni del Piano di Zona sul territorio.

L'Ufficio di Piano Allargato viene coordinato e convocato dal Responsabile dell'Ufficio di Piano e risulta così composto:

- Responsabile Ufficio di Piano;
- Direttore di Risorsa Sociale Gera d'Adda ASC;
- Responsabili dei Servizi Sociali di ciascuno dei Comuni dell'Ambito (o un loro delegato).

In base ai temi in trattazione, e su invito del Responsabile dell'Ufficio di Piano, possono partecipare agli incontri dell'Ufficio di Piano Allargato: i coordinatori d'area

di Risorsa Sociale Gera d'Adda ASC, referenti di servizi specifici di ASST BG Ovest, esponenti delle organizzazioni del Terzo Settore aderenti al Piano di Zona.

L'Ufficio di Piano Allargato si riunisce di norma mensilmente, prima delle sedute dell'Assemblea dei Sindaci e viene redatto un verbale di sintesi a cura del Responsabile dell'Ufficio di Piano.

Programmazione partecipata

Il Piano di Zona è lo spazio territoriale e istituzionale all'interno del quale tutti gli attori, pubblici e privati, svolgono le proprie funzioni e dove vengono realizzate la coprogettazione, la realizzazione e la gestione congiunta degli interventi.

Il **ruolo del Terzo Settore** è strategico sia per la lettura del bisogno territoriale (si veda al riguardo sia per la programmazione delle risposte, come indicano la Legge 328/2000, la LR 3/2008, la DGR 2167/2024, prevedendo precisamente che la funzione sociale dell'associazionismo e del Terzo Settore consiste nel favorire i processi inclusivi e nell'agevolare la lettura dei bisogni e la personalizzazione delle risposte a favore dei cittadini.

Gli enti del Terzo Settore, come ogni triennio, sono pertanto invitati ad aderire all'Accordo di Programma per esprimere formalmente la propria volontà di collaborare attivamente alla realizzazione sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'Ambito.

Anche per il triennio 2025/27 vengono inoltre confermati gli spazi di confronto avviati negli anni precedenti per garantire la partecipazione degli operatori del territorio alla programmazione delle politiche sociali e alla effettiva costruzione di un welfare partecipato.

Al fine di mantenere un raccordo costante tra Ufficio di Piano e assistenti sociali che operano nel territorio è costituito il **coordinamento tecnico degli assistenti sociali** dell'Ambito di Treviglio, che si riunisce di norma con cadenza mensile e a cui sono chiamati a partecipare tutti gli assistenti sociali che operano, al di là del loro contratto di lavoro, nei servizi sociali dei comuni dell'Ambito e nei servizi sociali di Ambito.

Agli incontri del coordinamento tecnico degli Assistenti Sociali sono talvolta inviati a partecipare anche gli operatori afferenti ai servizi sociosanitari dell'ASST BG Ovest, secondo modalità che verranno concordate all'occorrenza.

Inoltre, per assicurare il pieno coinvolgimento e la partecipazione attiva degli attori sociali che operano sul territorio che aiutano a veicolare nel sistema i bisogni e le criticità provenienti dalla società l'Ambito di Treviglio intende provare a consolidare stabilmente l'esperienza dei seguenti **Tavoli di Area**, quali luogo di confronto stabile per il monitoraggio degli obiettivi declinati nel Piano di Zona:

1. FRAGILITÀ e ANZIANI;
2. DISABILITÀ e SALUTE MENTALE;
3. FAMIGLIA e MINORI;
4. INCLUSIONE SOCIALE e DISAGIO ADULTO.

La partecipazione ai Tavoli di Area è esclusivamente riservata agli enti firmatari e/o aderenti all'Accordo di Programma.

I Tavoli di Area si riuniscono indicativamente con cadenza semestrale. Sarà facoltà di ciascun Tavolo di Area costituire gruppi di lavoro su tematiche specifiche, i cui esiti saranno oggetto di discussione dei Tavoli di Area stessi.

Infine, per migliorare l'integrazione dei servizi presenti nel sistema di welfare locale, si prevede il proseguimento dell'esperienza delle **reti e dei coordinamenti territoriali** attivi nell'Ambito di Treviglio. I coordinamenti raggruppano unità d'offerta omogenee a livello territoriale e si impegnano per il miglioramento dei servizi offerti

al cittadino, per l'integrazione tra pubblico e privato, per la sostenibilità del sistema di offerta, per la lettura della domanda territoriale e la raccolta di stimoli programmatori che sorgono nell'esercizio delle proprie attività.

Le reti ed i coordinamenti d'Ambito confermati per il Piano di Zona 2025/2027 sono:

- Rete Territoriale Interistituzionale "Non Sei Sola" per il contrasto alla violenza di genere;
- Coordinamento del sistema integrato di educazione e di istruzione "zerosei", il cui ruolo di capofila è assunto dal Comune di Treviglio;
- Consulte dei Servizi accreditati a livello di Ambito;
- Rete degli sportelli per gli assistenti familiari;
- Rete degli sportelli degli amministratori di sostegno.

L'Assemblea dei Sindaci potrà definire l'attivazione di ulteriori coordinamenti di Ambito nel corso del Piano di Zona, laddove se ne rilevi la necessità.



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

Gli indirizzi per la programmazione territoriale, declinati all'interno delle normative, nazionali e regionali, delineano nell'area della fragilità, della non autosufficienza e della disabilità, percorsi assistenziali e di presa in carico sempre più integrati tra il sistema sanitario e quello sociale. Obiettivo primario, così come definito nel **Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-24** e nella Legge Nazionale 234/2021 (Legge di Bilancio 2022) art. 1 comma 162, è quello di "garantire la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio, qualora questo sia appropriato in relazione ai bisogni e ai desideri della persona, assicurando i servizi in forma integrata ed unitaria".

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

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

Modalità gestionali e operative	L. 234/2022	DPCM 12/01/2017
Punti Unici d'Accesso	L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari avviene attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità».	Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
Valutazione multidimensionale	Viene garantita la valutazione multidimensionale della capacità biopsico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessari.	Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale».
Equipe multiprofessionali	Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente	I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di

	sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS (<i>ndr per ATS a livello nazionale si intendono gli Ambiti Territoriali Sociali</i>).	attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali.
Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)	L'equipe integrata procede alla definizione del PAI, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.	I Progetti di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Fonte PNNA 2022-24 – paragrafo 1.4

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

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

Accesso	Punto unico di Accesso (PUA)
Prima valutazione	
Valutazione multidimensionale	Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM)
Elaborazione del piano assistenziale individualizzato	
Monitoraggio degli esiti di salute	

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

Il percorso assistenziale integrato definisce quindi una modalità di presa in carico della persona che richiede un'organizzazione e gestione sempre più raccordata tra il sistema dei servizi degli Ambiti Territoriali Sociali e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal PNRR M5C2 e M6C1 e, considerata la varietà e la complessità del sistema d'offerta che risponde

ad esigenze diversificate, richiedendo l'individuazione di strategie di coordinamento e raccordo, modalità operative e percorsi orientati ad una forte integrazione delle competenze e delle misure. Per dare operatività a tale approccio le diverse normative hanno individuato e definito finalità, obiettivi e aspetti organizzativi relativamente a tre aspetti fondamentali: i PUA, servizio fondamentale nel garantire l'accesso ai servizi, alle **Equipe di valutazione multidimensionale** con riferimento alla prima valutazione e alla valutazione multidimensionale ed all'elaborazione del **piano assistenziale individualizzato**.

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

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

- le modalità di raccordo, gli aspetti organizzativi e gestionali che i soggetti istituzionali sottoscrittori intendono perseguire nel dare piena realizzazione alle diverse fasi di presa in carico della persona fragile, disabile o non autosufficiente secondo quanto previsto dal LEPS di processo che definisce il Percorso assistenziale integrato;
- il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
- le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- un sistema di strumenti e supporti che definiscano modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato.

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

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

- realizzare concretamente un livello di programmazione unitaria attraverso un coordinamento tecnico-gestionale che renda più efficaci, più flessibili e meno frammentati gli interventi sociali e socio-sanitari, con un miglior utilizzo delle risorse messe a disposizione al fine di dare risposte ai bisogni della persona in condizioni di fragilità favorendo l'identificazione degli interventi di sostegno e una "presa in carico" integrata della persona e della sua famiglia;
- implementare un approccio coordinato e sinergico che renda sempre più agevole, integrato e partecipato il percorso di accesso e orientamento alla rete dei servizi da parte delle persone, delle famiglie e della comunità, attraverso il potenziamento/integrazione degli sportelli territoriali già in essere, valorizzando i sistemi informativi già in uso tra i servizi sociosanitari e sociali;
- definire composizione, funzioni, compiti e procedure di funzionamento delle Equipe di Valutazione Multidimensionale attivate sul territorio per la valutazione delle capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni;

- garantire la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, per assicurare la definizione di percorsi di presa in carico realmente integrati e favorire lo sviluppo di interventi di prossimità;
- sviluppare una visione comunitaria, orientata verso una nuova organizzazione delle funzioni e delle relazioni territoriali.

Il Punto Unico di Accesso e i Punti di Ascolto Decentrati

L'accesso alla rete dei servizi costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui viene garantito l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e l'accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle Missioni 5 e 6 del PNRR (PNNA 2022-2024).

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

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

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

1. **Front office** – questa funzione può essere svolta anche dai Punti di Ascolto Decentrati

Informazione e orientamento: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.

2. **Back office di I livello** – questa funzione può essere svolta anche dai Punti di Ascolto Decentrati

Bisogno semplice e "complesso" qualora non richieda una presa in carico integrata: prima valutazione di ogni richiesta accolta presso il punto e proposta di un relativo percorso di presa in carico. Nel caso di richieste "semplici", direttamente risolvibili, al punto compete l'orientamento e/o l'invio ai servizi individuati al riguardo.

Per le situazioni "complesse" che non richiedono una presa in carico integrata, o l'attivazione di servizi integrati, ovvero riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, il punto provvede ad avviare il percorso di presa in carico, attivando direttamente i servizi necessari e mettendo a conoscenza il PUA.

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

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

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

- promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in un'ottica di integrazione;
- garantire un accesso unitario, superando la differenziazione dei diversi punti d'accesso, anche valorizzando l'apporto delle nuove tecnologie e degli obiettivi di digitalizzazione e comunicazione tra diversi sistemi informatici;
- assicurare e rafforzare l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali, il sistema sanitario e il sistema sociosanitario, assicurando sia il livello dell'accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare, integrata anche con le reti della comunità locale.

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

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

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

- garantire un'attività di informazione e orientamento ai cittadini sui servizi sociali e sociosanitari e sulle modalità per accedervi;
- agevolare l'accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai cittadini (accompagnamento);
- garantire la valutazione multidimensionale delle persone fragili, disabili e non autosufficienti, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita;
- garantire, a seguito della valutazione, la definizione, a cura dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM), del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), contenente l'indicazione degli interventi necessari, modulati secondo l'intensità del bisogno;
- attivare i referenti territoriali della rete formale dell'utente per eventuali approfondimenti della richiesta a garanzia di risposta da parte di un sistema integrato;
- monitorare le situazioni di fragilità sociale, sociosanitaria e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno;
- promuovere e attivare reti formali e informali della comunità al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali e sociosanitari del territorio per la conoscenza dei problemi della comunità e delle risorse attivabili;
- monitorare e valutare l'esito dei processi avviati.

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

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

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

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

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

disseminazione sul proprio territorio di Punti di Ascolto Decentrati presidiati da operatori sociali con adeguate competenze.

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

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

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

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

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

Obiettivi congiunti Ambiti/ASST da svolgersi nel triennio

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

Tempi e azioni principali da realizzare nel 2025 - 2027

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

- Anno 2027
Implementare i diversi settori di intervento attraverso la realizzazione di protocolli operativi

Strumenti

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

Monitoraggio

- *Individuazione indicatori e strumenti di monitoraggio*
- *Rilevazione dati e verifica stato di avanzamento delle diverse attività (almeno semestrale)*
- *Elaborazione dati e relativa reportistica*

Verifica e Valutazione

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

Governance

ASST, Ambiti territoriali

Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM)

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

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

Con riferimento alla valutazione multidimensionale ci si propone di:

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

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

L'EVM ha il compito quindi di tradurre gli esiti della valutazione dei bisogni in un Progetto di vita a favore della persona fragile, predisposto d'intesa con la persona interessata e il caregiver familiare, quando presente, evidenziando le condizioni e il

contesto di vita, gli interessi, i bisogni, le richieste, i desideri e le preferenze della persona stessa (Legge Regionale n.25/2022). È essenziale che la valutazione includa:

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

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

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

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

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

Obiettivi congiunti Ambiti/ASST da svolgersi nel triennio

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

Tempi e azioni principali da realizzare nel 2025 - 2027

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

Strumenti

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

Monitoraggio

- *Individuazione indicatori e strumenti di monitoraggio*

- Rilevazione dati e verifica stato di avanzamento delle diverse attività (almeno semestrale)
- Elaborazione dati e relativa reportistica

Verifica e Valutazione

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

Governance

- ASST, Ambiti territoriali

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

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

- LEPS: Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato (Assegno di Inclusione - AdI).

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

- QUANDO VIENE ATTIVATA: L'EVM è prevista per le situazioni di beneficiari dell'AdI in carico ai servizi specialistici (CPS e/o SERD) dove è presente un bisogno complesso, e dove è richiesto la compilazione del QUADRO DI ANALISI. Viene quindi attivata nella fase di analisi preliminare e quadro di analisi, ed è finalizzata alla costruzione del PaIS.

Sono quindi prevedibili due diverse modalità: una convocazione sul caso, e una convocazione periodica di valutazione su più casi, e di rilettura della casistica in carico e delle tipologie.

- QUALE COMPOSIZIONE: A partire dall'equipe sociale minima (Case Manager + assistente sociale del comune di residenza del beneficiario AdI), si prevede il coinvolgimento dei servizi sociosanitari nelle figure specialistiche dell'assistente sociale, del medico psichiatra/medico curante e/o delle altre figure sanitarie attive sul caso (infermiere, psicologo, ecc.) dell'ASST BG-OVEST, che collaborino con il servizio sociale professionale e con eventuali figure di coordinamento di servizi del terzo settore che condividono la presa in carico del beneficiario.

- COME AVVIENE LA SEGNALAZIONE: la segnalazione e la convocazione di attivazione della EVM viene fatta dal Case Manager AdI e/o dall'assistente sociale competente (AS Servizi Sociali territoriali/AS del servizio specialistico) che ha in carico la situazione complessa.

- RESPONSABILITÀ: la responsabilità del processo di valutazione da parte dell'equipe è in capo al soggetto che ne propone l'attivazione sul singolo caso; si ipotizzano incontri periodici di analisi e valutazione delle situazioni mediante convocazione da parte dell'Ambito Territoriale Sociale.

POLITICHE ABITATIVE

- LEPS: Servizi per l'accesso, la valutazione e i sostegni da individuare nel progetto individualizzato.

Garantire la presa in carico integrata e un percorso partecipato di accompagnamento funzionale allo stato di salute, economico, familiare e lavorativo della persona interessata, attraverso un servizio di facile accessibilità alle persone in condizione di povertà o marginalità, anche estrema.

- **QUANDO VIENE ATTIVATA:** L'EVM è prevista per le situazioni complesse in carico ai servizi specialistici (CPS e/o SERD) dove è presente un bisogno abitativo, e dove è previsto l'accesso ai servizi legati all'abitare. Viene quindi attivata nella fase di analisi preliminare ed è finalizzata alla costruzione di un progetto personalizzato.
- **QUALE COMPOSIZIONE:** si prevede il coinvolgimento dei servizi sociosanitari nelle figure specialistiche dell'assistente sociale, e del medico psichiatra/medico curante e/o delle altre figure sanitarie attive sul caso (infermiere, psicologo, ecc.) dell'ASST BG-OVEST che collabora con il servizio sociale territoriale e con eventuali figure di coordinamento di servizi del terzo settore che gestiscono servizi legati all'abitare.
- **COME AVVIENE LA SEGNALAZIONE:** la segnalazione e la convocazione di attivazione dell'EVM viene fatta dall'assistente sociale competente che ha in carico la situazione complessa con bisogno abitativo.
- **RESPONSABILITÀ:** la responsabilità del processo di valutazione da parte dell'equipe è in capo al soggetto che ne propone l'attivazione sul singolo caso.

DOMICILIARITÀ

- **LEPS:** *Potenziamento del Servizio di Assistenza Domiciliare; Servizi sociali per le dimissioni protette.*
Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi Ambiti Territoriali Sociali del Distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi; uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità; rinforzare la connessione degli interventi coinvolti nei progetti di dimissioni protette; promuovere un maggiore coordinamento e integrazione con le Cure Domiciliari.
- **QUANDO VIENE ATTIVATA:** Per assicurare una presa in carico globale, valutando l'insieme di eventuali bisogni sociosanitari e per evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione è di carattere multidimensionale. La valutazione multidimensionale, successiva alla verifica dei requisiti di accesso, è effettuata dagli Ambiti Territoriali Sociali in modalità integrata con l'ASST ove ne ricorra la necessità in relazione alle condizioni sanitarie rilevate, sulla base di specifici protocolli operativi definiti fra ASST e Ambiti (vd FNA B2 e interventi integrativi connessi).
- **QUALE COMPOSIZIONE:** La funzione valutativa, come precisato nel PNNA 2022-2024, è esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.
Si prevede la seguente composizione "minima": l'FeC, assistente sociale di Ambito/CdC, a cui potranno aggiungersi altre figure in relazione ai bisogni rilevati (assistente sociale comunale, Ente Gestore, beneficiario e/o Caregiver, altri operatori della CdC, ecc).
- **COME AVVIENE LA SEGNALAZIONE:** Ogni soggetto componente l'EVM può segnalare all'equipe situazioni che richiedono una valutazione multidimensionale, inviando la richiesta di convocazione dell'Equipe agli operatori addetti della Casa di Comunità.
- **RESPONSABILITÀ:** Potranno definirsi responsabilità diversificate a seconda dei soggetti destinatari di provvedimenti che richiedono valutazioni multidimensionali. Nello specifico, per quanto riguarda i servizi domiciliari la responsabilità della convocazione, conduzione ed esito della valutazione è in capo all'Ambito/Comuni quando l'intervento richiesto riguarda le misure, i servizi e gli interventi garantiti dall'Ambito e/o dai servizi sociali comunali, mentre



è in capo al Distretto/Casa della Comunità quando l'intervento erogato riguarda misure, servizi e interventi a carico dei servizi della CdC.

ANZIANI

- LEPS: *Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM; Percorso assistenziale integrato (LEPS di processo).*

Promuovere un modello organizzativo gestionale omogeneo e continuativo nei diversi Ambiti Territoriali Sociali del Distretto per la gestione integrata e coordinata degli interventi; garantire la presa in carico integrata della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale; promuovere l'integrazione tra attività sanitaria e attività socioassistenziale; semplificare l'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari e la messa a disposizione di punti unici di accesso (PUA); potenziare la valutazione multidimensionale, finalizzata a definire il Progetto di Assistenza Individuale (PAI), redatto tenendo conto dei fabbisogni assistenziali individuati presso i PUA; potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare e sua integrazione con le Cure domiciliari.

La valutazione multidimensionale per la presa in carico integrata della persona descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

- QUANDO VIENE ATTIVATA: L'EVM costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psicosociale della persona nei casi complessi e delle condizioni ed effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica. Al termine della valutazione multidimensionale è prevista l'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).
- QUALE COMPOSIZIONE: L'Ambito Territoriale Sociale e il Distretto Sanitario costituiscono l'EVM composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. Individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona. La composizione minima dell'EVM (che può variare in relazione al bisogno) comprende:
 - il medico di medicina generale;
 - l'infermiere di comunità;
 - l'assistente sociale dell'Ambito/comuni;
 - l'assistente sociale della Casa della Comunità/Distretto.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medico di Distretto, medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.
- COME AVVIENE LA SEGNALAZIONE: Gli operatori del sistema dei punti di accesso (PUA e Punti Integrati Decentrati) effettuano una prima analisi del bisogno della persona. In caso di bisogno semplice, il cittadino viene accompagnato nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (es. Assistenza Domiciliare Integrata-ADI, SAD, ecc.). Nel caso di bisogno complesso, il cittadino viene inviato all'EVM per una ulteriore fase di valutazione multidimensionale.
- RESPONSABILITÀ: La responsabilità della convocazione, conduzione ed esito della valutazione è in capo al Distretto/Casa della Comunità.

INTERVENTI CONNESSI ALLE POLITICHE PER IL LAVORO

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

INTERVENTI PER LA FAMIGLIA

- **LEPS:** *Prevenzione dell'allontanamento familiare; Offerta integrata di interventi e servizi.*
Per la fascia di età infantile, realizzare percorsi di accompagnamento volti a garantire ai minori una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale definiti congiuntamente in équipe multidisciplinare con la famiglia.
Per i giovani ragazzi e maggiorenni i possibili interventi sono realizzati attraverso una preliminare analisi della situazione, una valutazione multidimensionale dei bisogni, delle aspettative e delle potenzialità di ogni ragazzo/a.
Superare la frammentazione e la mancanza di integrazione e cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi, ricomponendo i percorsi di presa in carico e quindi migliorare la governance complessiva affinché siano garantite azioni realizzate in una logica trasversale e unitaria.
Attualmente è presente un protocollo operativo tra ASST Bergamo Ovest e i 4 Ambiti Territoriali Sociali per la presa in carico di minori e famiglie sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che definisce una prassi operativa che consenta di avere un approccio multidisciplinare integrato nel rispetto delle singole competenze e titolarità degli Enti di appartenenza. Tale protocollo tuttavia non ha visto la sua completa attuazione risultando per alcuni aspetti significativi inapplicato.
- **QUANDO VIENE ATTIVATA:** come previsto dalle "Linee di indirizzo nazionali per la presa in carico di bambini e famiglie con vulnerabilità" l'attivazione dell'EVM si rende opportuna per le situazioni con incarico dell'autorità giudiziaria (AG) oltre che nelle situazioni che, pur in assenza di ingaggio dell'AG sono, per loro caratteristiche, complesse.

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

INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

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

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

AUTISMO NEXT GENERATION: EQUIPE AUTISMO DI SUPERVISIONE PERMANENTE INTER-AMBITI

- LEPS: Punti Unici di Accesso (Pua) integrati e UVM; Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato.
Rafforzamento delle EVM; Rafforzamento delle competenze per un impiego efficace degli strumenti di lavoro nelle EVM; Elaborare un progetto di vita con il coinvolgimento delle EVM attraverso il rafforzamento di un'equipe permanente rappresentativa delle diverse istituzioni, avviando prioritariamente il confronto e la progettazione con il servizio NPIA e il CPS in quanto soggetti privilegiati, al fine di creare uno scambio inter-istituzionale virtuoso tra enti sociali ed enti sanitari. Interventi integrati e congiunti e, ove necessario, sperimentali tra Ambiti e ASST BG Ovest (prosecuzione del Protocollo operativo sottoscritto dai 4 Ambiti del Distretto Ovest con DSDM ASST BG Ovest ad aprile 2023); Individuazione di soggetti accreditati al ruolo di Case Management sul territorio degli Ambiti Territoriali Sociali; Consolidamento della collaborazione con i servizi sociosanitari specialistici territoriali denominati "Spazio autismo", che intervengono nella valutazione e presa in carico condivisa dei beneficiari.
- QUANDO VIENE ATTIVATA: secondo i casi previsti dalla normativa vigente in materia di disabilità e secondo gli accordi territoriale esistenti: Protocollo d'intesa tra Ambiti Territoriali Sociali e DSDM/ASST Bergamo Ovest. Convocazione da parte dell'Ambito Territoriale Sociale a seguito di istanza del cittadino.
- QUALE COMPOSIZIONE: L'Equipe inter-ambito AUTISMO è costituita in modo stabile da referenti per l'autismo (educatori, coordinatori, psicologi...) appartenenti agli Ambiti Territoriali Sociali e prevede la partecipazione e il coinvolgimento delle altre agenzie sopra citate. Tale equipe rappresenta un punto di incontro trasversale che si prevede possa perseguire l'obiettivo strategico di favorire l'integrazione tra i servizi e dare valore alle risorse già presenti nei territori, inserendole all'interno di un medesimo "Sistema". Per i minori affetti da sindrome autistica è necessario prevedere il coinvolgimento delle figure specialistiche del Neuropsichiatra Infantile e dell'assistente sociale dei servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASST BG OVEST.
- OBIETTIVI: Si prevede che l'equipe autismo possa perseguire i seguenti obiettivi su due fasi.
Fase esplorativa
 - Raccolta dati sui bisogni delle famiglie con definizione di un progetto sperimentale pilota per indagare il punto di vista e i bisogni delle famiglie nelle varie fasi del ciclo di vita (ad es. interviste semi-strutturate);
 - Analisi dei bisogni formativi del territorio in merito all'autismo e alle metodologie di approccio (ad es. scuola, servizi sociali, agenzie informali);
 - Mappatura degli utenti e mappatura dei servizi/misure esistenti nei territori



di riferimento.

Fase attuativa

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

Obiettivi congiunti Ambiti/ASST da svolgersi nel triennio

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

Continuità Assistenziale

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

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

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

di progetto), già presenti o attivabili anche in seno alla comunità territoriale, alla rete familiare, nonché al sistema dei supporti informali, che poi compongono il budget di progetto.

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

All'interno del Progetto di Vita, per quanto possibile, sarà implementata la continuità dei sostegni e di tutti gli interventi necessari per rendere accessibile il luogo di abitazione.

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

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

Obiettivi congiunti Ambiti/ASST da svolgersi nel triennio

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

Implementazione Cure Domiciliari per i pazienti fragili e cronici

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

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

Potenziamento del Servizio di Assistenza Domiciliare in termini quantitativi e qualitativi

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

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

- a) Potenziamento della custodia sociale;
- b) Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;
- c) Supporto domiciliare, nelle nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;
- d) Servizi di supporto per la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro di domanda – offerta di lavoro degli assistenti familiari;
- e) Pasti a domicilio;
- f) Sostituzione temporanea degli assistenti familiari in caso di ferie/malattia e maternità;
- g) Telesoccorso/teleassistenza.

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

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

Servizi sociali per le dimissioni protette

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

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

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

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

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

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

La continuità e la sostenibilità di queste azioni (il progetto PNRR è in scadenza a marzo 2026) per tutto il **triennio 2025/27** sono direttamente conseguenti dalla costituzione di una governance di sistema che concretizzi una effettiva collaborazione tra enti, soggetti e professionisti diversi tramite accordi e protocolli d'intesa, che costruiscono le basi per una più efficiente ed efficace partnership.

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

La **Centrale Operativa Territoriale (COT)**

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

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

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

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

Tempi e azioni principali da realizzare nel 2025 - 2027

- *Anno 2025*

Costituzione e attivazione di Gruppi di miglioramento che vedano coinvolti ASST, Ambiti Territoriali Sociali per la stesura di protocolli condivisi

- *Anno 2026*

Implementazione protocolli operativi e definizione di indicatori di processo e di esito per la valutazione dell'efficacia della presa in carico

- *Anno 2027*

Analisi dei risultati e definizione di strategie di miglioramento

Strumenti

- Gruppi di miglioramento territoriali
- Schede di monitoraggio

Monitoraggio

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

Verifica e Valutazione

- Analisi degli Indicatori di processo e esito

Governance

- ASST, Ambiti territoriali

6. ANALISI DEI BISOGNI

Le risposte ai bisogni: Unità d'offerta sociali e sociosanitarie presenti sul territorio

Nella tabella allegata si riporta infine un'analisi dettagliata delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie presenti sul territorio dell'Ambito di Treviglio, con lo specifico del numero di utenti e delle prestazioni sociali da esse fornite (dati riferiti all'anno 2022 – ultimo dato disponibile fornito da ATS Bergamo).

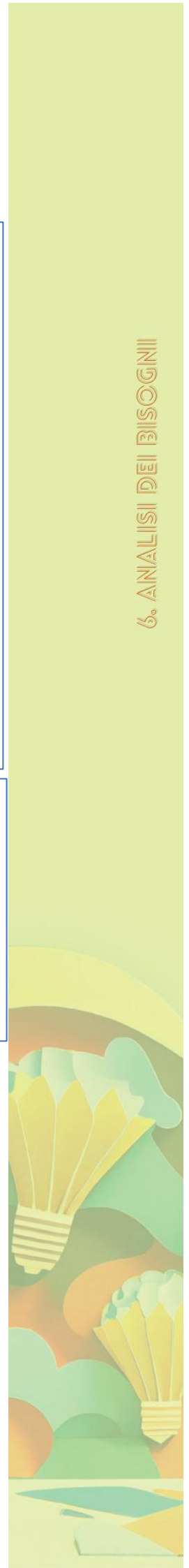
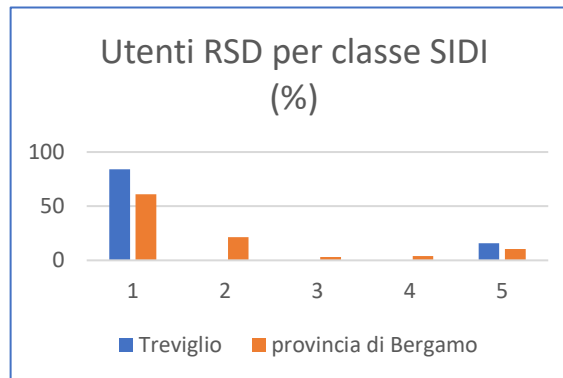
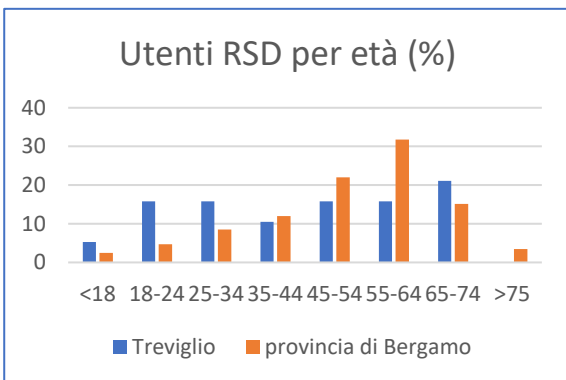
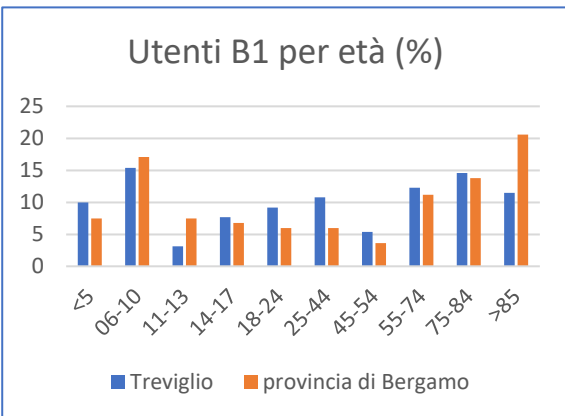
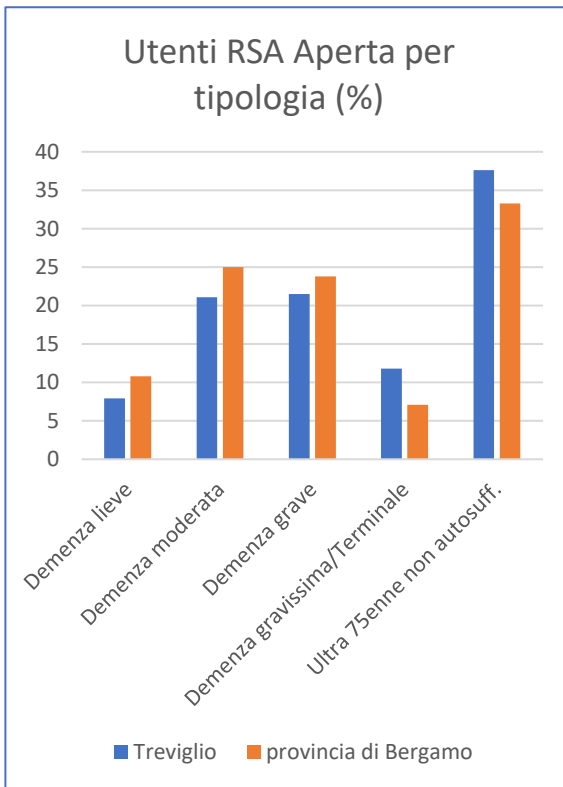
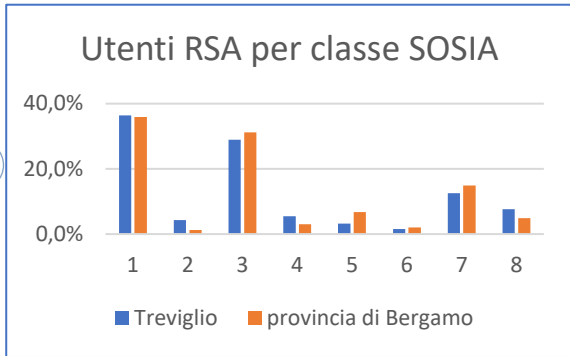
OFFERTA SOCIALE E SOCIO - SANITARIA	UNITÀ D'OFFERTA SOCIO-SANITARIA			UNITÀ D'OFFERTA SOCIALE	
	ANZIANI	DISABILI	MINORI	PERSONE CON DIPENDENZA	FAMIGLIE
RESIDENZIALE	n. 5 RSA: 385 posti (di cui: 378 accreditati; 316 a contratto). n.588 utenti inseriti, di cui il 74% femmine	0 RSD: n. 19 utenti inseriti in strutture fuori Ambito	8 Comunità Educative: 75 posti	1 Servizio Residenziale per n. 45 posti (accreditati e a contratto) e n. 26 utenti (di cui 85% maschi)	1 Hospice: n. 8 posti abilitati (accreditati e a contratto) n. 151 persone assistite
	n. 2 enti gestori di RSA Aperta per n. 1 posti residenziali di sollievo. n. 280 beneficiari, di cui il 66% femmine	Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità: n. 1 ente gestore per n. 7 posti.	n. 3 Comunità Alloggio Disabili: 25 posti	1 Comunità Educativa: 10 posti	5 Alloggi per l'Autonomia genitori e figli: 12 posti
	n. 4 posti di Ricoveri Temporanei: n. 70 collocamenti	Misura Dopo Di Noi: n. 1 gruppo appartamento con Ente gestore e n.1 gruppo appartamento autogestito. n. 14 beneficiari del contributo	2 Alloggi per l'Autonomia: 12 posti		Servizi di Ambito per emergenza abitativa/accoglienza temporanea: 10 appartamenti – 25 posti
	n. 1 Comunità Alloggio Sociale per n. 12 posti				1 Comunità Familiare: 6 posti
	n. 1 Alloggio protetto per n. 10 posti				

6. ANALISI DEI BISOGNI

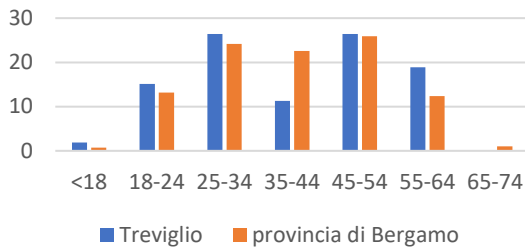
SEMI RESIDENZIALE	n. 2 CDI: 70 posti (di cui: 70 accreditati; 60 a contratto). n. 106 assistiti, di cui il 68% femmine	n. 3 CSS: n. 25 posti abilitati e n. 11 utenti inseriti	29 Servizi per la Prima Infanzia: 587 posti	1 Servizio Bassa Intensità Assistenziale per n. 5 posti (di cui: 5 accreditati; 3 a contratto) e n. 5 utenti	MISURA B1: n. 10 enti Gestori per n. 130 assistiti
	0 Centro diurno anziani	n. 2 CDD: 60 posti e n. 53 utenti inseriti	70 Servizi diurni ricreativi (2 CAG e 68 CRDM)		MISURA B2: n. 150 beneficiari
		n. 1 CSE: 24 posti e n. 22 utenti inseriti	n. 2 Centro Diurno Minori: 39 minori inseriti		
		n. 2 SFA: 65 posti per n. 23 utenti ins.	1 "Polo per l'Infanzia 0-6"		
		Spazio autismo: n. 11 beneficiari dell'Ambito di Treviglio in convenzione			
SERVIZI DOMICILIARI E AMBULATORIALI	SAD: 313 utenti per n. prestazioni 42.389	ADH: 22 utenti per 2.416 ore di prestazione	ASE: 389 utenti per 37.907 ore di prestazione	n. 1 Servizio Dipendenze (SERD) e n. 1 Servizio Multidisciplinare Integrato (SMI): complessivamente n. 523 utenti, di cui 79% già in carico	3 Consultori Familiari (1 pubblico e 2 accreditati) per n. 4.228 utenti (di cui 86% femmine)
			ADM e TUTORING: n. 80 minori seguiti in ADM di cui n. 46 del Servizio Minori e Famiglia per 7.574 ore di prestazione n. 55 utenti seguiti dal SIP, di cui 8 fuori d'Ambito		GENITORI SEPARATI O DIVORZIATI: CONTRIBUTO LOCAZIONE: n.7
	SAD URGENZA: 78 utenti per n. prestazioni 820				PERSONE IN TERAPIA ONCOLOGICA /CHEMIOTERAPICA: n. 28 soggetti hanno ricevuto un contributo
	n. 15 enti gestori ADI per n. 1395 utenti				Sportello Parole Giovani: n. 60 utenti
	Cure intermedie: n.1 ente gestore e n. 10 posti (di cui 10 accreditati; 5 a contratto)				
	n. 23 enti gestori Cure Palliative per n. 234 utenti				

Bisogni espressi in ambito socio-sanitario

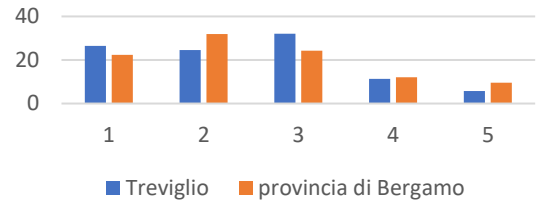
A seguire vengono riportati alcuni dati riferiti all'anno 2022(ultimo anno disponibile, fonte ATS Bergamo) in merito agli utenti delle unità d'offerta socio-sanitaria.



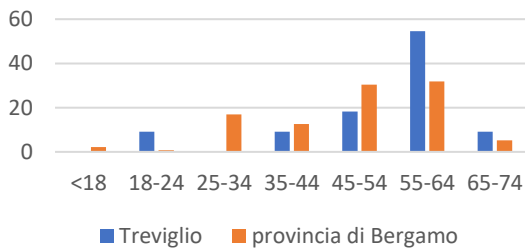
Utenti CDD per età (%)



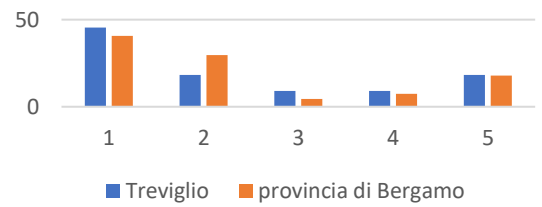
Utenti CDD per classe SIDI (%)



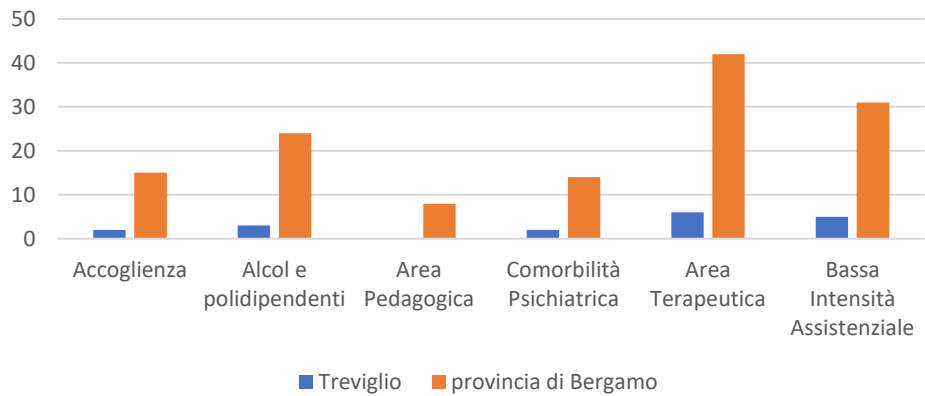
Utenti CSS per età (%)



Utenti CSS per classe SIDI (%)

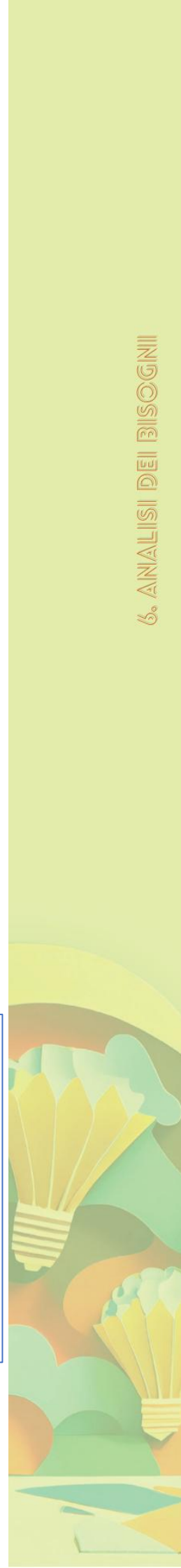
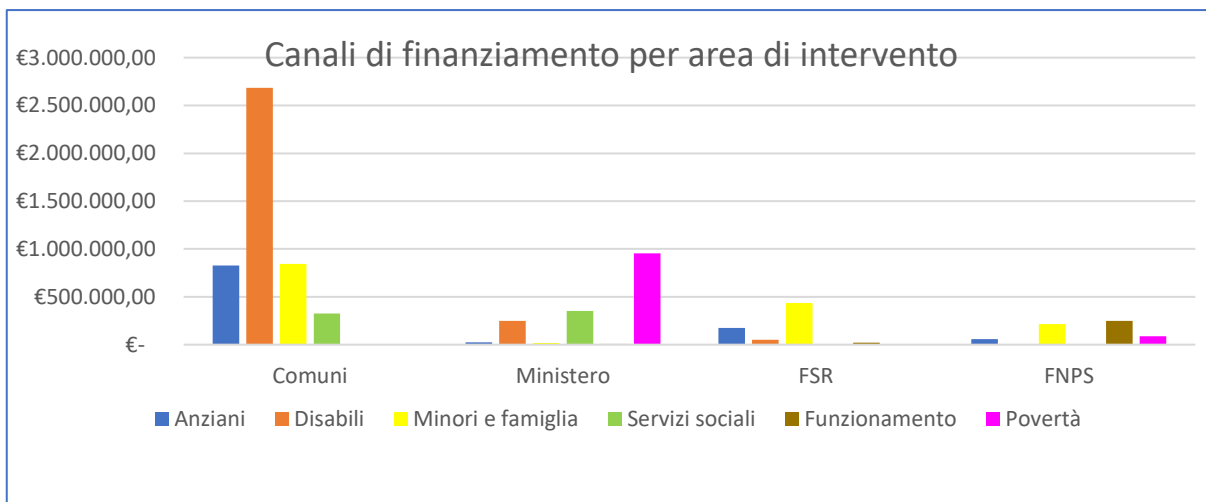
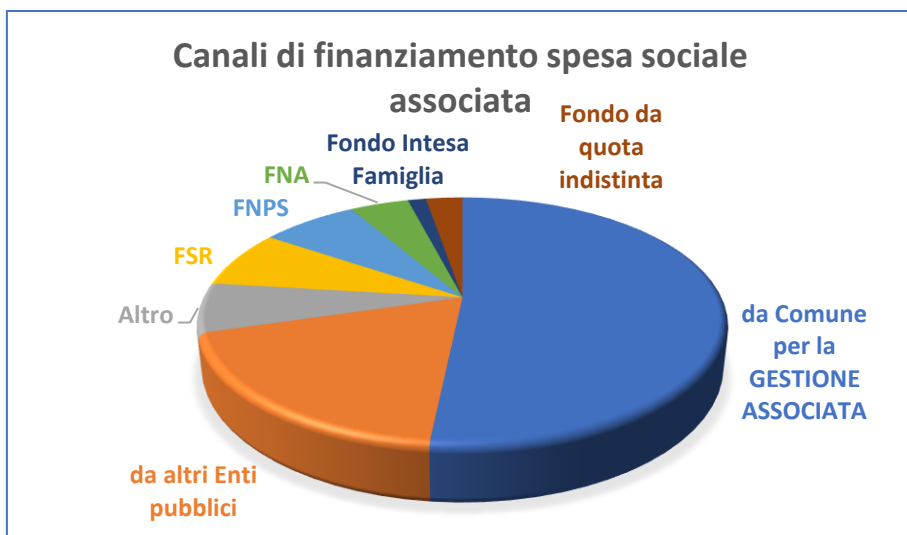


Utenti dipendeze serv. res e semiresidenziali per tipologia (valori assoluti)



La spesa sociale dell'Ambito di Treviglio

A seguire si riporta un'analisi di sintesi della spesa sociale dei comuni in gestione associata del Piano di Zona riferita all'anno 2022 (ultimo dato rilevato).



I BISOGNI RILEVATI PER MACRO AREE DI INTERVENTO

Dal lavoro dei Tavoli di Consultazione territoriali di preparazione al Piano di Zona sono emersi i seguenti bisogni.

Area povertà e grave emarginazione adulta

- Necessità di un maggiore riconoscimento della presenza e del tema delle persone senza fissa dimora in tutti i Comuni dell'Ambito.
- Mantenere una costante attenzione e cura alla rete tra i servizi, con un progressivo coinvolgimento dei servizi socio-sanitari, ad oggi non inclusi.
- Difficoltà nel mantenere la presa in carico sul lungo periodo in conseguenza della specificità e delle caratteristiche delle situazioni di questa area.
- Problema abitativo, inerente anche all'indisponibilità di alloggi nell'Ambito.
- Assegno di Inclusione: difficoltà legate alla stabilità dell'organizzazione dell'equipe di Ambito (turn-ove operatori) e strutturazione rapporti con i servizi sociali comunali.

45

Area dell'abitare

- Mancanza di alloggi in locazione, sia nel mercato privato, sia nella disponibilità dei proprietari di SAP presenti nell'Ambito di Treviglio.
- Il territorio sta riscontrando un numero di sfratti significativamente importante, che arrivano ai servizi sociali solo marginalmente e comunque sempre e solo in una fase terminale della procedura.
- Potenziamento dei servizi di accoglienza attualmente disponibili con ulteriori servizi (es. ostello per lavoratori, locande, struttura a bassa soglia socio-sanitaria, padri separati o allontanati dal nucleo familiare, donne anche non vittime di violenza).
- Difficoltà a liberare gli immobili al termine del progetto personalizzato di accoglienza temporanea definito con il servizio sociale(SAP o housing sociale).
- Capacità dei nuclei familiari che si trovano nella cosiddetta "zona grigia" (che non necessitano di SAP, ma non in grado di accedere pienamente al mercato privato) di mantenere l'alloggio in cui risiedono.
- Le condizioni in cui vengono restituiti gli immobili di proprietà pubblica dopo un periodo di accoglienza (SAP o housing sociale) non permettono il loro riutilizzo se non a fronte di un investimento importante.
- Elevato costo della manutenzione degli immobili SAP, tale da non permette ai proprietari un effettivo piano di investimento strutturale per rimettere in disponibilità gli immobili sfitti per carenze manutentive.
- Necessità di definizione di un sistema di gestione dei nuclei familiari in carico ai servizi sociali che vengono assegnati in un comune diverso da quello di origine a seguito di una assegnazione di SAP (in conseguenza dell'introduzione del bando SAP di Ambito normativamente sancito dalla legge 16/2016, che insiste su disponibilità comunali non equamente distribuite nell'Ambito).

Area persone anziane

- Limitata conoscenza nella cittadinanza dei servizi attivi sulla persona.
- Frammentazione dei servizi e del sistema e necessità di consolidare le relazioni tra i servizi stessi.
- Difficoltà del caregiver a svolgere a pieno il proprio lavoro di cura per mancanza di informazioni, di strumenti per il sollievo di supporto psicologico e per isolamento).
- Isolamento (mancanza di rete sociale) e solitudine (mancanza di aggregazione) della persona anziana.



- Necessità di educare la cittadinanza all'invecchiamento (consapevolezza dell'invecchiare).
- Supporto ai familiari nella gestione emotiva della separazione per inserimento in struttura e per lutto.
- Bisogno emergente: sollievo per persone affette da Alzheimer o demenze.
- Limitata disponibilità dei servizi a lavorare sull'intercettazione preventiva del bisogno (con conseguente sbilanciamento degli interventi in urgenza).

Area Giovani e minori

46

- Emergenza di problemi di sofferenza psichiatrica e problemi legati alle dipendenze, con ricadute a livello dell'intero sistema sociale/familiare.
- Uso dei device.
- Aumento della gravità delle situazioni di pregiudizio minorile, e loro esordio in età sempre più precoce.
- Necessità di allargare, ove possibile, l'azione delle politiche giovanili a livello di Ambito, sia a livello geografico, sia a livello istituzionale, superando una visione del giovane inteso come "problematico" o "malato".
- Potenziare gli strumenti per l'individuazione precoce dei giovani a rischio.
- Necessità di consolidare i rapporti operativi ed istituzionali tra servizi che si occupano di giovani, in particolare tra servizi sociali e i servizi specialistici che si occupano di salute mentale (NPI-CPS).

Area Famiglia

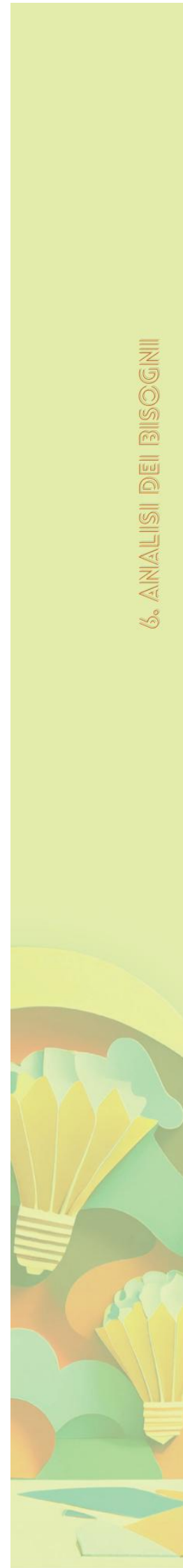
- Le famiglie riportano la necessità di supporto durante il tempo lavorativo, per la tenuta dalla complessità entrata nella gestione della propria vita ordinaria.
- Garantire supporto psicologico per le famiglie.
- Necessità per le famiglie di poter contare su relazioni intrafamiliari ovvero su relazioni di vicinanza in contrasto a vissuti di solitudine (anche in relazione al tema delle madri sole che lavorano).
- Attenzionare i conflitti familiari derivanti dal divario culturale tra i genitori con vissuto migratorio e i loro figli cresciuti in Italia.
- Necessità di accompagnare le coppie in difficoltà non solo dal punto di vista legale.
- Importanza di identificare precocemente i nuclei familiari fragili, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche e il sistema 0-6 anni, per evitare una presa in carico tardiva.
- Presa in carico multiprofessionale socio-sanitaria per la valutazione delle competenze genitoriali su mandato dell'autorità giudiziaria.

Area Lavoro

- Necessità di un maggiore raccordo ed una migliore comunicazione tra i diversi attori.
- Le difficoltà di conciliazione vita-lavoro e quelle legate agli spostamenti non permettono ai cittadini fragili in carico ai servizi di cogliere le opportunità disponibili sul territorio.
- Mancanza di soluzioni abitative per i lavoratori.
- Coinvolgere le aziende e il sistema produttivo nella creazione di una cultura inclusiva.

Area persone con disabilità

- Necessità di riuscire a dare risposte personalizzate per specifiche categorie di disabilità (flessibilità progettuale).
- Costruire opportunità e percorsi di orientamento coerenti con il progetto personalizzato in vista del termine del percorso scolastico.



- Problemi legati agli educatori professionali, carenza di professionisti competenti e disponibili a svolgere il loro ruolo di supporto e promozione, con particolare riferimento all'inclusione scolastica e i servizi domiciliari.
- Si rileva un grave affaticamento a carico delle famiglie e dei caregiver.
- Necessità di sviluppare un diverso approccio culturale al tema della disabilità, anche per carenza di competenze formate interne alla scuola.
- Mancanza di una formazione specifica nell'area della sessualità, sia per le famiglie, sia per gli operatori.
- Mancanza di servizi di trasporto sociale.



7. GLI OBIETTIVI DEL PIANO DI ZONA 2021/2023

La nostra visione di welfare

“La nuova programmazione si inserisce in un quadro caratterizzato dalla presenza di diversi elementi che nel corso dell'ultimo triennio hanno contribuito a modificare il contesto della governance, i bisogni e i rischi sociali cui il welfare territoriale è chiamato a fornire risposte: l'impatto dell'emergenza pandemica sulla tenuta socio-economica del Paese, l'apertura di molteplici fronti di crisi che hanno investito dimensioni diverse ma connesse (salute, povertà, istruzione, invecchiamento, ecc.) e il conseguente riflesso sulla capacità di intervento del sistema di welfare” (*Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027 di Regione Lombardia*).

Per far fronte a queste rinnovate sfide, l'Ambito di Treviglio intende caratterizzare la presente programmazione sociale attorno al concetto della “**metastabilità**”, condizione di stabilità ed equilibrio, che rimane tuttavia aperta al cambiamento; una società metastabile è una società stabile ed in equilibrio, capace al contempo di assecondare un dinamismo trasformativo, laddove necessario (*Nella fine è l'inizio – in che mondo vivremo* di Giaccardi e Magatti). Tale dinamismo è reso possibile dalla capacità (acquisita, coltivata e sviluppata), da parte del sistema di convertire uno stimolo in risposta in modo originale e non programmato (concetto di **trasduzione**, *ibidem*).

In tal senso, pertanto, il Piano di Zona 2025/27 si pone in forte continuità con la programmazione dei trienni precedenti, ma al contempo introduce elementi di novità peculiari, in linea con l'evoluzione del contesto e della normativa recente.

L'Ambito di Treviglio si caratterizza infatti per una storia consolidata di interventi e servizi sociali, prezioso risultato di un costante investimento nelle relazioni tra gli enti pubblici e privati che hanno portato alla costruzione di una fitta rete composta da una pluralità di attori che concorrono unitamente al welfare locale.

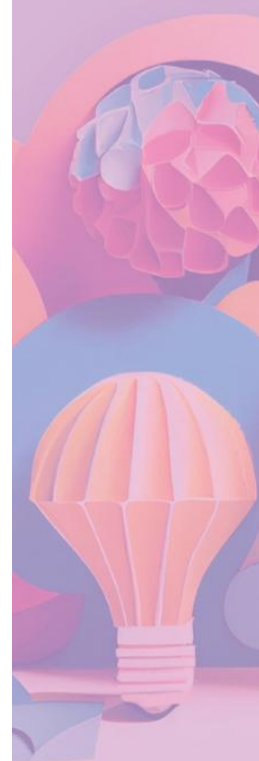
La programmazione sociale dell'Ambito di Treviglio per il triennio 2025/27 intende pertanto, innanzitutto, consolidare tale rete e tale storia, permettendo di rafforzare i risultati raggiunti finora perseguendo alcuni **principi guida**, trasversali a tutte le macroaree successivamente definite all'interno del presente capitolo, e che si ritengono fondamentali per tutte le azioni che gli attori del welfare locale vorranno sviluppare nel triennio attraverso tutti gli interventi, i servizi e i progetti di Ambito.

- *Continuare a valorizzare la collaborazione e la sinergia tra decisori politici (sindaci e assessori) e operatori (responsabili e assistenti sociali), a livello di Ambito (ente capofila) e comunale.*

La complessità del sistema dell'Ambito necessita una costante attenzione e cura delle relazioni e dei livelli di responsabilità, come definiti nell'Accordo di Programma, affinché tutti si sentano parte integrante dei processi decisionali e affinché le decisioni prese abbiano l'impatto sperato sul territorio.

- *Continuare la cooperazione a livello provinciale tra tutti i 14 Ambiti.*

La provincia di Bergamo si caratterizza nel panorama regionale per una collaborazione stabile, normativamente non richiesta, da sempre politicamente sostenuta e operativamente consolidata. Questo ha permesso di facilitare la condivisione di buone prassi tra gli Ambiti e facilitare la governance di alcune politiche sociali che hanno la loro sede ad un livello superiore rispetto al territorio del singolo Ambito (gestione fondi assegnati a livello di ATS o rapporto con fondazioni o enti che hanno una valenza extra Ambito).



- *Rendere sistemica la cooperazione con ATS BG e con ASST BG Ovest.*

La programmazione per il triennio 2025/27 prosegue sulla scia del lavoro avviato nella precedente triennalità, attraverso i nuovi spazi di governance territoriale attuati dalla recente riforma del sistema sociosanitario, col fine di perseguire in modo sistematico l'obiettivo dell'integrazione.

- *Perseguire nel lavoro sociale il principio della massima autonomia possibile e della massima partecipazione possibile delle persone.*

Il fine ultimo degli interventi sociali deve rimanere quello dell'autonomia, promuovendo un modello di lavoro sociale che preveda che si impieghino energie, risorse e tempo lavoro quale investimento sul potenziale delle persone e delle famiglie incontrate.

- *Promuovere processi di co-programmazione e co-progettazione con tutti gli attori del territorio (coinvolgimento del terzo settore, welfare comunitario).*

Pur nel rispetto dei ruoli, un cambiamento nel modello di lavoro sociale passa attraverso la costruzione di alleanze tra istituzioni pubbliche e realtà del privato sociale all'insegna della corresponsabilità.

- *Sviluppare servizi flessibili in grado di garantire i diritti delle persone, a partire dal loro diritto di autodeterminazione.*

La relazione d'aiuto pone per sua natura servizi e beneficiari in una condizione di disparità. È compito dei servizi promuovere il diritto di autodeterminazione delle persone stesse, finanche qualora le loro scelte fossero diametralmente opposte a quelle che effettuerebbero gli operatori sociali.

- *Investire in interventi di promozione e prevenzione (lavoro di comunità).*

Va sempre più legittimato un lavoro sociale verso aree di intervento non necessariamente segnate da gravità.

- *Sviluppare servizi e progetti di Ambito che promuovano economie di scala, ovvero sostengano il principio solidaristico tra i comuni dell'Ambito.*

L'Ambito può valorizzare e rafforzare la propria funzione nel momento in cui al ruolo meramente amministrativo riesce ad affiancare azioni con un impatto effettivo sulle amministrazioni comunali che lo compongono, sia in termini di ricaduta sui bilanci, sia in termini di organizzazione di servizi altrimenti molto onerosi, soprattutto per i piccoli comuni che non dispongono di una struttura amministrativa strutturata.

Il processo di scrittura partecipata del Piano di Zona

Il percorso partecipato per la costruzione del Piano di Zona ha seguito due principali livelli di lavoro, tra loro complementari.

A livello politico, Ufficio di Piano e Assemblea dei Sindaci hanno lavorato in primis alla definizione dei principi guida per la nuova programmazione sopra descritti (aprile 2024) ed alla definizione del piano di lavoro per la definizione della elaborazione del nuovo Piano di Zona secondo le linee guida regionali. Il lavoro è proseguito successivamente alle elezioni amministrative del mese di giugno 2024 ed alla ricomposizione dell'Assemblea dei Sindaci ad esse conseguente, con la condivisione, accompagnamento, integrazione e validazione del lavoro di co-costruzione dei contenuti del Piano di Zona svolto dai Tavoli di Consultazione territoriale tematici.

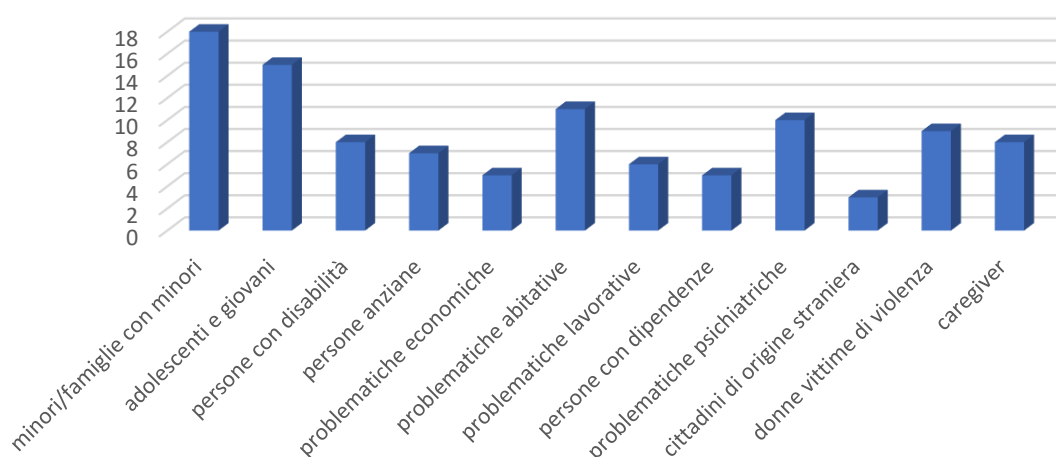
A livello tecnico, l'Ufficio di Piano e gli operatori dei comuni dell'Ambito, su indicazione dell'Assemblea dei Sindaci, nel mese di ottobre hanno coinvolto gli

attori pubblici e del Terzo Settore nell'elaborazione dei contenuti del nuovo Piano di Zona a partire da alcuni Tavoli di Consultazione territoriale tematici, corrispondenti alle macroaree previste dalle linee guida regionali. I risultati in termini partecipativi sono riportati nel capitolo 3 Analisi dei soggetti e delle reti presenti sul territorio mentre i contenuti del lavoro è parte integrante delle schede obiettivi del Piano di Zona stesso.

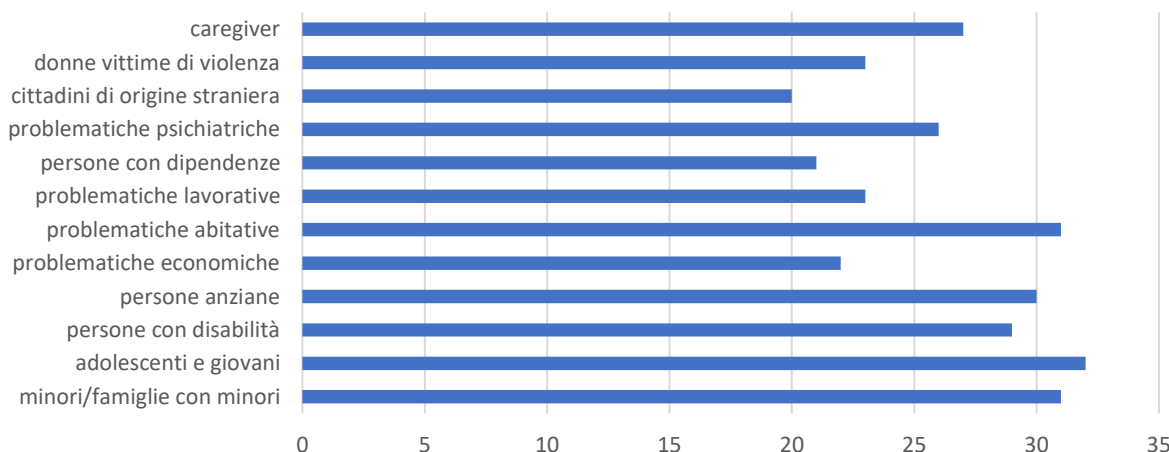
Inoltre, con l'intento di raccogliere ulteriori stimoli da parte della molteplicità degli attori coinvolti nella programmazione sociale a livello territoriale, una sezione del questionario online introdotto per la valutazione del Piano di Zona 2021/23 è stata dedicata anche ad una rilevazione delle priorità di intervento per la programmazione sociale 2025/27, da utilizzarsi quale base per i successivi tavoli di consultazione tematici e per la strutturazione degli obiettivi stessi.

La prima domanda chiedeva di indicare i target prioritari da porre maggiormente in attenzione nella prossima programmazione sociale.

Are indicate come prima priorità da attenzionare



Totale num. di priorità ricevute per singola area



Si nota che in entrambe le tipologie di analisi le tre aree che hanno raccolto il maggior numero di preferenze risultano essere le seguenti:

- Minori/famiglie con minori;
- Adolescenti e giovani;
- Problematiche abitative.

I Livelli Essenziali di Prestazioni e Servizi (LEPS)

Il **Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali**, introdotto per la prima volta nel triennio precedente (2021/23) è stato approvato per il triennio d'interesse (2024/26) dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale il 29 novembre 2024. Al momento della stesura del presente documento il Piano nazionale 2024/26 non risulta ancora disponibile per gli Ambiti, essendo in fase di adozione da parte del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, previa intesa in sede di Conferenza Unificata.

Il Piano contiene al suo interno il Piano sociale nazionale e il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà. Nello specifico, il Piano sociale nazionale individua le priorità collegate al Fondo nazionale politiche sociali e alla sua programmazione, distinguendo tra le varie aree di intervento al fine di garantire la piena attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)

Si tratta di interventi, servizi, attività e prestazioni integrate che lo Stato assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Tali interventi devono essere garantiti in modo uniforme sull'intero territorio nazionale; la realizzazione dei LEPS è pertanto obbligatoria per tutti gli Ambiti in quanto riguardano diritti civili e sociali da tutelare per tutti i cittadini. L'attuazione dei LEPS è direttamente dipendente dalla disponibilità di risorse che vengono assegnate agli Ambiti per la realizzazione dei singoli LEPS. Senza risorse dedicate, infatti, difficilmente gli Ambiti sarebbero in grado di realizzare tutti i LEPS previsti dal Piano nazionale.

- | | | |
|---|---|---|
| • Punto Unico di Accesso | • Dimissioni protette | • Servizi per la non autosufficienza |
| • Assunzioni assistenti sociali a tempo indeterminato | • Prevenzione allontanamento o familiare | • Indennità di accompagnamento |
| • Utilizzo dell'ISEE quale means test | • Careleavers | • Dopo di Noi per categorie protette |
| • Pronto intervento sociale | • Sostegno monetario al reddito | • Garanzia infanzia |
| • Valutazione multidimensionale e progetto individualizzato | • Presa in carico sociale/lavorativa | • Promozione rapporti scuola territorio |
| • Supervisione personale servizi sociali | • Housing first | • Sostegno alimentare |
| | • Centro servizio per il contrasto alla povertà | |
| | • Servizi per la residenza fittizia | |

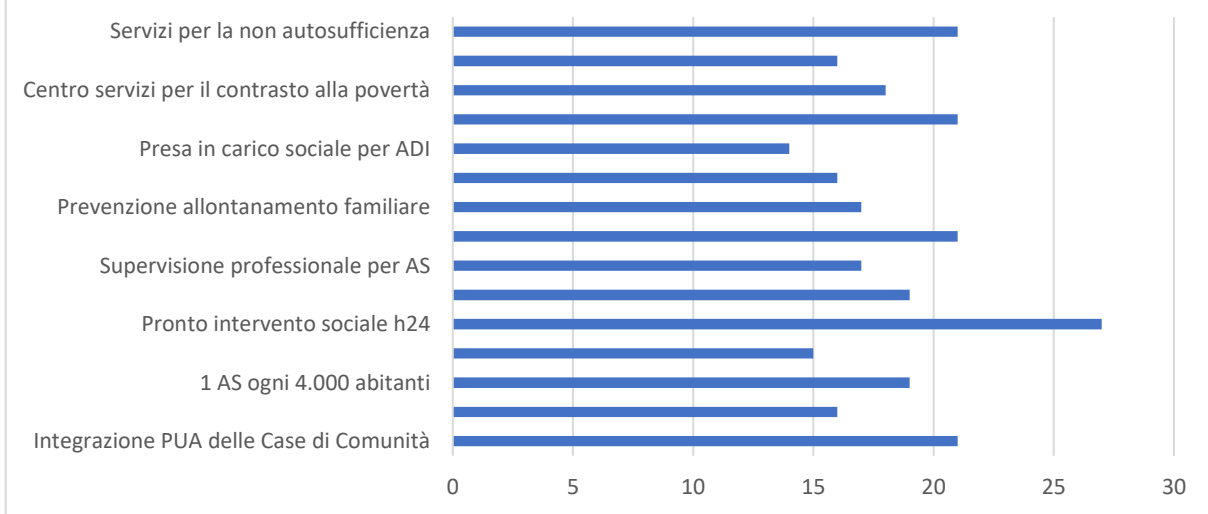
Le Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027 di Regione Lombardia fissano alcuni LEPS prioritari da perseguire nel triennio, nominalmente:

1. Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato;
2. Prevenzione dell'allontanamento familiare;
3. Servizi sociali per le dimissioni protette;
4. Punti Unici di Accesso (PUA) integrati e UVM: incremento operatori sociali;
5. Incremento SAD.

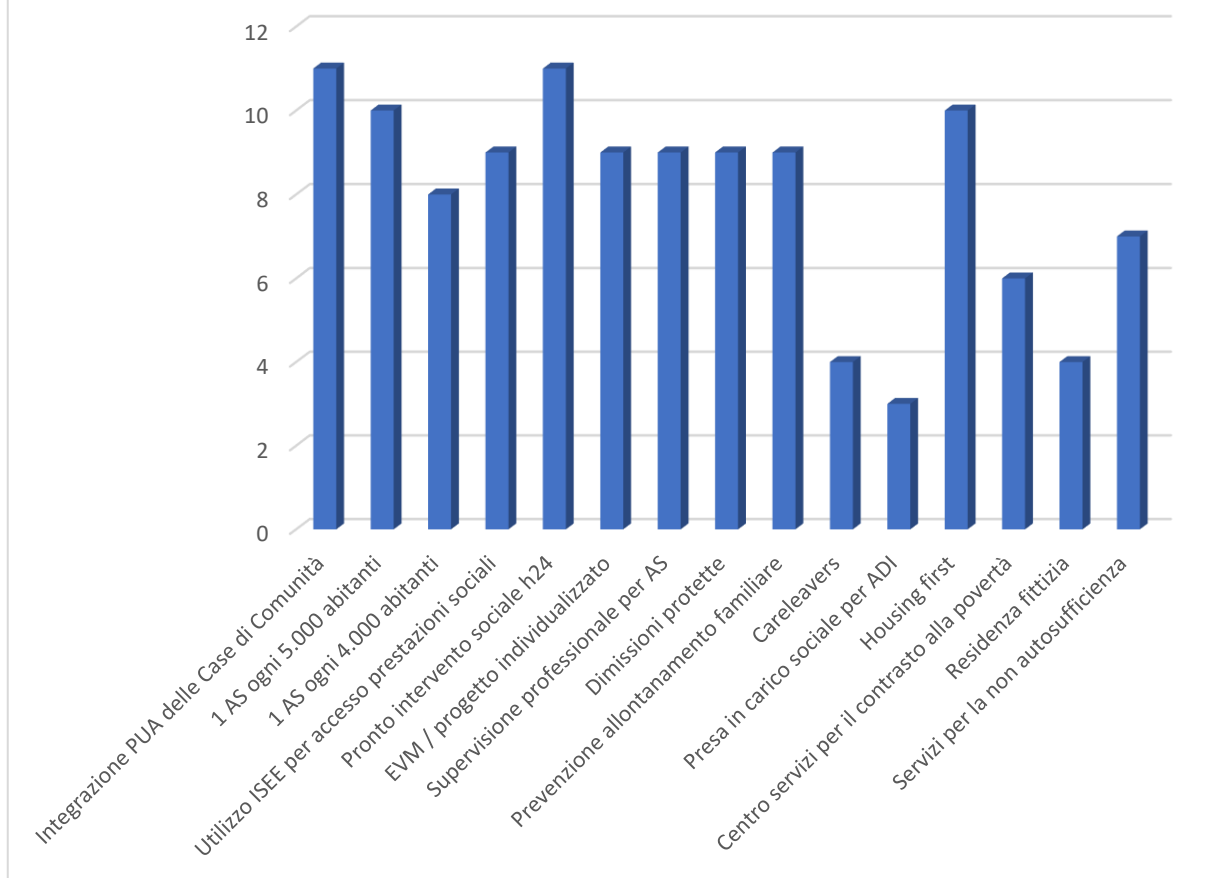
Nella fase di programmazione del Piano di Zona 2025/27 l'Ambito di Treviglio a sua volta ha fatto un approfondimento in merito ai LEPS che decisori politici e figure

apicali dei servizi sociali ritengono prioritari per questo territorio in una prospettiva programmatoria. A seguire si riportano i risultati raccolti in merito.

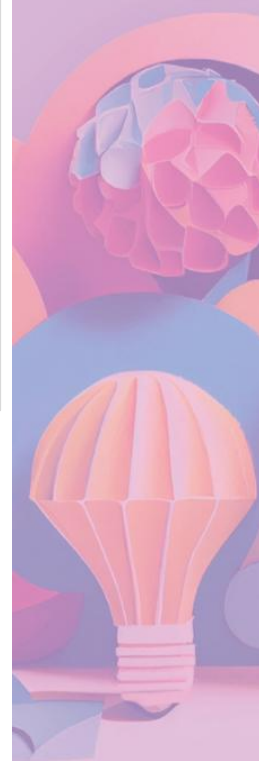
Totale num. priorità ricevute per singolo LEPS



LEPS indicati come prima priorità per l'Ambito



Dall'analisi si evince una chiara prevalenza di interesse verso il servizio di Pronto intervento sociale, servizio che attualmente viene garantito solo a livello di singolo comune, senza una strutturazione d'Ambito.



In seconda battuta dalle risposte del questionario vengono posti in attenzione i seguenti LEPS:

- Integrazione dei Punti Unici di Accesso all'interno delle Case delle Comunità dell'ASST;
- Dimissioni protette;
- Housing first (prima la casa), all'interno dei modelli di intervento per le persone senza fissa dimora e in situazioni di grave marginalità;
- Potenziamento degli interventi per la non autosufficienza.



Area di intervento

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

OBIETTIVO PRINCIPALE: Garantire un adeguato sistema di protezione sociale e misure di sicurezza per le persone in condizioni di grave emarginazione e povertà economica nell'Ambito di Treviglio.

54

L'Agenda 2030 per uno sviluppo sostenibile si pone come obiettivo (Obiettivo 1) sradicare la povertà in tutte le sue forme e ovunque nel mondo entro il 2030.

Per affrontare il problema della povertà in modo articolato, l'obiettivo 1 comprende, oltre allo sradicamento della povertà estrema, anche un sotto-obiettivo riguardante la povertà relativa, che si rifà alle definizioni nazionali. Le persone povere sono colpite più duramente dalle crisi economiche e politiche, dalla perdita di biodiversità e di servizi ecosistemici, dalle catastrofi naturali e dalla violenza. Al fine di garantire che le persone uscite dalla condizione di povertà non vi ritornino, questo obiettivo prevede anche misure di consolidamento della capacità di resistenza, che comprendono l'istituzione di sistemi di protezione sociale.

AZIONI

- **LEPS EVM** – Attivazione dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) per la presa in carico dei nuclei familiari con bisogni complessi beneficiari di Assegno di Inclusione (ADI), finalizzata all'analisi preliminare, alla definizione di un progetto personalizzato e alla sottoscrizione del Patto per l'Inclusione Sociale (PaIS) in integrazione con i servizi sociosanitari (Obiettivo di Distretto – vd. Punto 4.a).
- **LEPS Pronto intervento sociale** – Attivazione di una risposta tempestiva alle persone che versano in una situazione di particolare gravità ed emergenza per quello che concerne problematiche a rilevanza sociale durante gli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali al fine di realizzare una prima lettura del bisogno rilevato nella situazione di emergenza ed attivare gli interventi indifferibili ed urgenti.
- **LEPS Centro servizi per il contrasto alla povertà** - Prosieguo del progetto PNRR «Stazioni posta», con l'esperienza del *Centro servizi per il contrasto alla povertà* di Ambito e l'Equipe «grave emarginazione».
- Prosecuzione del sistema di opportunità di accoglienza temporanea per persone senza fissa dimora e/o in condizioni di grave marginalità residenti nell'Ambito di Treviglio.

TARGET: Persone in condizioni di grave emarginazione e povertà.

Indicatore di processo: L'equipe «grave emarginazione» si riunisce con cadenza almeno trimestrale lungo tutto lo sviluppo del Piano di Zona.

Indicatore di output: Almeno n. 30 posti letto per accoglienze temporanee rivolte a persone senza fissa dimora e/o in condizioni di grave marginalità a disposizione dei cittadini residenti nell'Ambito di Treviglio lungo tutto lo sviluppo del Piano di Zona.

Indicatore di outcome: Alla fine del 2027 almeno 10 persone tra quelle prese in carico dal Centro servizi per il contrasto alla povertà risultano avere migliorato la propria condizione di benessere ed autodeterminazione (fonte: analisi case study all'interno dell'Equipe «grave emarginazione»).



Area di intervento

POLITICHE ABITATIVE

OBIETTIVO PRINCIPALE: Creare un sistema di Ambito di politiche abitative in grado rispondere in modo maggiormente coeso e articolato al multiforme problema dell'emergenza abitativa.

L'obiettivo mira a consolidare l'investimento significativo dell'Ambito di Treviglio in risposta al problema dell'emergenza abitativa.

Gli investimenti, intesi non solo in termini di risorse economiche, impegnati nei trienni precedenti, che hanno portato tra le altre cose all'avvio di una Agenzia dell'Abitare a servizio di tutto l'Ambito a partire dal 2021, hanno permesso di mettere in campo diverse soluzioni, anche in collaborazione con gli enti del Terzo Settore che hanno maturato competenze ed esperienze specifiche in questo settore. Nel triennio 2025/27 l'Ambito intende capitalizzare tali esperienze per garantire un sistema di politiche abitative maggiormente articolato, in grado di rispondere alla complessità e alla varietà delle problematiche che i cittadini ed i servizi rilevano.

AZIONI

- Supporto ai proprietari per razionalizzare l'uso del patrimonio esistente (SAP), anche in accordo con gli obiettivi definiti dal Piano Triennale dei Servizi Abitativi dell'Ambito di Treviglio:
 - valutazione delle possibilità di ripristino dello sfitto (ob. Piano triennale 1.a);
 - estensione dei servizi consulenziali dell'Agenzia dell'Abitare ai proprietari privati (ob. Piano triennale 3.a);
 - prosieguo della gestione degli immobili di emergenza abitativa incrementati con i fondi del PNRR 1.3.2 "Housing First".
- Continuità degli interventi di Ambito in capo all'Agenzia dell'Abitare in favore delle persone e dei nuclei familiari in situazione di emergenza abitativa, in stretta collaborazione con l'Area Inclusione.
- Definizione di un sistema di gestione dei nuclei familiari in carico ai servizi sociali che vengono assegnati in un comune diverso da quello di origine a seguito di una assegnazione di SAP.

TARGET: Cittadini in locazione, inquilini SAP, proprietari privati. Referenti uffici tecnici/amministrativi/servizi sociali dei Comuni dell'Ambito di Treviglio.

Indicatore di processo: Presenza di una persona esperta in materia di politiche abitative in supporto alle attività dell'Agenzia per l'Abitare dell'Ambito di Treviglio lungo tutto lo sviluppo del Piano di Zona.

Indicatore di output: Approvazione di un modello di gestione dei nuclei familiari in carico ai servizi sociali che vengono assegnati in un comune diverso da quello di origine a seguito di una assegnazione di SAP da parte dell'Assemblea dei Sindaci entro la fine del 2025.

Indicatore di outcome: Incremento del numero di alloggi nelle disponibilità dell'Ambito (housing sociale, SAP, proprietari privati) del 10% entro il 2027.

OBIETTIVO PRINCIPALE: Migliorare la capacità del sistema sociale di rispondere in modo integrato ed in prospettiva progettuale ai bisogni complessi delle persone anziane e delle loro famiglie al proprio domicilio.

L'obiettivo si pone in forte continuità con gli obiettivi e le azioni dei trienni precedenti, ed in particolare con il Piano di Zona 2021/23, in cui il tema della fragilità ha avuto un forte sviluppo sia a livello locale (sviluppo e potenziamento del progetto "Verso un'anagrafe per la Fragilità") che a livello provinciale (progetto Caregiver).

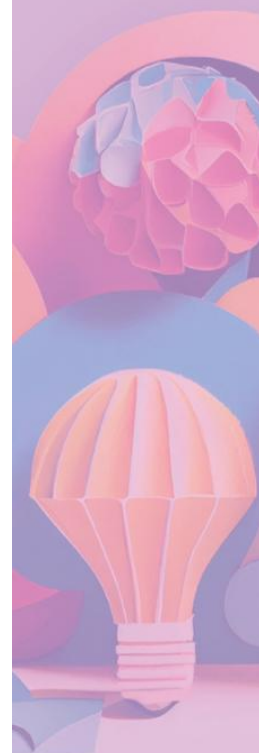
L'urto pandemico ha reso necessaria una riflessione approfondita e un indirizzo delle politiche in favore della popolazione più fragile e socialmente vulnerabile al fine di:

- identificare prioritariamente le persone ad elevata fragilità, caratterizzate quindi da maggior suscettibilità ad eventi avversi di origine sia sanitaria sia sociale;
- verificare e potenziare a livello domiciliare le condizioni di protezione sociale delle persone fragili;
- sviluppare una effettiva e maggiore integrazione socio-sanitaria per la presa in carico della persona fragile;
- supportare la famiglia nella presa in carico della persona fragile;
- valorizzare la collaborazione con il Terzo Settore e con le reti informali di comunità.

In questa cornice si sviluppano gli interventi, i servizi e i progetti dell'Ambito di Treviglio, con un focus prioritario sulla casa, che rappresenta il luogo privilegiato per la cura della persona fragile, e sullo sviluppo di azioni rivolte ai caregiver familiari e alla comunità, per intercettare precocemente e preventivamente situazioni particolarmente fragili e complesse e per permetterne una migliore valutazione nella delicata fase di manifestazione del bisogno.

AZIONI

- **LEPS Punti unici di accesso** - Potenziamento della rete di accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari integrando il PUA della Casa della Comunità con i Punti Integrati Decentrati del servizio sociale (Obiettivo di Distretto – vd. Punto 4.a).
- **LEPS EVM** – Consolidamento ed eventuale formalizzazione delle Equipe di Valutazione Multidimensionale per la presa in carico delle persone anziane fragili con bisogni complessi (EVM) e dei caregiver (Equipe Caregiver) integrate nella Casa della Comunità, finalizzate all'analisi preliminare e alla definizione di un progetto personalizzato integrato (Obiettivo di Distretto – vd. Punto 4.a).
- Messa a disposizione di strumenti e risorse a beneficio dei caregiver per l'aiuto nella gestione del carico assistenziale, per rafforzare la resilienza e preservare il loro benessere psico-fisico.
- **LEPS Servizi per la non autosufficienza** - Proseguo del progetto PNRR «Anziani», con particolare riguardo all'azione di supporto alla domiciliarità con interventi di domotica (Obiettivo di Distretto – vd. Punto 4.a).
- **LEPS Dimissioni protette** – costruzione di un modello di intervento distrettuale integrato e condiviso tra Ambiti e ASST BG Ovest (Obiettivo di Distretto – vd. Punto 4.a).



- Supporto ai servizi sociali e alle comunità locali in ottica preventiva nel promuovere azioni di vicinanza alla persona anziana e per l'intercettazione dell'anziano fragile nei propri luoghi di vita.

TARGET

- Cittadini anziani fragili residenti al proprio domicilio., con priorità a coloro che non sono autosufficienti e che presentano bisogni complessi.
- Familiari che si prendono cura di un proprio congiunto anziano non autosufficiente (caregiver).
- Cittadini anziani non autonomi, dimessi da un contesto sanitario senza un bisogno prevalente sanitario (dimissioni protette).
- Comunità che si prendono cura delle persone fragili.

Indicatore di processo: Per tutta la durata del Piano di Zona 2025/27 un assistente sociale dell'Ambito integra ordinariamente il lavoro del PUA della Casa delle Comunità di Treviglio.

Indicatore di output: Entro l'inizio del 2027 viene sottoscritto un protocollo distrettuale tra Ambiti e ASST per la gestione delle dimissioni protette.

Indicatore di outcome: Almeno il 75% dei caregiver che ricevono supporto da parte dell'Ambito valutano positivamente l'esito dell'intervento ricevuto (customer satisfaction).



OBIETTIVO PRINCIPALE: Mettere a disposizione dell'Ambito informazioni utili alla programmazione, organizzazione, erogazione e gestione dei servizi sociali derivanti da un utilizzo sistematico della Cartella Sociale Informatizzata (CSI) all'interno del lavoro dei servizi sociali comunali e di Ambito.

L'obiettivo principale consiste nel rafforzamento dell'utilizzo della CSI per l'intero processo caratteristico della presa in carico propria dei servizi sociali (accesso / orientamento; valutazione del bisogno; progetto individualizzato; erogazione degli interventi; valutazione finale / conclusione), trasversalmente a tutte le aree di intervento dei servizi.

Nel triennio 2025/27 l'Ambito di Treviglio intende nello specifico costruire un sistema di conoscenza completo, omogeneo e condiviso in grado di supportare le politiche sociali dell'Ambito, basandosi sui dati delle effettive prese in carico, dei servizi, dei progetti e degli interventi realizzati dai servizi sociali comunali e dai servizi di Ambito.

Prioritariamente si intende avviare il lavoro a partire dagli interventi che ricevono un finanziamento diretto da parte dell'Ambito, ovvero dove l'Ambito può esercitare un maggiore potere di influenza nella compilazione di dati omogenei a tutti gli operatori che trattano il dato iniziale. Obiettivo secondario è quello di rendere omogenee le prassi di lavoro e la diffusione dello strumento.

AZIONI

- Prosieguo dell'implementazione dei percorsi di digitalizzazione dei servizi sociali, con l'introduzione di procedure di utilizzo obbligato della CSI utilizzata a livello provinciale (Health Portal) per le misure e i progetti che utilizzano risorse di Ambito (es. FNA B2, progetti cofinanziati dall'Ambito).
- Costruzione e implementazione di un sistema di monitoraggio annuale relativo all'effettivo utilizzo della CSI nel lavoro sociale da parte degli operatori dei servizi comunali e dei servizi di Ambito.
- Elaborazione di proposte da sottoporre all'Assemblea dei Sindaci quali sistemi di incentivazione dell'utilizzo della CSI in favore degli operatori dei servizi comunali e dei servizi di Ambito, ed eventuale implementazione delle proposte stesse.

TARGET

Tutti gli operatori dei 18 Comuni dell'Ambito e dell'ente capofila che gestiscono i servizi, i progetti e gli interventi afferenti e di competenza dell'Ambito.

Indicatore di processo: Entro la fine del 2027 almeno n. 5 procedure prevedono una procedura di inserimento obbligata sulla CSI "Health Portal".

Indicatore di output: Il report di conoscenza costruito a partire dai dati estratti dalla CSI "Health Portal" relativa alle procedure rese obbligatorie nel corso del triennio 2025/27 viene inserito nell'analisi del contesto della prossima programmazione sociale triennale.

Indicatore di outcome: La relazione di monitoraggio annuale di fine 2027 sull'effettivo utilizzo della CSI nell'Ambito riporta un esito di efficacia positivo.



Area di intervento

POLITICHE GIOVANILI E PER I MINORI / INTERVENTI PER LA FAMIGLIA

OBIETTIVO PRINCIPALE: Contribuire a che le famiglie dell'Ambio di Treviglio siano maggiormente in grado di assolvere alle proprie responsabilità genitoriali, intrecciando compiti educativi e compiti di cura.

L'obiettivo che si vuole raggiungere è quello di implementare gli interventi a supporto dei nuclei familiari, sviluppare politiche di welfare che generino una diminuzione dell'isolamento nella gestione delle responsabilità familiari, ed un accompagnamento sempre più tempestivo dei carichi di cura, nella promozione delle capacità educative ed organizzative dei genitori.

La strada che si vuole percorrere per favorire un sistema familiare in grado di intrecciare compiti educativi e compiti di cura, anche attraverso una miglior conciliazione vita-lavoro, è quella della promozione di interventi che abbassino le disuguaglianze di genere nella vita economica e sociale degli adulti di riferimento, e che supportino il lavoro di accudimento dei minori attraverso l'appoggio di una rete esterna.

Per realizzare ciò, occorre sviluppare:

- la realizzazione di progetti ed iniziative finalizzate a rafforzare il coinvolgimento e la partecipazione delle famiglie;
- l'integrazione dei soggetti istituzionali preposti agli interventi a favore dei minori e della loro famiglia;
- un lavoro di implementazione della pratica dell'affido quale intervento preventivo e di comunità, anche attraverso forme innovative come i patti di comunità o gli affidi di prossimità;
- interventi preventivi delle situazioni di disagio e devianza adolescenziale;
- la tutela delle donne vittime di violenza intra ed extrafamiliare e delle vittime di tratta.

AZIONI

- Sviluppo del Centro per la Famiglia di Ambito "FamilyPer" quale collettore per la valorizzazione delle iniziative territoriali dedicate alla famiglia e ai giovani, con particolare attenzione allo 0-6 anni e agli adolescenti e alle seguenti azioni prioritarie:
 - portale unico per la raccolta delle iniziative in favore della famiglia;
 - formazione e sensibilizzazione di adolescenti e genitori;
 - sviluppo di una rete di servizi in sinergia tra loro.
- Prosieguo del lavoro di creazione di una rete territoriale capillare e competente nell'ambito della "pre-tutela".
- Accompagnamento tempestivo alle famiglie in situazioni di fragilità attraverso l'attivazione di:
 - un servizio di consulenza e presa in carico di nuclei familiari fragili senza mandato dell'Autorità Giudiziaria;
 - progetti di recupero per minori devianti sul territorio, in collaborazione con scuole, ASST e realtà del territorio.
- Implementazione del lavoro di promozione del Servizio Affidi per lo sviluppo di progetti di continuità familiare (es. famiglie d'appoggio, reti di volontariato).
- Prosieguo delle attività a sostegno delle donne vittime di violenza e di tratta, in collaborazione con la Rete Non Sei Sola.

- Implementazione, all'interno del Piano GAP, di programmi preventivi validati promossi da Regione Lombardia.
- Attivazione di progettualità che permettano al sistema territoriale di rispondere propriamente al problema della salute mentale di minori e giovani (es. progetto "Follow me").
- Elaborazione, insieme ad ASST, di eventuali ipotesi alternative per la gestione della valutazione/presa in carico dei nuclei familiari su invio dell'Autorità giudiziaria.

60

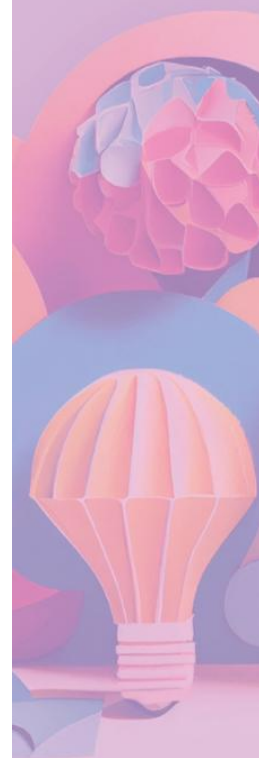
TARGET

- Minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria, e loro famiglie. Donne vittime di violenza, e loro famiglie.
- Minori autori di reato, e loro famiglie.
- Nuclei familiari con figli minori, adolescenti e giovani adulti.

Indicatore di processo: Presenza del Centro Famiglia "Familyper" di Ambito lungo tutta la durata del Piano di Zona (a fronte della continuità dei relativi finanziamenti regionali).

Indicatore di output: Organizzazione di almeno un incontro annuale di formazione/sensibilizzazione rivolto ai genitori dell'Ambito di Treviglio lungo tutta la durata del Piano di Zona.

Indicatore di outcome: Alla fine del 2027 aumento delle richieste di consulenza da parte di enti diversi dai servizi sociali comunali.



Area di intervento

INTERVENTI CONNESSI ALLE POLITICHE PER IL LAVORO

OBIETTIVO PRINCIPALE: Favorire l'inclusione sociale e lavorativa delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, nel rispetto dei reciproci ruoli di tutti gli attori della rete coinvolti.

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.

A partire dal lavoro di rete, nel corso del triennio a livello locale si intende lavorare alla creazione di risposte concrete ed integrate per i bisogni conciliativi e legate ai bisogni di spostamento dei cittadini dell'Ambito.

AZIONI

- Realizzare un sistema integrato multilivello (provinciale e locale) di presa in carico tra servizi al lavoro e servizi sociali, finalizzato a fornire risposte integrate alla domanda di inclusione sociale e lavorativa delle persone in condizioni di vulnerabilità e fragilità, con particolare riferimento alle azioni di presa in carico realizzata dai servizi in gestione associata dell'Ambito (es. TIS, ACCOMPAGNAMENTO EDUCATIVO).
- Elaborazione di eventuali proposte operative per rispondere puntualmente ai bisogni conciliativi dei cittadini dell'Ambito di Treviglio (es. elenchi babysitter, servizi conciliativi).
- Collaborazione alla buona riuscita del progetto "Viaggio verso... l'autonomia" promosso dalla Provincia, in fase di avvio nell'anno 2025.
- Sviluppo progettualità: rete.
- INLAV.

TARGET

- Operatori sociali pubblico e privato sociale.
- Cittadini in situazione di fragilità lavorativa.
- Aziende profit, enti locali.

Indicatore di processo: I referenti dell'Area Inclusione dell'ente capofila d'Ambito partecipano ad almeno 2 incontri annuali di raccordo con gli enti territoriali attivi nel territorio di Treviglio nel settore.

Indicatore di output: Definizione e formalizzazione dell'Accordo tra il Settore Politiche del Lavoro della Provincia di Bergamo e gli Ambiti Territoriali Sociali.

Indicatore di outcome: Almeno 20 progetti individuali concertati in equipe interistituzionali e multiprofessionali annualmente.



OBIETTIVO PRINCIPALE: Promuovere una più efficace diffusione della prospettiva del progetto individuale nella presa in carico delle persone con disabilità nell'Ambito di Treviglio.

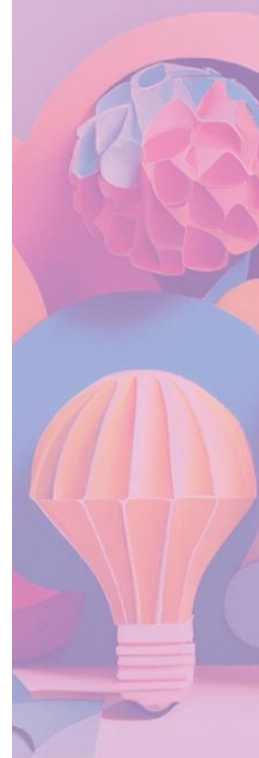
Il Progetto Individuale/di Vita - diritto esigibile dalla persona con disabilità nei confronti della pubblica amministrazione - costituisce il fondamento di una progettazione che pone al centro la partecipazione della persona, e che al contempo non può prescindere dal coinvolgimento della famiglia, delle reti associative e dei servizi e del contesto di vita della persona stessa. In tal senso 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.

L'obiettivo, inoltre, intende concorrere all'obiettivo provinciale di superare l'approccio al supporto degli alunni con disabilità con la figura dell'educatore ad personam, previsto per l'assistenza educativa scolastica, sviluppando l'approccio dell'educatore di comunità/plesso. Il plesso scolastico è identificato come 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.

AZIONI

- **LEPS EVM** – Attivazione dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) per la presa in carico delle persone con disabilità, in integrazione con i servizi sociosanitari (Obiettivo di Distretto – vd. Punto 4.a), con il coinvolgimento della famiglia in tutte le fasi del processo e la valorizzazione di tutte le opportunità offerte sul territorio da parte del Terzo Settore.
- Sperimentare il budget di progetto per la promozione del progetto di vita individuale, ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie a disposizione del progetto stesso (pubbliche e private), con particolare riguardo alla continuità delle progettualità dopo il termine del percorso scolastico, di accompagnamento all'autonomia e alla residenzialità (es. Dopo di Noi).
- Sperimentazione dell'educatore di plesso, in continuità con il Piano di Zona 2021/23.
- Introduzione della figura del support manager a beneficio di famiglie e caregiver per accompagnare l'attuazione quotidiana del progetto individualizzato.
- Azioni formative e di sensibilizzazione per promuovere nel territorio una cultura inclusiva e una prassi capace di promuovere 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.

TARGET: Minori e adulti con disabilità, e le loro famiglie.



Indicatore di processo: La modalità di affidamento di Ambito del servizio ASE prevede l'attivazione dell'educatore di plesso.

Indicatore di output: Attivazione dell'effettiva sperimentazione dell'educatore di plesso nell'Ambito di Treviglio entro l'avvio dell'anno scolastico 2025/26.

Indicatore di outcome: Entro il 2027 vengono implementati almeno n. 18 progetti in continuità dopo il termine del percorso scolastico.



Area di intervento

INTERVENTI DI SISTEMA PER IL POTENZIAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO E IL RAFFORZAMENTO DELLA GESTIONE ASSOCIATA

OBIETTIVO PRINCIPALE: Porre le condizioni affinché l'Ufficio di Piano dell'Ambito di Treviglio sia in grado di svolgere le funzioni complesse richieste dal livello regionale e nazionale.

L'obiettivo mira a potenziare la struttura dell'Ufficio di Piano dell'Ambito di Treviglio in termini organizzativi, di personale, di competenze, ovvero incrementando la dotazione di personale chiamato a programmare e gestire misure sempre più complesse, trasversali e che coinvolgono una molteplicità di attori territoriali.

Inoltre, per garantire un supporto tecnico articolato alle rappresentanze istituzionali del Collegio dei Sindaci (a livello provinciale) e della Conferenza dei Sindaci (a livello distrettuale), nel triennio 2025/27 si svilupperà un'organizzazione tecnica provinciale 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 provinciale ai Piani di Zona 2025-2027 degli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Bergamo" (allegato).

AZIONI

- Consolidamento dei servizi in gestione associata già in essere nel triennio 2021/2024, come di seguito elencati: Rette Collocamenti Tutela (Comunità Alloggio Minori e Affidi); Servizio affidi; Incontri protetti genitori/figli; Funzionamento Unità Operativa preventiva; Funzionamento Unità Operativa riparativa; Tirocini per l'inclusione sociale; Spazio autismo.
- Perfezionamento delle procedure in capo all'attuale ufficio accreditamento di Ambito che opera in delega per tutti i comuni dell'Ambito per l'assolvimento delle pratiche di Comunicazione Preventiva di Esercizio (CPE) e di accreditamento delle Unità d'Offerta Sociali (UdOS) a beneficio di tutti gli enti coinvolti (ATS Bergamo, Comuni e UdOS).
- Potenziamento del personale che lavora stabilmente per l'Ufficio di Piano.

TARGET: 18 Comuni dell'Ambito, UDOS, Assemblea dei Sindaci, Collegio dei Sindaci, Conferenza dei Sindaci.

Indicatore di processo: Entro la fine del 2025 l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Treviglio approva lo schema di delega tra singolo comune e ente capofila dell'Ambito per la gestione associata delle CPE a livello di Ambito.

Indicatore di output: Entro la fine del 2026 l'Ufficio di Piano dell'Ambito di Treviglio è composto da 5 diversi professionisti, con funzioni differenziate.

Indicatore di outcome: Nel 2027 l'Ambito di Treviglio è in grado di presentare almeno due proposte progettuali in qualità di ente capofila in risposta ad avvisi pubblici emanati da ATS Bergamo e/o Regione Lombardia.



8. SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il processo di valutazione delle politiche e delle azioni sociali rappresenta uno strumento fondamentale per incrementare la qualità e l'efficacia degli interventi, per ottimizzare l'impiego di risorse economiche e professionali e per dare visibilità al lavoro svolto, nell'ottica del miglioramento continuo.

In questo senso un buon sistema di valutazione assolve a due fondamentali funzioni: consentire l'apprendimento continuo in corso d'opera per chi agisce gli interventi e rendere conto verso terzi (decisori politici, istituzioni, beneficiari, comunità).

La letteratura internazionale (OCSE) distingue i due processi valutativi fondamentali come segue:

- monitoraggio: funzione continua che utilizza la raccolta sistematica dei dati relativi a indicatori stabiliti per fornire, in corso d'opera, all'ente esecutore e alle principali parti interessate di un intervento di sviluppo, indicazioni sullo stato di avanzamento, sul conseguimento degli obiettivi e sull'utilizzazione dei fondi allocati;
- valutazione: l'apprezzamento sistematico e oggettivo su formulazione, realizzazione ed esiti di un progetto, programma o politica di sviluppo che si effettua in corso d'opera o dopo il completamento delle attività previste. Trattasi della formulazione di un giudizio, nel modo più sistematico e oggettivo possibile, su un intervento di sviluppo pianificato, in fase di realizzazione o già completato.

Date tali premesse, il monitoraggio del Piano di Zona è demandato all'Ufficio di Piano, coadiuvato dai gruppi di coordinamento previsti dal Piano di Zona stesso (in primis, l'Ufficio di Piano Allargato), ovvero con il coinvolgimento diretto delle figure apicali dei servizi di Ambito e comunali che sono coinvolti quotidianamente nello sviluppo del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

La valutazione del Piano di Zona è attribuita all'Assemblea dei Sindaci sulla base delle relazioni prodotte dall'Ufficio di Piano, e riguarda in particolar modo l'andamento complessivo del Piano di Zona, il raggiungimento delle finalità generali, gli obiettivi programmatici, l'andamento dei progetti e la sua sostenibilità economica nel lungo periodo.

Come da richiesta istituzionale delle "LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE TERRITORIALE PER IL TRIENNIO 2025-2027", il sistema di monitoraggio e valutazione si articola in una serie di indicatori di processo, di output e di outcome.

Tali indicatori sono stati inseriti come parte integrante del Piano di Zona, all'interno di ciascuna delle schede obiettivi, per poterli declinare in modo coerente con il Piano stesso. Particolare attenzione è stata riservata all'introduzione di indicatori di natura qualitativa per la valutazione dell'impatto dell'intervento, che hanno richiesto alcune riflessioni aggiuntive soprattutto in merito alle fonti e alle modalità di analisi dei dati necessari alla loro rilevazione.

Nei precedenti Piani di Zona la difficoltà maggiore riscontrata dall'Ufficio di Piano per l'attuazione del proprio mandato è stata connessa ai carichi di lavoro che richiede la rilevazione periodica degli indicatori e alla non sempre definizione di responsabilità dei processi.

Per poter superare tale difficoltà e rendere maggiormente efficace il lavoro di monitoraggio l'Ufficio di Piano ha svolto una puntuale definizione di un piano di monitoraggio (Allegato), pur consapevoli di aver dovuto necessariamente ridurre il numero degli indicatori, scegliendo quelli ritenuti maggiormente prioritari, tra i tanti potenzialmente rilevanti per il nostro territorio.

ALLEGATI

- ALLEGATO 1 Esiti della programmazione 2021-23 - Analisi di dettaglio
- ALLEGATO 2 Schede obiettivi
- ALLEGATO 3 Matrice monitoraggio indicatori
- ALLEGATO 4 Prologo provinciale vers. 21-11-2024

