



Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo
Via F. Galliccioli 4 - 24121 BERGAMO

DELIBERA N. 790 DEL 04/12/2025

Il Direttore Generale - **Dott. Massimo Giovanni Giupponi**
nominato con DGR n. XII/1646 del 21/12/2023

ha adottato la seguente Deliberazione:

ASSISTITO DA:

Il Direttore Amministrativo: Dott. Alessandro Petillo

Il Direttore Sanitario: F.F. CAIMI BARBARA

Il Direttore Sociosanitario: Dott.ssa Barbara Caimi

OGGETTO: PRESA D'ATTO DEI PROGETTI DEFINITIVI E RECEPIMENTO DELLE CONVENZIONI CON FONDAZIONE CASA SERENA ONLUS, FONDAZIONE ANGELO CUSTODE ONLUS E COOPERATIVA SOCIALE A.E.P.E.R. A SEGUITO DI COPROGETTAZIONE RIFERITA ALL'AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI PARTNER PER LA COPROGETTAZIONE PER LO SVILUPPO E LA DEFINIZIONE DEI MODELLI INNOVATIVI PREVISTI AI SENSI DEL PIANO SOCIO SANITARIO INTEGRATO LOMBARDO 2024/2028 E DELLA DGR N. 3720/2024 – ATTUAZIONE DELLA DGR XII/4481 DEL 03.06.2025.

Articolazione Organizzativa proponente: PIPSSS

Il Responsabile del Procedimento: Riva Iorio

L'Incaricato dell'Istruttoria: BERETTA ANDREA

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il D.lgs. 30.12.1992, n. 502, avente a oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23.10.1992, n. 421" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 30.12.2009, n. 33 avente a oggetto "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" e s.m. e i., con particolare riferimento alle Leggi Regionali n. 23/2015 e n. 22/2021;

RICHIAMATA la D.G.R. X/4467 del 10/12/2015 con la quale, in attuazione della L.R. n. 23/2015, viene costituita l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Bergamo e definito l'assetto organizzativo della stessa;

VISTI:

- l'art. 118, quarto comma, della Costituzione, introdotto dalla legge costituzionale n. 3/2001, di riforma del Titolo V della Costituzione, ha riconosciuto il principio di sussidiarietà orizzontale, accanto a quello di sussidiarietà verticale ai fini dell'esercizio delle funzioni amministrative.
- l'art. 55 del d. lgs. n. 117/2017 e ss. mm., recante il Codice del Terzo Settore (in avanti anche solo "CTS"), il quale disciplina, in modo generale e relativamente alle attività di interesse generale, previste dall'art. 5 del medesimo Codice, l'utilizzo degli strumenti della co-programmazione, della coprogettazione e dell'accreditamento;
- il secondo comma di detto articolo, per il quale "La co-programmazione è finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili";
- in particolare, l'art. 55, terzo comma, prevede che "la co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti (...) (...)";
- inoltre, il primo comma dell'art. 55 CTS a mente del quale "1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona";

RICHIAMATE:

- le Linee guida sul rapporto fra PA ed enti di Terzo settore, ai sensi degli articoli 55 – 57 del decreto legislativo n. 117/2017, adottate con DM n. 72/2021, in ordine agli adempimenti procedurali, compresi quelli in materia di pubblicità e di trasparenza;
- le Linee guida n. 17 di ANAC, approvate con Delibera del Consiglio n. 382/2022;

OSSERVATO il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 42 del 20/06/2023, con i relativi allegati, che costituisce il documento che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura, per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia e prevede in particolare uno specifico Ambito Strategico relativo al Sistema sociosanitario a casa del cittadino;

VISTO il Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024 – 2028 approvato con D.c.r. 25 giugno 2024 - n. XII/395 che, sulla base della lettura dei bisogni sociosanitari emergenti, promuove l'individuazione di modelli innovativi nell'organizzazione dei servizi;

VISTA la DGR n. 2966 del 5 agosto 2024 ad oggetto: "Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024 – terzo provvedimento" che all'allegato 3 Rete Territoriale ha previsto l'avvio di "una analisi finalizzata all'individuazione di modelli innovativi, attuali e sperimentali di presa in carico di cittadini fragili secondo la logica della transitional care in grado di definire una filiera di interventi caratterizzati da prossimità, flessibilità, integrazione tra i livelli di risposta e sinergia tra i setting";

VISTA, altresì, la DGR n. 3720 del 30 dicembre 2024, ad oggetto: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" che al capitolo 5.2 Interventi sociosanitari prevede l'introduzione di nuovi servizi e modelli innovativi attenti alla progressiva trasformazione dei bisogni individuando alcune specifiche aree di riferimento;

RICHIAMATA la D.G.R. XII/4481 del 03/06/2025 ad oggetto "Approvazione indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e della DGR 3720/2024" con la quale sono state approvate le indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi secondo le aree definite dalla DGR 3720/2024 ed è stato ripartito il budget pari a euro 10.000.000,00 per la realizzazione dei progetti alle ATS in base al criterio della popolazione residente (per ATS Bergamo pari a euro 1.103.912,00);

PRESO ATTO che la citata DGR prevede uno stanziamento complessivo per ATS Bergamo pari a euro 1.103.912,00 e dispone che ciascuna ATS, in collaborazione con le ASST e tutti gli stakeholders presenti sul proprio territorio darà avvio ad un percorso per la definizione di una sperimentazione di un modello innovativo da presentare in DG Welfare, rinviando a successivo provvedimento la definizione delle indicazioni operative;

PREMESSO che la Direzione Strategica ha optato per il procedimento di coprogettazione ex art. 55 del d. lgs. n. 117/2017 e ss. mm. quale modello di procedura per la selezione delle progettualità previste nella già richiamata DGR 4481/2025;

PRECISATO che l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo, quale Amministrazione procedente ai sensi della Legge n. 241/1990, ha attivato una Manifestazione d'interesse per la selezione di soggetti partner per la coprogettazione, ai sensi dell'art. 55 CTS, quale espressione dell'attività collaborativa e sussidiaria, in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, di cui all'art. 118, quarto comma, della Costituzione;

RICORDATO CHE:

- al fine di sostenere l'attuazione del partenariato, ATS Bergamo ha messo a disposizione la somma complessiva pari a € 1.103.912,00, ai sensi dell'art. 12 della Legge n. 241/1990 e ss., a titolo di contributi economici complessivi suddivisi su tre aree progettuali di seguito definite, con un massimo di due progettualità per area;

- a tale ultimo proposito, si precisa che tali contributi non equivalgono a corrispettivi per l'affidamento di servizi a titolo oneroso, come da ultimo chiarito dall'Agenzia delle Entrate con risposta ad Interpello n. 375 del 25 maggio 2021;
- era stata verificata sussistenza dei presupposti, fattuali e normativi, per l'attivazione della procedura di co-progettazione e, segnatamente, tenuto conto delle Linee Guida n. 17 di ANAC sull'affidamento dei servizi sociali: la co-progettazione difatti è giustificata dalla necessità di definire modelli innovativi di welfare, come indicato nel documento della DG Welfare RL e nella DGR 3720/2024, che richiedono il coinvolgimento attivo del Terzo Settore secondo una logica di prossimità, flessibilità e integrazione;

VISTA la Deliberazione ATS n. 588 del 28/08/2025 con la quale:

- è stata recepita la DGR XII/4481 del 03.06.2025 ed i relativi allegati regionali A e B riguardanti le indicazioni operative e le linee guida per la predisposizione, l'attuazione e la rendicontazione degli interventi;
- sono stati predisposti gli atti della procedura di co-progettazione in coerenza con quanto previsto dal citato art. 55 CTS e di quanto indicato nelle Linee Guida n. 17 dell'ANAC in materia di affidamento dei servizi sociali, analogicamente applicabili all'oggetto dell'Avviso, e, segnatamente, in ordine:
 - alla predeterminazione dell'oggetto e delle finalità del procedimento ad evidenza pubblica;
 - alla permanenza in capo all'Amministrazione pubblica procedente delle scelte e della valutazione sulle proposte progettuali presentate dagli interessati;
 - al rispetto degli obblighi in materia di trasparenza, di pubblicità e di proprietà intellettuale, ai sensi della disciplina vigente;
 - al rispetto dei principi del procedimento amministrativo e di tutte le disposizioni del Codice dei Contratti pubblici applicabili per analogia, ed in particolare in tema di parità di trattamento e giusto procedimento;
- sono stati approvati e adottati l'"Avviso per la manifestazione di interesse per la selezione di soggetti partner per la coprogettazione per lo sviluppo e la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e della DGR n. 3720/2024 - attuazione della DGR XII/4481 del 03.06.2025" (Allegato 1), la relativa "Istanza di partecipazione" (Allegato 2); il "Fac-simile Scheda progettuale" (Allegato 3) e la Relazione tecnica contenente il percorso di individuazione delle priorità territoriali e le motivazioni per le quali sono state individuate 3 delle 5 aree previste nella DGR XII/4481 del 03.06.2025 (Allegato 4);

VISTA altresì la Deliberazione ATS n. 630 del 26/09/2025 con la quale si è provveduto alla costituzione e alla nomina di una Commissione valutatrice deputata alla valutazione dei progetti e alla specifica di sviluppo operativo delle fasi previste nel percorso di co-progettazione, secondo i criteri approvati da Regione Lombardia con DGR XII/4481 del 03.06.2025 e quelli presenti nell'Avviso;

RILEVATO che il Relativo Avviso è stato pubblicato congiuntamente ai relativi allegati sul sito ATS Bergamo alla Sezione: "Bandi e Gare" e ne è stata data ampia diffusione a tutti gli Enti della provincia di Bergamo che operano nelle aree indicate nell'Avviso, organizzando un'apposita Video-call in data 03.09.2025 nella quale sono stati chiariti i contenuti dell'Avviso e si è provveduto alla pubblicazione di un documento in formato di diapositive, anch'esso pubblicato nell'apposta sezione del Sito internet aziendale;

VISTO il Decreto della Direzione Centrale Bilancio e Finanza n. 14529 del 17 ottobre 2025 ad oggetto "Modifica e/o integrazione dell'assegnazione, a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2025 a seguito procedure di assestamento" con il quale nella Sezione "Ulteriori indicazioni - Area Socio Sanitaria - Assegnazioni alle ATS relative alle unità di offerta, misure e sperimentazioni sociosanitarie" che recepisce le disposizioni di cui alla D.G.R. n. 4481/2025 "Approvazione indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e della DGR 3720/2024";

PREMESSO che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- nelle date 01.10.2025, 30.10.2025, 04.11.2025, 06.11.2025 e 12.11.2025 si sono svolte le Sedute di Commissione per procedere alla verifica delle istanze pervenute in relazione al possesso dei requisiti previsti dall'Avviso e alla successiva attribuzione del punteggio per l'eventuale ammissione alla fase di coprogettazione;

- per le relative Sedute di cui sopra sono state debitamente redatti appositi Verbali (Verbale n.1, Verbale n. 2, Verbale n.3, Verbale n.4 e Verbale n.5), agli atti del Dipartimento PIPSSS;

- con Nota 0103011/25 (in riscontro a Nota Prot. 102542 del 04.11.2025) Regione Lombardia ha concesso ad ATS Bergamo la proroga dell'iter procedurale di istruttoria dell'Avviso di cui trattasi fino alla data 05.12.2025 (termine perentorio – data in cui dovranno esser fatti pervenire gli esiti) per permettere opportuni approfondimenti;

- alla data di scadenza indicata nell'Avviso in oggetto per la presentazione delle domande di partecipazione (ore 23:59 del 19/09/2025) risultano pervenute n. 13 candidature, riportate nella Deliberazione ATS n. 747 del 19.11.2025 ad oggetto "Esito della selezione per la partecipazione alla fase di co-progettazione riferita all'Avviso per la manifestazione di interesse per la selezione di soggetti partner per la coprogettazione per lo sviluppo e la definizione dei Modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e della DGR n. 3720/2024 – attuazione della DGR XII/4481 del 03.06.2025";

- l'Avviso prevedeva che, ai fini dell'ammissione al tavolo di coprogettazione, alla proposta progettuale venga attribuito un punteggio pari almeno a 60 punti;

- al termine dell'istruttoria per l'Area della presa in carico delle persone con demenza è stata redatta la seguente Graduatoria:

Graduatoria progetti Avviso ATS Bergamo - Deliberazione n. 630 del 26.09.2025 in attuazione della DGR RL n. 4481 del 03.06.2025 - Area della presa in carico delle persone con demenza			
N.	Nominativo Ente proponente	Titolo progetto	Punteggio Assegnato
1	FONDAZIONE CASA SERENA ONLUS	Il Piano Cognitivo Assistenziale: garanzia di continuità di cura fin dalla presa in carico	72
2	GENERAZIONI FA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	Tele Cognitive Movement Plus - Percorsi integrati per la presa in carico delle persone con demenza e il sostegno ai caregiver	66

3	BERGAMO SANITÀ SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE	Senilità e declino cognitivo. Potenziamento delle risposte territoriali integrate	60
---	--	---	----

- al termine dell'istruttoria per l'Area della Disabilità e non autosufficienza è stata redatta la seguente Graduatoria:

Graduatoria progetti Avviso ATS Bergamo - Deliberazione n. 630 del 26.09.2025 in attuazione della DGR RL n. 4481 del 03.06.2025 - Area della Disabilità e non autosufficienza			
N.	Nominativo Ente proponente	Titolo progetto	Punteggio Assegnato
1	Fondazione Angelo Custode ONLUS	Centro diurno per minori con disabilità "Il Granaio"	69
2	SER.e N.A. Cooperativa Sociale	Passi di libertà: apprendere, lavorare ed abitare	60

- al termine dell'istruttoria per l'Area della Salute Mentale è stata redatta la seguente Graduatoria:

Graduatoria progetti Avviso ATS Bergamo - Deliberazione n. 630 del 26.09.2025 in attuazione della DGR RL n. 4481 del 03.06.2025 - Area della Salute Mentale			
N.	Nominativo Ente proponente	Titolo progetto	Punteggio Assegnato
1	Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.	SMYLE – Salute Mentale Young Level - "Percorsi integrati per la salute mentale giovanile"	60

- con la Deliberazione ATS n. 747 del 19.11.2025 sopra richiamata si è preso atto delle risultanze dei verbali redatti dalla Commissione valutatrice che ha concordato (esiti Verbale n. 5, agli atti del Dipartimento PIPSSS) nel concludere l'istruttoria ammettendo i primi classificati nelle relative Aree di intervento ai tavoli di co-progettazione, come di seguito riportato e, in particolare:

- per l'Area della presa in carico delle persone con demenza si è classificato in prima posizione utile il progetto «Il Piano Cognitivo Assistenziale: garanzia di continuità di cura fin dalla presa in carico» presentato da Fondazione Casa Serena Onlus per il quale è stato richiesto un finanziamento regionale per la realizzazione del progetto pari ad euro 360.000,00 con l'impegno dell'Ente di mettere a disposizione una quota di co-finanziamento pari a euro 90.000,00, per un progetto complessivo pari a euro 450.000,00;
- per l'Area della Disabilità e non autosufficienza si è classificato in prima posizione utile il progetto «Centro diurno per minori con disabilità "Il Granaio"» presentato da Fondazione Angelo Custode Onlus per il quale è stato richiesto un finanziamento regionale per la realizzazione del progetto pari ad euro 240.000,00 con l'impegno dell'Ente di mettere a disposizione una quota di co-finanziamento pari a euro

69.229,00 e una quota di compartecipazione pari a 86.400,00, per un progetto complessivo pari a euro 395.629,00;

- per l'Area della Salute Mentale si è classificato in prima posizione utile il progetto «SMYLE – Salute Mentale Young Level - "Percorsi integrati per la salute mentale giovanile"» presentato da Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. per il quale è stato richiesto un finanziamento regionale per la realizzazione del progetto pari ad euro 360.545,23, con l'impegno dell'Ente di mettere a disposizione una quota di co-finanziamento pari a euro 91.136,31, per un progetto complessivo pari a euro 451.681,54 (e non 455.681,54 come riportato nel Piano finanziario previsionale del progetto);

- con la medesima Deliberazione si era provveduto a:

- avviare il procedimento di coprogettazione con i tre Enti selezionati classificatisi in prima posizione utile nelle Tre Graduatorie per Area di intervento, per la definizione dei relativi progetti definitivi;
- nominare quale Responsabile del Tavolo di co-progettazione per l'Area della presa in carico delle persone con demenza la Dr.ssa Giuseppa Valentini, Direttore della SC Percorsi assistenziali domiciliari e di continuità delle cure;
- nominare quale Responsabile del Tavolo di co-progettazione per l'Area della Disabilità e non autosufficienza il Dott. Iorio Riva, Direttore della SC Network Sociali;
- nominare quale Responsabile del Tavolo di co-progettazione per l'Area della Salute Mentale la Dott.ssa Laura Randazzo, Direttore della SC Programmazione Percorsi di presa in carico nelle Aree Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità;
- prendere atto che in totale i tre progetti sopra richiamati, uno per area, richiedono un finanziamento regionale complessivo pari a euro 960.543,23 e, rispetto al budget messo a disposizione da Regione Lombardia con DGR n. 4481 del 03.06.2025 pari a complessivi euro 1.103.912,00, risulta un residuo di risorse economiche pari a euro 143.368,77 - residuo non sufficiente per ammettere un ulteriore progetto, oltre ai tre Enti sopra individuati, alla fase di co-progettazione, nel rispetto dei criteri previsti al punto 5 dell'Avviso;
- approvare il Fac-simile di Convenzione per la regolamentazione tra le parti ATS Bergamo e gli Enti partner;
- pubblicare il provvedimento richiamato all'Albo Pretorio e sul sito istituzionale di ATS Bergamo alla Sezione "Bandi e Gare", nell'apposita sezione in cui è stato pubblicato il relativo Avviso pubblico;

DATO ATTO che:

- la fase di coprogettazione relativa alla manifestazione di interesse per l'Area della presa in carico delle persone con demenza:

- si è conclusa positivamente e ha visto coinvolti i rappresentanti e i relativi referenti dell'Ente partner Fondazione Casa Serena Onlus nonché il Responsabile del Tavolo di coprogettazione di Area, come individuato con Deliberazione ATS n. 747 del 19.11.2025;
- ha determinato l'esame del progetto e in particolare degli obiettivi e delle azioni progettuali specifiche nell'interesse generale, alla luce delle indicazioni fornite da ATS Bergamo per garantire la coerenza con i LEA/NSG di riferimento, con specifica attenzione agli ambiti di particolare valenza strategica, quali l'accessibilità, la sostenibilità, l'innovazione e la trasferibilità;
- si è concretizzata con l'approvazione del Progetto definitivo «Il Piano Cognitivo Assistenziale: garanzia di continuità di cura fin dalla presa in carico»;

- la fase di coprogettazione relativa alla manifestazione di interesse per l'Area della Disabilità e non autosufficienza:

- si è conclusa positivamente e ha visto coinvolti i rappresentanti e i relativi referenti dell'Ente partner Fondazione Angelo Custode Onlus nonché il Responsabile del Tavolo di coprogettazione di Area, come individuato con Deliberazione ATS n. 747 del 19.11.2025;
- ha determinato l'esame del progetto e in particolare degli obiettivi e delle azioni progettuali specifiche nell'interesse generale, alla luce delle indicazioni fornite da ATS Bergamo per garantire la coerenza con i LEA/NSG di riferimento, con specifica attenzione agli ambiti di particolare valenza strategica, quali l'accessibilità, la sostenibilità, l'innovazione e la trasferibilità;
- si è concretizzata con l'approvazione del Progetto definitivo «Progetto Centro Diurno per minori con Disabilità "IL GRANAIO e i voli possibili"»;

- la fase di coprogettazione relativa alla manifestazione di interesse per l'Area della Salute Mentale:

- si è conclusa positivamente e ha visto coinvolti i rappresentanti e i relativi referenti dell'Ente partner Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. nonché il Responsabile del Tavolo di coprogettazione di Area, come individuato con Deliberazione ATS n. 747 del 19.11.2025;
- ha determinato l'esame del progetto e in particolare degli obiettivi e delle azioni progettuali specifiche nell'interesse generale, alla luce delle indicazioni fornite da ATS Bergamo per garantire la coerenza con i LEA/NSG di riferimento, con specifica attenzione agli ambiti di particolare valenza strategica, quali l'accessibilità, la sostenibilità, l'innovazione e la trasferibilità;
- si è concretizzata con l'approvazione del Progetto definitivo «SMYLE – Salute Mentale Young Level - "Percorsi integrati per la salute mentale giovanile"»;

VISTI:

- i verbali dei Tavoli di coprogettazione riferiti all'Area della presa in carico delle persone con demenza del 21 e 25 novembre 2025, conservati agli atti del Dipartimento PIPSSS;
- i verbali dei Tavoli di coprogettazione riferiti all'Area della Disabilità e non autosufficienza del 21 e 25 novembre 2025, conservati agli atti del Dipartimento PIPSSS;
- i verbali dei Tavoli di coprogettazione riferiti all'Area della Salute Mentale del 24 e 26 novembre 2025, conservati agli atti del Dipartimento PIPSSS;

ATTESO che il Responsabile del procedimento propone, viste le premesse:

- di prendere atto dei contenuti del Decreto della Direzione Centrale Bilancio e Finanza n. 14529 del 17 ottobre 2025 ad oggetto "Modifica e/o integrazione dell'assegnazione, a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2025 a seguito procedure di assestamento";
- di introitare l'importo di € 1.103.912,00 sul C.E. 511012 – Finanziamento di parte corrente sociosanitaria, del Bilancio Sociosanitario esercizio 2025;

- di contabilizzare l'importo di € 1.103.912,00 sul C.E. 643052 – Altre prestazioni per servizi sociosanitari da terzi – Raggruppamento di Budget: F43010, del Bilancio Sociosanitario esercizio 2025;
- di prendere atto che in totale i tre progetti, uno per area, richiedono un finanziamento regionale complessivo pari a euro 960.543,23 e, rispetto al budget messo a disposizione da Regione Lombardia con DGR n. 4481 del 03.06.2025 pari a complessivi euro 1.103.912,00, risulta un residuo di risorse economiche pari a euro 143.368,77;
- di recepire i verbali dei Tavoli di coprogettazione riferiti alle Aree della presa in carico delle persone con demenza, della Disabilità e non autosufficienza e della Salute Mentale, sopra richiamati, conservati agli atti del Dipartimento PIPSSS;
- di prendere atto e di approvare:
 - il Progetto definitivo presentato da Fondazione Casa Serena Onlus «Il Piano Cognitivo Assistenziale: garanzia di continuità di cura fin dalla presa in carico» (Allegato 2A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 - il Progetto definitivo presentato da Fondazione Angelo Custode Onlus «Progetto Centro Diurno per minori con Disabilità "IL GRANAIO e i voli possibili"» (Allegato 2B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 - il Progetto definitivo presentato da Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. «SMYLE – Salute Mentale Young Level - "Percorsi integrati per la salute mentale giovanile"» (Allegato 2C), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di prendere atto che:
 - l'Accordo di Partenariato sottoscritto dalla Fondazione Casa Serena Onlus e dai relativi Enti partner progettuali dovrà essere prodotto in forma definitiva entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della relativa Convenzione e conservato agli atti del Dipartimento PIPSSS;
 - l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus ha presentato istanza singolarmente ma che qualora risultasse necessario addivenire alla redazione di un Accordo di Partenariato con altri Enti partner progettuali, lo stesso dovrà essere sottoscritto dalla Fondazione Angelo Custode Onlus e dai relativi Enti partner progettuali e prodotto in forma definitiva entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della relativa Convenzione e conservato agli atti del Dipartimento PIPSSS;
 - l'Accordo di Partenariato sottoscritto dalla Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e dai relativi Enti partner progettuali dovrà essere prodotto in forma definitiva entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della relativa Convenzione e conservato agli atti del Dipartimento PIPSSS;
- di recepire e sottoporre a relativa sottoscrizione:
 - la Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Casa Serena Onlus redatta secondo il format approvato con Deliberazione n. 747 del 19.11.2025 per un periodo di 12 mesi a far data dalla sottoscrizione della medesima;
 - la Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Angelo Custode Onlus redatta secondo il format approvato con Deliberazione n. 747 del 19.11.2025 per un periodo di 12 mesi a far data dalla sottoscrizione della medesima;
 - la Convenzione tra ATS Bergamo e Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. redatta secondo il format approvato con Deliberazione n. 747 del 19.11.2025 per un periodo di 12 mesi a far data dalla sottoscrizione della medesima;

- di procedere, a seguito della sottoscrizione delle relative Convenzioni, all'avvio della fase di attuazione delle attività e degli interventi previsti nei tre Progetti definitivi;
- di riconoscere, in conformità a quanto previsto dalla DGR XII/4481 del 03/06/2025 ad oggetto "Approvazione indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e della DGR 3720/2024" e dei contenuti dell'Avviso Pubblicato di ATS Bergamo approvato con Deliberazione ATS n. 588 del 28/08/2025:
 - alla Fondazione Casa Serena Onlus il contributo pari a euro 360.000,00, con l'impegno dell'Ente di mettere a disposizione una quota di co-finanziamento pari a euro 90.000,00, per un progetto complessivo pari a euro 450.000,00;
 - alla Fondazione Angelo Custode Onlus il contributo pari a euro 240.000,00, con l'impegno dell'Ente di mettere a disposizione una quota di co-finanziamento pari a euro 69.229,00 e una quota di compartecipazione pari a 86.400,00, per un progetto complessivo pari a euro 395.629,00;
 - alla Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. il contributo pari a euro 360.545,23, con l'impegno dell'Ente di mettere a disposizione una quota di co-finanziamento pari a euro 91.136,31, per un progetto complessivo pari a euro 451.681,54;
- di dare atto che:
 - come previsto dalla Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Casa Serena Onlus (Allegato 1A), l'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente convenzione è stabilito in € 360.000,00 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:
 - anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, alla data di sottoscrizione della Convenzione accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della documentazione di spesa;
 - saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
 - saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute;
 - come previsto dalla Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Angelo Custode Onlus (Allegato 1B), l'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente Convenzione è stabilito in € 240.000,00 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:
 - anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, alla data di sottoscrizione della Convenzione accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della documentazione di spesa;
 - saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
 - saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute. come previsto dalla Convenzione tra ATS Bergamo e Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. (Allegato 1C), l'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente convenzione è stabilito in €

360.545,23 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:

- anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, alla data di sottoscrizione della Convenzione accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della documentazione di spesa;
 - saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
 - saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute:
- di procedere alla liquidazione di complessivi euro 384.218,09, così ripartiti:
 - euro 144.000,00 (anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale) alla Fondazione Casa Serena Onlus;
 - euro 96.000,00 (anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale) alla Fondazione Angelo Custode Onlus;
 - euro 144.218,09 (anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale) alla Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.;
 - di demandare alla Direzione del Dipartimento PIPSSS l'impegno di realizzare e presentare una relazione quadrimestrale relativa al monitoraggio dell'avanzamento dei progetti finanziati;
 - di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti necessari successivi adempimenti di attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. 241/1990 e s.m.i.;

PRESO ATTO che il Dott. Iorio Riva, in qualità di Responsabile del procedimento, attesta la legittimità e la regolarità tecnica, del presente provvedimento;

RITENUTO di far proprie le proposte del Responsabile del procedimento in relazione a quanto sopra riferito;

VISTO il parere di regolarità contabile rilasciato dal Direttore della SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità;

STABILITO di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio e sul sito istituzionale di ATS Bergamo alla Sezione "Bandi e Gare", nell'apposita sezione in cui è stato pubblicato il relativo Avviso pubblico;

ACQUISITO il parere favorevole dei Direttori, Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario, per quanto di propria competenza, ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D.lgs. n. 502/92 e s.m. e i. e della L. R. n. 33/2009 e s. m. e i.;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

1. **di prendere atto** dei contenuti del Decreto della Direzione Centrale Bilancio e Finanza n. 14529 del 17 ottobre 2025 ad oggetto "Modifica e/o integrazione dell'assegnazione, a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2025 a seguito procedure di assestamento";
2. **di introitare** l'importo di € 1.103.912,00 sul C.E. 511012 – Finanziamento di parte corrente sociosanitaria del Bilancio Sociosanitario esercizio 2025;
3. **di contabilizzare** l'importo di € 1.103.912,00 sul C.E. 643052 – Altre prestazioni per servizi sociosanitari da terzi – Raggruppamento di Budget: F43010, del Bilancio Sociosanitario esercizio 2025;
4. **di recepire** i verbali dei Tavoli di coprogettazione riferiti alle Aree della presa in carico delle persone con demenza, della Disabilità e non autosufficienza e della Salute Mentale, sopra richiamati, conservati agli atti del Dipartimento PIPSSS;
5. **di prendere atto e di approvare:**
 - il Progetto definitivo presentato da Fondazione Casa Serena Onlus «Il Piano Cognitivo Assistenziale: garanzia di continuità di cura fin dalla presa in carico» (Allegato 2A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 - il Progetto definitivo presentato da Fondazione Angelo Custode Onlus «Progetto Centro Diurno per minori con Disabilità "IL GRANAIO e i voli possibili"» (Allegato 2B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 - il Progetto definitivo presentato da Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. «SMYLE – Salute Mentale Young Level - "Percorsi integrati per la salute mentale giovanile"» (Allegato 2C), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
6. **di prendere atto** che:
 - l'Accordo di Partenariato sottoscritto dalla Fondazione Casa Serena Onlus e dai relativi Enti partner progettuali dovrà essere prodotto in forma definitiva entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della relativa Convenzione e conservato agli atti del Dipartimento PIPSSS;
 - l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus ha presentato istanza singolarmente ma che qualora risultasse necessario addivenire alla redazione di un Accordo di Partenariato con altri Enti partner progettuali, lo stesso dovrà essere sottoscritto dalla Fondazione Angelo Custode Onlus e dai relativi Enti partner progettuali e prodotto in forma definitiva entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della relativa Convenzione e conservato agli atti del Dipartimento PIPSSS;
 - l'Accordo di Partenariato sottoscritto dalla Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e dai relativi Enti partner progettuali dovrà essere prodotto in forma definitiva entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della relativa Convenzione e conservato agli atti del Dipartimento PIPSSS;
7. **di recepire e sottoporre a relativa sottoscrizione:**
 - la Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Casa Serena Onlus redatta secondo il format approvato con Deliberazione n. 747 del 19.11.2025 per un periodo di 12 mesi a far data dalla sottoscrizione della medesima;

- la Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Angelo Custode Onlus redatta secondo il format approvato con Deliberazione n. 747 del 19.11.2025 per un periodo di 12 mesi a far data dalla sottoscrizione della medesima;
 - la Convenzione tra ATS Bergamo e Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. redatta secondo il format approvato con Deliberazione n. 747 del 19.11.2025 per un periodo di 12 mesi a far data dalla sottoscrizione della medesima;
8. **di procedere**, a seguito della sottoscrizione delle relative Convenzioni, all'avvio della fase di attuazione delle attività e degli interventi previsti nei tre Progetti definitivi;
9. **di riconoscere**, in conformità a quanto previsto dalla DGR XII/4481 del 03/06/2025 ad oggetto "Approvazione indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e della DGR 3720/2024" e dei contenuti dell'Avviso Pubblicato di ATS Bergamo approvato con Deliberazione ATS n. 588 del 28/08/2025,
- alla Fondazione Casa Serena Onlus il contributo pari a euro 360.000,00, con l'impegno dell'Ente di mettere a disposizione una quota di co-finanziamento pari a euro 90.000,00, per un progetto complessivo pari a euro 450.000,00;
 - alla Fondazione Angelo Custode Onlus il contributo pari a euro 240.000,00, con l'impegno dell'Ente di mettere a disposizione una quota di co-finanziamento pari a euro 69.229,00 e una quota di compartecipazione pari a 86.400,00, per un progetto complessivo pari a euro 395.629,00;
 - alla Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. il contributo pari a euro 360.545,23, con l'impegno dell'Ente di mettere a disposizione una quota di co-finanziamento pari a euro 91.136,31, per un progetto complessivo pari a euro 451.681,54;
10. **di prendere atto** che in totale i tre progetti, uno per area, richiedono un finanziamento regionale complessivo pari a euro 960.543,23 e, rispetto al budget messo a disposizione da Regione Lombardia con DGR n. 4481 del 03.06.2025 pari a complessivi euro 1.103.912,00, risulta un residuo di risorse economiche pari a euro 143.368,77;
11. **di dare atto** che:
- come previsto dalla Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Casa Serena Onlus (Allegato 1A), l'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente convenzione è stabilito in € 360.000,00 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:
 - o anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, alla data di sottoscrizione della Convenzione accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della documentazione di spesa;
 - o saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
 - o saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute;
 - come previsto dalla Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Angelo Custode Onlus (Allegato 1B), l'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente Convenzione è stabilito in € 240.000,00 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:

- o anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, alla data di sottoscrizione della Convenzione accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della documentazione di spesa;
- o saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
- o saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute;
- come previsto dalla Convenzione tra ATS Bergamo e Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. (Allegato 1C), l'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente convenzione è stabilito in € 360.545,23 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:
 - o anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, alla data di sottoscrizione della Convenzione accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della documentazione di spesa;
 - o saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
 - o saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute;

12. di procedere alla liquidazione di complessivi euro 384.218,09, così ripartiti:

- euro 144.000,00 (anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale) alla Fondazione Casa Serena Onlus;
- euro 96.000,00 (anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale) alla Fondazione Angelo Custode Onlus;
- euro 144.218,09 (anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale) alla Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.;

13. di demandare alla Direzione del Dipartimento PIPSSS l'impegno di realizzare e presentare una relazione quadrimestrale relativa al monitoraggio dell'avanzamento dei progetti finanziati;

14. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti necessari successivi adempimenti di attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. 241/1990 e s.m.i.;

15. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi del comma 6 dell'art. 17 della L.R. 33/2009 e s.m. e i;

16. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio e sul sito istituzionale di ATS Bergamo alla Sezione "Bandi e Gare", nell'apposita sezione in cui è stato pubblicato il relativo Avviso pubblico;

17. di dare comunicazione del presente atto al Collegio Sindacale per i controlli di competenza, ai sensi dell'art. 3-ter del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;

18. **di trasmettere** il seguente provvedimento alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Massimo Giovanni Giupponi)

Allegati:

- Allegato 1A – Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Casa Serena Onlus;
- Allegato 1B – Convenzione tra ATS Bergamo e Fondazione Angelo Custode Onlus;
- Allegato 1C – Convenzione tra ATS Bergamo e Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.;
- Allegato 2A - Progetto definitivo «Il Piano Cognitivo Assistenziale: garanzia di continuità di cura fin dalla presa in carico»;
- Allegato 2B - Progetto definitivo «Progetto Centro Diurno per minori con Disabilità "IL GRANAIO e i voli possibili"»;
- Allegato 2C - Progetto definitivo «SMYLE – Salute Mentale Young Level - "Percorsi integrati per la salute mentale giovanile"».

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E LEGITTIMITA'

STRUTTURA PROPONENTE: PIPSSS

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Il Responsabile del procedimento
Riva Iorio

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA' - Direttore Dott. Sergio Rocca

Si attesta la copertura economica e la regolarità contabile del presente provvedimento:

Bilancio – Costi (Bilancio/Esercizio/Codice Progetto/Codice Finanziamento): BILANCIO SOCIOSANITARIO ESERCIZIO 2025

Dati contabili – Costi (Raggruppamento di Budget/Entità Acquirente/Conto Economico/Conto Patrimoniale/Centro di Costo): C.E. 643052 – ALTRE PRESTAZIONI PER SERVIZI SOCIOSANITARI DA TERZI – RAGGRUPPAMENTO DI BUDGET: F43010

Importo – Costi (importo): 1.103.912,00

Bilancio – Ricavi (Bilancio/ Esercizio/Codice Progetto): BILANCIO SOCIOSANITARIO ESERCIZIO 2025

Dati contabili – Ricavi (Entità Acquirente/Conto Economico/Conto Patrimoniale/Centro di Costo): C.E. 511012 – FINANZIAMENTO DI PARTE CORRENTE SOCIOSANITARIA

Importo – Ricavi (importo): 1.103.912,00

Note: SB 2025000518 - FATTA ANNOTAZIONE PER FT. ATTIVA.

Autorizzante
Rocca Sergio

**CONVENZIONE PER LA REGOLAMENTAZIONE TRA LE PARTI DELLA COPROGETTAZIONE
RELATIVA ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI
PARTNER PER LA COPROGETTAZIONE PER LO SVILUPPO E LA DEFINIZIONE DEI MODELLI
INNOVATIVI PREVISTI AI SENSI DEL PIANO SOCIO SANITARIO INTEGRATO LOMBARDO
2024/2028 E DELLA DGR N. 3720/2024 – ATTUAZIONE DELLA DGR XII/4481 DEL 03.06.2025.**

- Tra l'**Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo**, nella persona del Dott. Massimo Giovanni Giupponi, in qualità di Direttore Generale pro tempore, domiciliata presso la sede in Via Gallicciolli, 4, 24121 – Bergamo (BG), P.IVA / CF: 04114400163 - d'ora innanzi anche solo denominato "ATS" o "Amministrazione precedente"

e

- L'Ente **Fondazione Casa Serena Onlus**, nella persona del Dott. Cesare Maffeis, in qualità di Legale Rappresentante, con sede in sede legale in Via Giovanni XXIII, 4, 24030 Brembate di Sopra (BG), C.F./P.IVA.: 04008150163 - d'ora innanzi anche solo denominata "Ente partner" o "Soggetto attuatore"

di seguito ATS Bergamo e L'Ente Fondazione Casa Serena Onlus saranno congiuntamente definite "parti";

per la seguente Area progettuale:

X Area della presa in carico delle persone con demenza

☐ **Area della Salute Mentale**

☐ **Area della Disabilità e non autosufficienza**

.....

* * *

PREMESSO CHE

- con l'adozione del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 recante "Codice del Terzo Settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106", in breve CTS, l'istituto della coprogettazione ha assunto un ruolo fondamentale nei rapporti tra la Pubblica Amministrazione e gli Enti del Terzo Settore (di seguito ETS);
- la coprogettazione è definita come il processo attraverso il quale la Pubblica Amministrazione definisce ed eventualmente realizza specifici progetti di servizio o di

intervento finalizzati a soddisfare bisogni individuati anche all'esito della precedente fase di programmazione;

RICHIAMATI

- l'art. 118, co. 4, della Costituzione, introdotto dalla L. cost. n. 3/2001, di riforma del Titolo V della Costituzione, ha riconosciuto il principio di sussidiarietà orizzontale, accanto a quello di sussidiarietà verticale, ai fini dell'esercizio delle funzioni amministrative;
- l'art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017, recante il “Codice del Terzo Settore” (in avanti anche solo “CTS”), che disciplina, relativamente alle attività di interesse generale, previste dall'art. 5 del CTS, l'utilizzo degli strumenti della co-programmazione, della coprogettazione e dell'accreditamento e, in particolare, ai commi 1 e 3, prevede che:
 - «1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e coprogettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona»;
 - «3. La coprogettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2»;
- le Linee Guida dell'ANAC in materia di affidamento di servizi sociali;
- la Legge n. 241/1990 “Legge sul Procedimento Amministrativo”;
- il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72 del 31 marzo 2021, con il quale sono state adottate le “Linee Guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore”, disciplinato negli articoli 55-57 del decreto legislativo n. 117/2017, allo scopo di supportare gli enti pubblici nella concreta applicazione degli articoli 55, 56 e 57;

DATO ATTO CHE ATS BERGAMO

con Avviso di manifestazione d'interesse indetto ai sensi dell'art. 55 del D.lgs. n. 117/2017 e s.m.i. pubblicato sul sito web ATS Bergamo, nella sezione “Bandi e gare”, in data 28/08/2025, ATS Bergamo ha indetto Avviso per la selezione di Enti gestori di UdO sociali e/o sociosanitarie e sanitarie, cui affidare una delle aree ivi indicate, previste nella DGR XII/4481 del 03/06/2025, per l'attuazione di quanto contenuto nel documento definitivo frutto di co-progettazione;

RICHIAMATE

- la Deliberazione ATS n. 588 del 28/08/2025 di approvazione dell'Avviso pubblico e dei relativi Allegati ai fini della ricezione delle domande di partecipazione da parte di Enti gestori di UdO sociali e/o sociosanitarie e sanitarie volte alla istruttoria ad evidenza pubblica di co-progettazione;
- la Deliberazione ATS n. 630 del 26/09/2025 di nomina della Commissione Valutatrice;
- la Deliberazione ATS n. 747 del 19/11/2025 di esito della prima fase di selezione e di ammissione degli enti alla fase di coprogettazione con la quale si motiva la scelta di selezionare gli Enti in prima posizione utile nelle relative graduatorie per area, come indicato nel citato Avviso pubblico;

RILEVATO

che la verifica del possesso dei requisiti dei Soggetti Attuatori autodichiarati nell'ambito della procedura ad evidenza pubblica ha dato esito positivo e pertanto può procedersi con la sottoscrizione della presente Convenzione mediante la quale regolare i reciproci rapporti fra le parti.

Tanto premesso,

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – Premesse

Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente atto.

Art. 2 – Oggetto della Convenzione

1. Oggetto della convenzione, sottoscritta fra le Parti, è la regolamentazione del rapporto di collaborazione, finalizzato alla realizzazione degli interventi descritti nel Progetto Definitivo.
2. In ragione di quanto precede, l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus assume l'impegno di apportare agli interventi tutte le necessarie migliorie, che saranno concordate, nel corso del rapporto convenzionale per assicurare la migliore tutela dell'interesse pubblico e dei soggetti beneficiari dell'intervento, fermo restando quanto previsto dall'Avviso pubblico e dai relativi Allegati, e nello spirito tipico del rapporto di collaborazione attivato con la co-progettazione.

Art. 3 – Durata della Convenzione

1. La presente convenzione ha validità dalla data di sottoscrizione per la durata di 1 anno, salvo eventuali proroghe previste a seguito dell'approvazione di successivi provvedimenti regionali o nazionali e fermo restando la necessità di effettuare verifiche intermedie promosse da ATS Bergamo e finalizzate ad accertare l'efficacia degli interventi nel frattempo avviati.

Art. 4 – Risorse messe a disposizioni dalle parti

1. Per realizzare le finalità e gli obiettivi degli interventi, l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus mette a disposizione le risorse strumentali (attrezzature e mezzi), umane proprie (personale dipendente e/o prestatori d'opera intellettuale e/o di servizio, ecc., operanti a qualunque titolo) e finanziarie specificate nel Progetto Definitivo (Allegato 1).

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo

2. Per la realizzazione degli interventi previsti, ATS Bergamo metterà a disposizione le risorse specificate al successivo art. 5, precisando fin d'ora che l'importo corrispondente alle risorse, a vario titolo, messe a disposizione dall'Amministrazione procedente, costituisce il massimo importo erogabile dalla stessa.
3. Le risorse umane, impiegate nelle attività, sono quelle previste nel già citato Progetto Definitivo e il personale ingaggiato dall'Ente Fondazione Casa Serena Onlus e dai partner di progetto, operanti a qualunque titolo nelle attività progettuali, risponde direttamente del proprio operato.
4. Il Responsabile Coordinatore di Progetto, Dott. Claudio Arici Direttore Sanitario dell'Ente Fondazione Casa Serena Onlus sarà il Referente per i rapporti con ATS Bergamo, che vigilerà sullo svolgimento delle attività secondo modalità e termini ritenuti efficaci.
5. Con la sottoscrizione della presente Convenzione, l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus si impegna a rispettare e a far rispettare ai partner di progetto tutte le vigenti norme contrattuali, regolamentari, previdenziali, assicurative e di sicurezza dei luoghi di lavoro. Il rapporto con il personale dipendente o i prestatori d'opera intellettuale o di servizio o i collaboratori ad altro titolo individuati, è regolato dalle normative contrattuali, previdenziali, assicurative, fiscali vigenti in materia.

Art. 5 – Procedura di co-progettazione aperta

1. Ai fini di coordinare le azioni e procedere alla continua integrazione e diversificazione delle tipologie e modalità di intervento l'ATS di Bergamo e l'Ente si impegnano a mantenere aperta la co-progettazione, per l'intera durata del Progetto.
2. Le verifiche e gli aggiornamenti tra le parti verranno effettuati a cadenza periodica (minimo trimestrale).
3. Verrà data particolare evidenza operativa alle seguenti aree progettuali:
 - Accessibilità;
 - Innovazione;
 - Sostenibilità;
 - Trasferibilità.

Dovranno essere inoltre sviluppate le azioni progettuali rispetto all'evoluzione riferita ai LEA/NSG individuati e ricalibrati al contenuto specifico del progetto:

- Art. 21 “Percorsi assistenziali integrati”;
 - Art. 26 “Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali”
 - Art. 27 “Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità”
 - Art. 34 “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità”
 - Indicatore D33Za: Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura);
 - Indicatore D20Z: Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente;
 - Indicatore D22Z: Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente;
 - Indicatore D23Z: Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3);
4. ATS si riserva la facoltà di chiedere al Soggetto attuatore la partecipazione in qualunque momento al Tavolo di co-progettazione.

Art. 6 – Somme liquidabili per la realizzazione degli interventi

1. L'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente convenzione è stabilito in € 360.000,00 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:
 - anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della documentazione di spesa;
 - saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
 - saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute.
2. Qualora, in esito a controlli, si evidenziassero irregolarità o costi rendicontati riconosciuti inferiori alle somme liquidate, l'aggiudicatario si impegna a restituire quanto indebitamente percepito.
3. La corresponsione dei singoli importi sarà inoltre subordinata all'accertamento della regolarità contributiva dell'Ente, attestata da certificazione DURC in corso di validità.

Art. 7 – Assicurazioni

L'Ente Fondazione Casa Serena Onlus e gli Enti partner di progetto provvedono alla copertura assicurativa di legge delle risorse umane impiegate a qualunque titolo nelle attività di cui alla presente Convenzione. L'Ente Fondazione Casa Serena Onlus e gli Enti partner di progetto sono responsabili civilmente e penalmente dei danni di qualsiasi natura che possano derivare a persone o cose legate allo svolgimento delle attività previste dal Progetto Definitivo. In conseguenza di ciò, ATS Bergamo è sollevata da qualunque pretesa, azione, domanda che possa derivare, direttamente o indirettamente, dalle attività della presente Convenzione.

Art. 8 – Divieto di cessione

1. È vietato cedere anche parzialmente la presente Convenzione, pena l'immediata risoluzione della stessa e il risarcimento dei danni e delle spese causate all'ATS di Bergamo. L'esecuzione delle azioni è in capo al solo Ente Fondazione Casa Serena Onlus, salvo per le attività derivanti da rapporti di partenariato, individuati in sede di presentazione della proposta progettuale e approvate in sede di documento progettuale definitivo.
2. L'Accordo di Partenariato, presentato dall'Ente Fondazione Casa Serena Onlus e agli atti dell'Amministrazione precedente, sarà oggetto di aggiornamento entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della presente Convenzione.
3. Con la sottoscrizione della presente Convenzione, l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus assume l'impegno – in attuazione del principio di buona fede – di comunicare ad ATS Bergamo le criticità e le problematiche che dovessero insorgere al fine di poter scongiurare, ove possibile, le ipotesi previste dal precedente comma.

Art. 9 – Monitoraggio delle attività oggetto della convenzione e rendicontazione

1. ATS Bergamo assicura il monitoraggio quali-quantitativo sulle attività svolte dall'Ente, attraverso la verifica periodica del perseguimento degli obiettivi in rapporto alle attività oggetto della Convenzione, riservandosi di apportare tutte le variazioni che dovesse ritenere utili ai fini della buona riuscita delle azioni ivi contemplate, senza che ciò

comporti ulteriori oneri a carico dell'Ente, il quale è tenuto ad apportare le variazioni richieste.

2. ATS Bergamo è tenuta al presidio, al controllo della rendicontazione puntuale sia sul piano dei contenuti tecnici sia sul piano amministrativo e gestionale degli interventi e delle attività svolte dagli Enti attuatori indicati nell'Accordo di Partenariato.
3. Nello specifico, l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus trasferirà a tutti gli Enti attuatori, partner progettuali, attestati da relativo Accordo di Partenariato agli atti di ufficio dell'Amministrazione procedente, a seguito di suddetta procedura, le somme relative alla realizzazione del progetto entro i limiti del *budget* destinato da ATS, con obbligo di rendicontazione, e, in ogni caso, previa verifica della regolarità relativa agli adempimenti previdenziali, assicurativi e assistenziali e comunque entro la somma massima messa a disposizione.
4. In proposito, la rendicontazione delle spese è necessaria in ragione della riconducibilità delle risorse riconosciute agli ETS ai contributi, di cui all'art. 12 della legge n. 241/1990 (a conferma di tale orientamento le Linee Guida Ministeriali sul rapporto fra PA ed Enti del Terzo Settore – DM 72/2021); pertanto, la relativa attività, sulla scorta degli orientamenti univoci della giurisprudenza amministrativa e contabile, dovrà essere analitica ed inerente alle attività svolte, posto che le amministrazioni pubbliche devono controllare il corretto impiego delle risorse (art. 93, comma 3, lett. e), CTS.
5. A conclusione delle attività, oggetto del partenariato e di successivo avviso, i Soggetti attuatori presenteranno – entro e non oltre 30 giorni – una relazione tecnica conclusiva, nella quale saranno declinate nel dettaglio le attività svolte.
6. ATS Bergamo cura il monitoraggio quali-quantitativo sulle attività svolte dall'Ente capofila (e, di riflesso, dagli Enti partner), attraverso la verifica periodica del perseguimento degli obiettivi in rapporto alle attività oggetto della Convenzione.
7. Per la rendicontazione dei costi di personale sarà necessaria la presentazione della lettera di incarico, del timesheet, del cedolino/fattura, della dichiarazione attestante il costo orario e della quietanza di pagamento.
8. Nell'ambito del piano finanziario previsionale del progetto potranno essere riconosciute solo le spese relative a prestazioni sociosanitarie/sanitarie comprese quelle per il personale sanitario, in armonia a quanto previsto dal DPCM 12/1/2017. Tutte le spese ammissibili dovranno essere necessarie e coerenti con lo sviluppo della progettualità.
9. Nel rispetto del divieto del doppio finanziamento, il medesimo costo di un intervento non può essere rimborsato due volte a valere su fonti di finanziamento pubbliche o anche di diversa natura o entrata da compartecipazione dell'utente.
10. È prevista però la possibilità di cumulare all'interno di un unico progetto fonti finanziarie differenti “a condizione che tale sostegno non copra lo stesso costo” (divieto di doppio finanziamento).
11. Non è possibile utilizzare posti già contrattualizzati con il SSR per l'erogazione del progetto innovativo. Pertanto, nel caso il progetto preveda interventi di natura residenziale il soggetto proponente dovrà candidare per lo svolgimento delle attività una struttura accreditata con il SSR con posti non già occupati al momento dell'avvio del progetto.
12. In caso di utilizzo di spazi di strutture Sociosanitarie o sanitarie (accreditati nel caso di interventi residenziali) è necessario che, al momento della presentazione della comunicazione di avvio del progetto, gli spazi siano a disposizione esclusiva del progetto stesso o con evidenza di soluzioni organizzative tali da garantire la non commistione con eventuale utenza presente.

13. Le parti danno reciprocamente atto che potrà essere riconvocato il Tavolo di coprogettazione per ridefinire quanto utile e/o necessario alla luce degli esiti di monitoraggio periodici.
14. L'Ente Fondazione Casa Serena Onlus, nel rispetto delle tempistiche e modalità previste, presenterà, unitamente alla rendicontazione delle spese, le relazioni intermedie e il DURC in modo che ATS possa svolgere le attività di controllo ai sensi degli articoli 92 e 93 del CTS.
15. A conclusione delle attività, oggetto del partenariato l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus presenterà, entro 60 giorni, una relazione tecnica conclusiva, nella quale saranno declinate nel dettaglio le attività svolte.

Art. 10 – Trattamento dei dati personali

- a. Le Parti si impegnano a rispettare quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018 e s.m.i. e, in generale, dalle normative in materia di trattamento dei dati personali.
- b. Ai sensi della vigente disciplina di settore ATS Bergamo e l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus in qualità di capofila del Progetto sono titolari autonomi del trattamento dei dati. Altri Enti partner saranno responsabili del trattamento dei dati dietro espressa pattuizione con l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus.
- c. Ciascuna delle parti garantisce il rispetto delle disposizioni di legge, in particolare la liceità dei trattamenti di dati da essa effettuati, compresi quelli effettuati in titolarità autonoma. Le parti adottano tutte le misure tecniche e organizzative necessarie affinché i diritti degli interessati, in particolare ai sensi degli articoli 12 a 22 del GDPR, possano essere garantiti in qualsiasi momento entro i termini di legge.
- d. Le parti conservano i dati personali in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e se necessario, le parti si forniscono reciprocamente le informazioni necessarie nella rispettiva area funzionale.
- e. I Responsabili del trattamento si impegnano a:
 - I. Trattare i dati solo per finalità o le finalità sopra specificate e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali;
 - II. Trattare i dati conformemente alle istruzioni documentate dal Titolare del trattamento annesso al presente contratto;
 - III. Garantire la riservatezza dei dati a carattere personale trattati nell'ambito del presente contratto;
 - IV. Controllare che le persone autorizzate a trattare i dati a carattere personale in virtù del presente contratto:
 - si impegnino a rispettare la riservatezza o siano sottoposti ad un obbligo legale appropriato di segretezza;
 - ricevano la formazione necessaria in materia di protezione dei dati a carattere personale;
 - V. Tenere conto di ogni aspetto del GDPR fin dalla fase di prima progettazione in ogni progetto di trattamento dati che gli venga richiesto dal Titolare e fornire la necessaria consulenza qualora il progetto venga disegnato e realizzato dal Titolare stesso o da terzi incaricati;
- f. Il Responsabile del trattamento può ricorrere ad un altro Responsabile del trattamento (di seguito "l'ulteriore Responsabile del trattamento") per gestire attività di trattamento specifiche. In questo caso, informa con congruo preavviso e per iscritto il Titolare del trattamento di ogni cambiamento ravvisato riguardante l'aggiunta o la sostituzione di

altri Responsabili. L'ulteriore Responsabile del trattamento deve rispettare gli obblighi del presente contratto per conto e secondo le istruzioni del Titolare del trattamento.

- g. Il Responsabile del trattamento assiste il Titolare del trattamento nella realizzazione di analisi d'impatto relative alla protezione dei dati, conformemente all'articolo 35.
- h. Il Responsabile del trattamento assiste il Titolare del trattamento nella consultazione preventiva dell'autorità di controllo, prevista dall'articolo 36 del GDPR.
- i. Il Responsabile del trattamento s'impegna a mettere in opera le misure tecniche e organizzative che garantiscono un livello di sicurezza adattato al rischio.
- j. Il Responsabile del trattamento mette a disposizione del Titolare del trattamento la documentazione necessaria per dimostrare il rispetto di tutti gli obblighi e per permettere la realizzazione di revisioni, comprese le ispezioni, da parte del Titolare del trattamento o di un altro revisore che lui ha incaricato, e contribuire alla realizzazione di queste revisioni.
- k. ATS Bergamo e l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus, in qualità di Titolari del trattamento s'impegnano a:
 - I. Vigilare durante la durata di tutto il trattamento, sul rispetto degli obblighi previsti dal Regolamento europeo sulla protezione dei dati da parte del Responsabile del trattamento;
 - II. Supervisionare il trattamento, comprese le revisioni e le ispezioni da parte dei rispettivi Responsabili del trattamento.

Art. 11 - Codice di Comportamento

L'Ente Fondazione Casa Serena Onlus dichiara di essere edotto degli obblighi derivanti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 (Delibera n 470 del 10/07/2025) - reperibile sul sito internet istituzionale dell'Ente: www.ats-bg.it - e di impegnarsi, pena la risoluzione della Convenzione, ad osservare gli obblighi di condotta previsti dai sopracitati documenti per quanto compatibili.

Art. 12 – Referenti

Per i rapporti con l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus, ATS Bergamo individua quale referente il Direttore della SC Percorsi assistenziali domiciliari e di continuità delle cure, Dr.ssa Giuseppa Valentini.

Per i rapporti con ATS Bergamo, l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus, individua quale referente il Direttore Sanitario della Fondazione Casa Serena Onlus, Dott. Claudio Arici.

Art. 13 – Risoluzione della Convenzione

- a. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1454 del Codice Civile, la presente Convenzione può essere risolta dalle parti in ogni momento, previa diffida a adempiere di 15 giorni a mezzo PEC, per grave inadempienza degli impegni assunti;
- b. Ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, costituiscono clausole risolutive espresse, le seguenti ipotesi:
 - interruzione non motivata delle attività;
 - difformità sostanziale nella realizzazione degli interventi, secondo quanto previsto nel Progetto Definitivo;
 - qualora l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus si renda colpevole di frode;

- nelle ipotesi sopraindicate, la Convenzione può essere risolta di diritto, con effetto immediato, a fronte della dichiarazione dell'ATS di Bergamo, trasmessa a mezzo PEC, di volersi avvalere della clausola risolutiva espressa.

Art. 14 – Rinvii normativi

Per tutto quanto non espressamente previsto dalla presente Convenzione si fa riferimento al Codice Civile ed alle disposizioni di legge vigenti ed applicabili in materia ed a quelle richiamate negli atti di cui alle Premesse.

Art. 15 – Controversie

Qualunque contestazione o vertenza dovesse insorgere tra le parti sarà rimessa alla giurisdizione del giudice competente. Foro competente è il Foro di Bergamo.

Art. 16 – Allegati

Sono da considerarsi quale parte integrante e sostanziale della presente Convenzione i seguenti atti e documenti:

- All. 1 - Progetto Definitivo come risultante da tavolo di coprogettazione;
- All. 2 - Accordo di Partenariato (da trasmettere in versione definitiva entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo convenzionale all'indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-bg.it, all'attenzione della Direzione del Dipartimento PIPSSS (mail PEO: direzione.pipss@ats-bg.it).

Per ATS di Bergamo

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Massimo Giovanni Giupponi

.....

Per l'Ente Fondazione Casa Serena Onlus

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Dott. Cesare Maffeis

.....

Il sottoscrittore nella qualità di Legale Rappresentante dell'Ente Fondazione Casa Serena Onlus,

dichiara

di avere perfetta e particolareggiata conoscenza delle clausole convenzionali e di tutti gli atti ivi richiamati e, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 c.c., dichiarano di accettare espressamente tutte le condizioni e patti ivi contenuti (artt. 6-10-11-12).

Bergamo,

Esente da bollo ai sensi dell'art. 82 comma 5 del D.lgs. 117/2017.

Ufficio ATS competente: Dipartimento PIPSSS - e-mail: direzione.pipss@ats-bg.it – Tel. 035 358 070

Responsabile del procedimento: Direttore Dipartimento PIPSSS, Dott. Iorio Riva

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo

Via F. Gallicciolli, 4 – 24121 Bergamo – Tel. 035385111 – fax 035385245 - C.F./P.IVA 04114400163



**CONVENZIONE PER LA REGOLAMENTAZIONE TRA LE PARTI DELLA COPROGETTAZIONE
RELATIVA ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI
PARTNER PER LA COPROGETTAZIONE PER LO SVILUPPO E LA DEFINIZIONE DEI MODELLI
INNOVATIVI PREVISTI AI SENSI DEL PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO
2024/2028 E DELLA DGR N. 3720/2024 – ATTUAZIONE DELLA DGR XII/4481 DEL 03.06.2025.**

- Tra l'**Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo**, nella persona del Dott. Massimo Giovanni Giupponi, in qualità di Direttore Generale pro tempore, domiciliata presso la sede in Via Gallicciolli, 4, 24121 – Bergamo (BG), P.IVA / CF: 04114400163 - d'ora innanzi anche solo denominato "ATS" o "Amministrazione procedente"

e

- L'Ente **Fondazione Angelo Custode Onlus**, nella persona del Dott. Vittorio Nozza, in qualità di Legale Rappresentante, con sede in sede legale in Piazza Duomo, 5, 24129 – Bergamo (BG), C.F./P.IVA.: 03385420165 - d'ora innanzi anche solo denominata "Ente partner" o "Soggetto attuatore"

Di seguito ATS Bergamo e L'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus saranno congiuntamente definite "parti";

per la seguente Area progettuale:

- ☐ **Area della presa in carico delle persone con demenza**
- ☐ **Area della Salute Mentale**

X Area della Disabilità e non autosufficienza

.....

* * *

PREMESSO CHE

- con l'adozione del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 recante "Codice del Terzo Settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106", in breve CTS, l'istituto della coprogettazione ha assunto un ruolo fondamentale nei rapporti tra la Pubblica Amministrazione e gli Enti del Terzo Settore (di seguito ETS);
- la coprogettazione è definita come il processo attraverso il quale la Pubblica Amministrazione definisce ed eventualmente realizza specifici progetti di servizio o di

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo

intervento finalizzati a soddisfare bisogni individuati anche all'esito della precedente fase di programmazione;

RICHIAMATI

- l'art. 118, co. 4, della Costituzione, introdotto dalla L. cost. n. 3/2001, di riforma del Titolo V della Costituzione, ha riconosciuto il principio di sussidiarietà orizzontale, accanto a quello di sussidiarietà verticale, ai fini dell'esercizio delle funzioni amministrative;
- l'art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017, recante il “Codice del Terzo Settore” (in avanti anche solo “CTS”), che disciplina, relativamente alle attività di interesse generale, previste dall'art. 5 del CTS, l'utilizzo degli strumenti della co-programmazione, della coprogettazione e dell'accreditamento e, in particolare, ai commi 1 e 3, prevede che:
 - «1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e coprogettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona»;
 - «3. La coprogettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2»;
- le Linee Guida dell'ANAC in materia di affidamento di servizi sociali;
- la Legge n. 241/1990 “Legge sul Procedimento Amministrativo”;
- il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72 del 31 marzo 2021, con il quale sono state adottate le “Linee Guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore”, disciplinato negli articoli 55-57 del decreto legislativo n. 117/2017, allo scopo di supportare gli enti pubblici nella concreta applicazione degli articoli 55, 56 e 57;

DATO ATTO CHE ATS BERGAMO

con Avviso di manifestazione d'interesse indetto ai sensi dell'art. 55 del D.lgs. n. 117/2017 e s.m.i. pubblicato sul sito web ATS Bergamo, nella sezione “Bandi e gare”, in data 28/08/2025, ATS Bergamo ha indetto Avviso per la selezione di Enti gestori di UdO sociali e/o sociosanitarie e sanitarie, cui affidare una delle aree ivi indicate, previste nella DGR XII/4481 del 03/06/2025, per l'attuazione di quanto contenuto nel documento definitivo frutto di co-progettazione;

RICHIAMATE

- la Deliberazione ATS n. 588 del 28/08/2025 di approvazione dell'Avviso pubblico e dei relativi Allegati ai fini della ricezione delle domande di partecipazione da parte di Enti gestori di UdO sociali e/o sociosanitarie e sanitarie volte alla istruttoria ad evidenza pubblica di co-progettazione;
- la Deliberazione ATS n. 630 del 26/09/2025 di nomina della Commissione Valutatrice;
- la Deliberazione ATS n. 747 del 19/11/2025 di esito della prima fase di selezione e di ammissione degli enti alla fase di coprogettazione con la quale si motiva la scelta di selezionare gli Enti in prima posizione utile nelle relative graduatorie per area, come indicato nel citato Avviso pubblico;

RILEVATO

che la verifica del possesso dei requisiti dei Soggetti Attuatori autodichiarati nell'ambito della procedura ad evidenza pubblica ha dato esito positivo e pertanto può procedersi con la sottoscrizione della presente Convenzione mediante la quale regolare i reciproci rapporti fra le parti.

Tanto premesso,

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – Premesse

Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente atto.

Art. 2 – Oggetto della Convenzione

1. Oggetto della convenzione, sottoscritta fra le Parti, è la regolamentazione del rapporto di collaborazione, finalizzato alla realizzazione degli interventi descritti nel Progetto Definitivo.
2. In ragione di quanto precede, l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus assume l'impegno di apportare agli interventi tutte le necessarie migliorie, che saranno concordate, nel corso del rapporto convenzionale per assicurare la migliore tutela dell'interesse pubblico e dei soggetti beneficiari dell'intervento, fermo restando quanto previsto dall'Avviso pubblico e dai relativi Allegati, e nello spirito tipico del rapporto di collaborazione attivato con la co-progettazione.

Art. 3 – Durata della Convenzione

1. La presente convenzione ha validità dalla data di sottoscrizione per la durata di 1 anno, salvo eventuali proroghe previste a seguito dell'approvazione di successivi provvedimenti regionali o nazionali e fermo restando la necessità di effettuare verifiche intermedie promosse da ATS Bergamo e finalizzate ad accertare l'efficacia degli interventi nel frattempo avviati.

Art. 4 – Risorse messe a disposizioni dalle parti

1. Per realizzare le finalità e gli obiettivi degli interventi, l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus mette a disposizione le risorse strumentali (attrezzature e mezzi), umane proprie (personale dipendente e/o prestatori d'opera intellettuale e/o di servizio, ecc., operanti a qualunque titolo) e finanziarie specificate nel Progetto Definitivo (Allegato 1).

2. Per la realizzazione degli interventi previsti, ATS Bergamo metterà a disposizione le risorse specificate al successivo art. 5, precisando fin d'ora che l'importo corrispondente alle risorse, a vario titolo, messe a disposizione dall'Amministrazione procedente, costituisce il massimo importo erogabile dalla stessa.
3. Le risorse umane, impiegate nelle attività, sono quelle previste nel già citato Progetto Definitivo e il personale ingaggiato dall'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus e da eventuali altri partner di progetto, operanti a qualunque titolo nelle attività progettuali, risponde direttamente del proprio operato.
4. Il Responsabile Coordinatore di Progetto, Dott.ssa Maria Luisa Galli, Responsabile dell'Area Disabilità e Minori dell'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus sarà il Referente per i rapporti con ATS Bergamo, che vigilerà sullo svolgimento delle attività secondo modalità e termini ritenuti efficaci.
5. Con la sottoscrizione della presente Convenzione, l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus si impegna a rispettare e a far rispettare agli eventuali partner di progetto tutte le vigenti norme contrattuali, regolamentari, previdenziali, assicurative e di sicurezza dei luoghi di lavoro. Il rapporto con il personale dipendente o i prestatori d'opera intellettuale o di servizio o i collaboratori ad altro titolo individuati, è regolato dalle normative contrattuali, previdenziali, assicurative, fiscali vigenti in materia.

Art. 5 – Procedura di co-progettazione aperta

1. Ai fini di coordinare le azioni e procedere alla continua integrazione e diversificazione delle tipologie e modalità di intervento l'ATS di Bergamo e l'Ente si impegnano a mantenere aperta la co-progettazione, per l'intera durata del Progetto.
2. Le verifiche e gli aggiornamenti tra le parti verranno effettuati a cadenza periodica (minimo trimestrale).
3. Verrà data particolare evidenza operativa alle seguenti aree progettuali:
 - Accessibilità;
 - Innovazione;
 - Sostenibilità;
 - Trasferibilità.

Dovranno essere inoltre sviluppate le azioni progettuali rispetto all'evoluzione riferita ai LEA/NSG individuati e ricalibrati al contenuto specifico del progetto:

- Art. 24 "Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie;
 - Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria";
 - Art. 27 "Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità";
 - Art. 32 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico";
 - Art. 34 "Trattamenti socioriabilitativi e mantenimento delle abilità funzionali residue";
 - Indicatore P14C: "Indicatore composito sugli stili di vita"
4. ATS si riserva la facoltà di chiedere al Soggetto attuatore la partecipazione in qualunque momento al Tavolo di co-progettazione.

Art. 6 – Somme liquidabili per la realizzazione degli interventi

1. L'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente convenzione è stabilito in € 240.000,00 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:
 - anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della documentazione di spesa, nelle more del recepimento del Decreto di riparto regionale e conseguente disponibilità sul Bilancio Sociosanitario di ATS Bergamo;
 - saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
 - saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute.
2. Qualora, in esito a controlli, si evidenziassero irregolarità o costi rendicontati riconosciuti inferiori alle somme liquidate, l'aggiudicatario si impegna a restituire quanto indebitamente percepito.
3. La corresponsione dei singoli importi sarà inoltre subordinata all'accertamento della regolarità contributiva dell'Ente, attestata da certificazione DURC in corso di validità.

Art. 7 – Assicurazioni

L'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus (e gli eventuali Enti partner di progetto) provvedono alla copertura assicurativa di legge delle risorse umane impiegate a qualunque titolo nelle attività di cui alla presente Convenzione. L'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus e gli eventuali altri Enti partner di progetto sono responsabili civilmente e penalmente dei danni di qualsiasi natura che possano derivare a persone o cose legate allo svolgimento delle attività previste dal Progetto Definitivo. In conseguenza di ciò, ATS Bergamo è sollevata da qualunque pretesa, azione, domanda che possa derivare, direttamente o indirettamente, dalle attività della presente Convenzione.

Art. 8 – Divieto di cessione

1. È vietato cedere anche parzialmente la presente Convenzione, pena l'immediata risoluzione della stessa e il risarcimento dei danni e delle spese causate all'ATS di Bergamo. L'esecuzione delle azioni è in capo al solo Ente Fondazione Angelo Custode Onlus, salvo per le attività derivanti da rapporti di partenariato, individuati in sede di presentazione della proposta progettuale e approvate in sede di documento progettuale definitivo.
2. L'Accordo di Partenariato, qualora risultasse necessario, in quanto si rammenta che L'Ente ha presentato istanza singolarmente, dovrà essere presentato dall'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della presente Convenzione e sarà conservato agli atti dell'Amministrazione procedente.
3. Con la sottoscrizione della presente Convenzione, l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus assume l'impegno – in attuazione del principio di buona fede – di comunicare ad ATS Bergamo le criticità e le problematiche che dovessero insorgere al fine di poter scongiurare, ove possibile, le ipotesi previste dal precedente comma.

Art. 9 – Monitoraggio delle attività oggetto della convenzione e rendicontazione

1. ATS Bergamo assicura il monitoraggio quali-quantitativo sulle attività svolte dall'Ente, attraverso la verifica periodica del perseguimento degli obiettivi in rapporto alle attività oggetto della Convenzione, riservandosi di apportare tutte le variazioni che dovesse ritenere utili ai fini della buona riuscita delle azioni ivi contemplate, senza che ciò comporti ulteriori oneri a carico dell'Ente, il quale è tenuto ad apportare le variazioni richieste.
2. ATS Bergamo è tenuta al presidio, al controllo della rendicontazione puntuale sia sul piano dei contenuti tecnici sia sul piano amministrativo e gestionale degli interventi e delle attività svolte dagli eventuali Enti attuatori indicati nell'Accordo di Partenariato.
3. Nello specifico, qualora si rilevasse la necessità di coinvolgere altri soggetti, l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus trasferirà a tutti gli Enti attuatori, partner progettuali, attestati da relativo Accordo di Partenariato agli atti di ufficio dell'Amministrazione procedente, a seguito di suddetta procedura, le somme relative alla realizzazione del progetto entro i limiti del *budget* destinato da ATS, con obbligo di rendicontazione, e, in ogni caso, previa verifica della regolarità relativa agli adempimenti previdenziali, assicurativi e assistenziali e comunque entro la somma massima messa a disposizione.
4. In proposito, la rendicontazione delle spese è necessaria in ragione della riconducibilità delle risorse riconosciute agli ETS ai contributi, di cui all'art. 12 della legge n. 241/1990 (a conferma di tale orientamento le Linee Guida Ministeriali sul rapporto fra PA ed Enti del Terzo Settore – DM 72/2021); pertanto, la relativa attività, sulla scorta degli orientamenti univoci della giurisprudenza amministrativa e contabile, dovrà essere analitica ed inerente alle attività svolte, posto che le amministrazioni pubbliche devono controllare il corretto impiego delle risorse (art. 93, comma 3, lett. e), CTS.
5. A conclusione delle attività, oggetto del partenariato e di successivo avviso, i Soggetti attuatori presenteranno – entro e non oltre 30 giorni – una relazione tecnica conclusiva, nella quale saranno declinate nel dettaglio le attività svolte.
6. ATS Bergamo cura il monitoraggio quali-quantitativo sulle attività svolte dall'Ente capofila (e, di riflesso, dagli Enti partner), attraverso la verifica periodica del perseguimento degli obiettivi in rapporto alle attività oggetto della Convenzione.
7. Per la rendicontazione dei costi di personale sarà necessaria la presentazione della lettera di incarico, del timesheet, del cedolino/fattura, della dichiarazione attestante il costo orario e della quietanza di pagamento.
8. Nell'ambito del piano finanziario previsionale del progetto potranno essere riconosciute solo le spese relative a prestazioni sociosanitarie/sanitarie comprese quelle per il personale sanitario, in armonia a quanto previsto dal DPCM 12/1/2017. Tutte le spese ammissibili dovranno essere necessarie e coerenti con lo sviluppo della progettualità.
9. Nel rispetto del divieto del doppio finanziamento, il medesimo costo di un intervento non può essere rimborsato due volte a valere su fonti di finanziamento pubbliche o anche di diversa natura o entrata da compartecipazione dell'utente.
10. È prevista però la possibilità di cumulare all'interno di un unico progetto fonti finanziarie differenti “a condizione che tale sostegno non copra lo stesso costo” (divieto di doppio finanziamento).
11. Non è possibile utilizzare posti già contrattualizzati con il SSR per l'erogazione del progetto innovativo. Pertanto, nel caso il progetto preveda interventi di natura residenziale il soggetto proponente dovrà candidare per lo svolgimento delle attività una struttura accreditata con il SSR con posti non già occupati al momento dell'avvio del progetto.

12. In caso di utilizzo di spazi di strutture Sociosanitarie o sanitarie (accreditati nel caso di interventi residenziali) è necessario che, al momento della presentazione della comunicazione di avvio del progetto, gli spazi siano a disposizione esclusiva del progetto stesso o con evidenza di soluzioni organizzative tali da garantire la non commistione con eventuale utenza presente.
13. Le parti danno reciprocamente atto che potrà essere riconvocato il Tavolo di coprogettazione per ridefinire quanto utile e/o necessario alla luce degli esiti di monitoraggio periodici.
14. L'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus, nel rispetto delle tempistiche e modalità previste, presenterà, unitamente alla rendicontazione delle spese, le relazioni intermedie e il DURC in modo che ATS possa svolgere le attività di controllo ai sensi degli articoli 92 e 93 del CTS.
15. A conclusione delle attività, oggetto del partenariato l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus presenterà, entro 60 giorni, una relazione tecnica conclusiva, nella quale saranno declinate nel dettaglio le attività svolte.

Art. 10 – Trattamento dei dati personali

- a. Le Parti si impegnano a rispettare quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018 e s.m.i. e, in generale, dalle normative in materia di trattamento dei dati personali.
- b. Ai sensi della vigente disciplina di settore ATS Bergamo e l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus in qualità di capofila del Progetto sono titolari autonomi del trattamento dei dati. Altri eventuali Enti partner saranno responsabili del trattamento dei dati dietro espressa pattuizione con l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus.
- c. Ciascuna delle parti garantisce il rispetto delle disposizioni di legge, in particolare la liceità dei trattamenti di dati da essa effettuati, compresi quelli effettuati in titolarità autonoma. Le parti adottano tutte le misure tecniche e organizzative necessarie affinché i diritti degli interessati, in particolare ai sensi degli articoli 12 a 22 del GDPR, possano essere garantiti in qualsiasi momento entro i termini di legge.
- d. Le parti conservano i dati personali in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e se necessario, le parti si forniscono reciprocamente le informazioni necessarie nella rispettiva area funzionale.
- e. I Responsabili del trattamento si impegnano a:
 - I. Trattare i dati solo per finalità o le finalità sopra specificate e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali;
 - II. Trattare i dati conformemente alle istruzioni documentate dal Titolare del trattamento annesso al presente contratto;
 - III. Garantire la riservatezza dei dati a carattere personale trattati nell'ambito del presente contratto;
 - IV. Controllare che le persone autorizzate a trattare i dati a carattere personale in virtù del presente contratto:
 - si impegnino a rispettare la riservatezza o siano sottoposti ad un obbligo legale appropriato di segretezza;
 - ricevano la formazione necessaria in materia di protezione dei dati a carattere personale;
 - V. Tenere conto di ogni aspetto del GDPR fin dalla fase di prima progettazione in ogni progetto di trattamento dati che gli venga richiesto dal Titolare e fornire la necessaria consulenza qualora il progetto venga disegnato e realizzato dal Titolare stesso o da terzi incaricati;

- f. Il Responsabile del trattamento può ricorrere ad un altro Responsabile del trattamento (di seguito “l’ulteriore Responsabile del trattamento”) per gestire attività di trattamento specifiche. In questo caso, informa con congruo preavviso e per iscritto il Titolare del trattamento di ogni cambiamento ravvisato riguardante l’aggiunta o la sostituzione di altri Responsabili. L’ulteriore Responsabile del trattamento deve rispettare gli obblighi del presente contratto per conto e secondo le istruzioni del Titolare del trattamento.
- g. Il Responsabile del trattamento assiste il Titolare del trattamento nella realizzazione di analisi d’impatto relative alla protezione dei dati, conformemente all’articolo 35.
- h. Il Responsabile del trattamento assiste il Titolare del trattamento nella consultazione preventiva dell’autorità di controllo, prevista dall’articolo 36 del GDPR.
- i. Il Responsabile del trattamento s’impegna a mettere in opera le misure tecniche e organizzative che garantiscono un livello di sicurezza adattato al rischio.
- j. Il Responsabile del trattamento mette a disposizione del Titolare del trattamento la documentazione necessaria per dimostrare il rispetto di tutti gli obblighi e per permettere la realizzazione di revisioni, comprese le ispezioni, da parte del Titolare del trattamento o di un altro revisore che lui ha incaricato, e contribuire alla realizzazione di queste revisioni.
- k. ATS Bergamo e l’Ente Fondazione Angelo Custode Onlus, in qualità di Titolari del trattamento s’impegnano a:
 - I. Vigilare durante la durata di tutto il trattamento, sul rispetto degli obblighi previsti dal Regolamento europeo sulla protezione dei dati da parte del Responsabile del trattamento;
 - II. Supervisionare il trattamento, comprese le revisioni e le ispezioni da parte dei rispettivi Responsabili del trattamento.

Art. 11 - Codice di Comportamento

L’Ente Fondazione Angelo Custode Onlus dichiara di essere edotto degli obblighi derivanti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 (Delibera n 470 del 10/07/2025) - reperibile sul sito internet istituzionale dell’Ente: www.ats-bg.it - e di impegnarsi, pena la risoluzione della Convenzione, ad osservare gli obblighi di condotta previsti dai sopracitati documenti per quanto compatibili.

Art. 12 – Referenti

Per i rapporti con l’Ente Fondazione Angelo Custode Onlus, ATS Bergamo individua quale referente il Direttore della SC Network Sociali, Dott. Iorio Riva.

Per i rapporti con ATS Bergamo, l’Ente Fondazione Angelo Custode Onlus, individua quale referente la Responsabile dell’Area Disabilità e Minori dell’Ente, Dott.ssa Maria Luisa Galli, Fondazione Angelo Custode Onlus.

Art. 13 – Risoluzione della Convenzione

- a. Ai sensi e per gli effetti dell’articolo 1454 del Codice Civile, la presente Convenzione può essere risolta dalle parti in ogni momento, previa diffida a adempiere di 15 giorni a mezzo PEC, per grave inadempienza degli impegni assunti;
- b. Ai sensi dell’art. 1456 del Codice Civile, costituiscono clausole risolutive espresse, le seguenti ipotesi:
 - interruzione non motivata delle attività;
 - difformità sostanziale nella realizzazione degli interventi, secondo quanto previsto nel Progetto Definitivo;

- qualora l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus si renda colpevole di frode;
- nelle ipotesi sopraindicate, la Convenzione può essere risolta di diritto, con effetto immediato, a fronte della dichiarazione dell'ATS di Bergamo, trasmessa a mezzo PEC, di volersi avvalere della clausola risolutiva espressa.

Art. 14 – Rinvii normativi

Per tutto quanto non espressamente previsto dalla presente Convenzione si fa riferimento al Codice Civile ed alle disposizioni di legge vigenti ed applicabili in materia ed a quelle richiamate negli atti di cui alle Premesse.

Art. 15 – Controversie

Qualunque contestazione o vertenza dovesse insorgere tra le parti sarà rimessa alla giurisdizione del giudice competente. Foro competente è il Foro di Bergamo.

Art. 16 – Allegati

Sono da considerarsi quale parte integrante e sostanziale della presente Convenzione i seguenti atti e documenti:

- All. 1 - Progetto Definitivo come risultante da tavolo di coprogettazione;
- All. 2 - Accordo di Partenariato (da trasmettere in versione definitiva entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo convenzionale all'indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-bg.it, all'attenzione della Direzione del Dipartimento PIPSSS (mail PEO: direzione.pipss@ats-bg.it).

Per ATS di Bergamo

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Massimo Giovanni Giupponi

.....

Per l'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Dott. Vittorio Nozza

.....

Il sottoscrittore nella qualità di Legale Rappresentante dell'Ente Fondazione Angelo Custode Onlus,

dichiara

di avere perfetta e particolareggiata conoscenza delle clausole convenzionali e di tutti gli atti ivi richiamati e, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 c.c., dichiarano di accettare espressamente tutte le condizioni e patti ivi contenuti (artt. 6-10-11-12).

Bergamo,

Esente da bollo ai sensi dell'art. 82 comma 5 del D.lgs. 117/2017.

Ufficio ATS competente: Dipartimento PIPSSS - e-mail: direzione.pipss@ats-bg.it – Tel. 035 358 070

Responsabile del procedimento: Direttore Dipartimento PIPSSS, Dott. Iorio Riva

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo

Via F. Gallicciolli, 4 – 24121 Bergamo – Tel. 035385111 – fax 035385245 - C.F./P.IVA 04114400163

**CONVENZIONE PER LA REGOLAMENTAZIONE TRA LE PARTI DELLA COPROGETTAZIONE
RELATIVA ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI
PARTNER PER LA COPROGETTAZIONE PER LO SVILUPPO E LA DEFINIZIONE DEI MODELLI
INNOVATIVI PREVISTI AI SENSI DEL PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO
2024/2028 E DELLA DGR N. 3720/2024 – ATTUAZIONE DELLA DGR XII/4481 DEL 03.06.2025.**

- Tra l'**Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo**, nella persona del Dott. Massimo Giovanni Giupponi, in qualità di Direttore Generale pro tempore, domiciliata presso la sede in Via Gallicciolli, 4, 24121 – Bergamo (BG), P.IVA / CF: 04114400163 - d'ora innanzi anche solo denominato "ATS" o "Amministrazione precedente"

e

- L'Ente **Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.**, nella persona del Dott. Giovanni Tosi, in qualità di Legale Rappresentante, con sede in sede legale in Via Rovelli, 28/l, 24125 - Bergamo (BG), C.F./P.IVA.: 01727120162 - d'ora innanzi anche solo denominata "Ente partner" o "Soggetto attuatore"

di seguito ATS Bergamo e L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. saranno congiuntamente definite "parti";

per la seguente Area progettuale:

☐ **Area della presa in carico delle persone con demenza**

☒ **Area della Salute Mentale**

☐ **Area della Disabilità e non autosufficienza**

.....

* * *

PREMESSO CHE

- con l'adozione del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 recante "Codice del Terzo Settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106", in breve CTS, l'istituto della coprogettazione ha assunto un ruolo fondamentale nei rapporti tra la Pubblica Amministrazione e gli Enti del Terzo Settore (di seguito ETS);
- la coprogettazione è definita come il processo attraverso il quale la Pubblica Amministrazione definisce ed eventualmente realizza specifici progetti di servizio o di

intervento finalizzati a soddisfare bisogni individuati anche all'esito della precedente fase di programmazione;

RICHIAMATI

- l'art. 118, co. 4, della Costituzione, introdotto dalla L. cost. n. 3/2001, di riforma del Titolo V della Costituzione, ha riconosciuto il principio di sussidiarietà orizzontale, accanto a quello di sussidiarietà verticale, ai fini dell'esercizio delle funzioni amministrative;
- l'art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017, recante il “Codice del Terzo Settore” (in avanti anche solo “CTS”), che disciplina, relativamente alle attività di interesse generale, previste dall'art. 5 del CTS, l'utilizzo degli strumenti della co-programmazione, della coprogettazione e dell'accreditamento e, in particolare, ai commi 1 e 3, prevede che:
 - «1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e coprogettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona»;
 - «3. La coprogettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2»;
- le Linee Guida dell'ANAC in materia di affidamento di servizi sociali;
- la Legge n. 241/1990 “Legge sul Procedimento Amministrativo”;
- il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72 del 31 marzo 2021, con il quale sono state adottate le “Linee Guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore”, disciplinato negli articoli 55-57 del decreto legislativo n. 117/2017, allo scopo di supportare gli enti pubblici nella concreta applicazione degli articoli 55, 56 e 57;

DATO ATTO CHE ATS BERGAMO

con Avviso di manifestazione d'interesse indetto ai sensi dell'art. 55 del D.lgs. n. 117/2017 e s.m.i. pubblicato sul sito web ATS Bergamo, nella sezione “Bandi e gare”, in data 28/08/2025, ATS Bergamo ha indetto Avviso per la selezione di Enti gestori di UdO sociali e/o sociosanitarie e sanitarie, cui affidare una delle aree ivi indicate, previste nella DGR XII/4481 del 03/06/2025, per l'attuazione di quanto contenuto nel documento definitivo frutto di co-progettazione;

RICHIAMATE

- la Deliberazione ATS n. 588 del 28/08/2025 di approvazione dell'Avviso pubblico e dei relativi Allegati ai fini della ricezione delle domande di partecipazione da parte di Enti gestori di UdO sociali e/o sociosanitarie e sanitarie volte alla istruttoria ad evidenza pubblica di co-progettazione;
- la Deliberazione ATS n. 630 del 26/09/2025 di nomina della Commissione Valutatrice;
- la Deliberazione ATS n. 747 del 19/11/2025 di esito della prima fase di selezione e di ammissione degli enti alla fase di coprogettazione con la quale si motiva la scelta di selezionare gli Enti in prima posizione utile nelle relative graduatorie per area, come indicato nel citato Avviso pubblico;

RILEVATO

che la verifica del possesso dei requisiti dei Soggetti Attuatori autodichiarati nell'ambito della procedura ad evidenza pubblica ha dato esito positivo e pertanto può procedersi con la sottoscrizione della presente Convenzione mediante la quale regolare i reciproci rapporti fra le parti.

Tanto premesso,

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – Premesse

Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente atto.

Art. 2 – Oggetto della Convenzione

1. Oggetto della convenzione, sottoscritta fra le Parti, è la regolamentazione del rapporto di collaborazione, finalizzato alla realizzazione degli interventi descritti nel Progetto Definitivo.
2. In ragione di quanto precede, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. assume l'impegno di apportare agli interventi tutte le necessarie migliorie, che saranno concordate, nel corso del rapporto convenzionale per assicurare la migliore tutela dell'interesse pubblico e dei soggetti beneficiari dell'intervento, fermo restando quanto previsto dall'Avviso pubblico e dai relativi Allegati, e nello spirito tipico del rapporto di collaborazione attivato con la co-progettazione.

Art. 3 – Durata della Convenzione

1. La presente convenzione ha validità dalla data di sottoscrizione per la durata di 1 anno, salvo eventuali proroghe previste a seguito dell'approvazione di successivi provvedimenti regionali o nazionali e fermo restando la necessità di effettuare verifiche intermedie promosse da ATS Bergamo e finalizzate ad accertare l'efficacia degli interventi nel frattempo avviati.

Art. 4 – Risorse messe a disposizione dalle parti

1. Per realizzare le finalità e gli obiettivi degli interventi, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. mette a disposizione le risorse strumentali (attrezzature e mezzi), umane proprie (personale dipendente e/o prestatori d'opera intellettuale e/o di servizio, ecc., operanti a qualunque titolo) e finanziarie specificate nel Progetto Definitivo (Allegato 1).
2. Per la realizzazione degli interventi previsti, ATS Bergamo metterà a disposizione le risorse specificate al successivo art. 5, precisando fin d'ora che l'importo

corrispondente alle risorse, a vario titolo, messe a disposizione dall'Amministrazione procedente, costituisce il massimo importo erogabile dalla stessa.

3. Le risorse umane, impiegate nelle attività, sono quelle previste nel già citato Progetto Definitivo e il personale ingaggiato dall'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e dai partner di progetto, operanti a qualunque titolo nelle attività progettuali, risponde direttamente del proprio operato.
4. Il Responsabile Coordinatore di Progetto, Dott. Raffaele Casamenti, Responsabile Progetti Territoriali dell'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. sarà il Referente per i rapporti con ATS Bergamo, che vigilerà sullo svolgimento delle attività secondo modalità e termini ritenuti efficaci.
5. Con la sottoscrizione della presente Convenzione, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. si impegna a rispettare e a far rispettare ai partner di progetto tutte le vigenti norme contrattuali, regolamentari, previdenziali, assicurative e di sicurezza dei luoghi di lavoro. Il rapporto con il personale dipendente o i prestatori d'opera intellettuale o di servizio o i collaboratori ad altro titolo individuati, è regolato dalle normative contrattuali, previdenziali, assicurative, fiscali vigenti in materia.

Art. 5 – Procedura di co-progettazione aperta

1. Ai fini di coordinare le azioni e procedere alla continua integrazione e diversificazione delle tipologie e modalità di intervento l'ATS di Bergamo e l'Ente si impegnano a mantenere aperta la co-progettazione, per l'intera durata del Progetto.
2. Le verifiche e gli aggiornamenti tra le parti verranno effettuati a cadenza periodica (minimo trimestrale).
3. Verrà data particolare evidenza operativa alle seguenti aree progettuali:
 - Accessibilità;
 - Innovazione;
 - Sostenibilità;
 - Trasferibilità.

Dovranno essere inoltre sviluppate le azioni progettuali rispetto all'evoluzione riferita ai LEA/NSG individuati nel progetto e di seguito riportati:

- art.25: Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;
 - art. 26: Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali;
 - art. 28: Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche;
 - D26C: Tasso di ospedalizzazioni per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne;
 - D27C: Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria;
 - D29C: Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti;
4. ATS si riserva la facoltà di chiedere al Soggetto attuatore la partecipazione in qualunque momento al Tavolo di co-progettazione.

Art. 6 – Somme liquidabili per la realizzazione degli interventi

1. L'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente convenzione è stabilito in € 360.545,23 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:
 - anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della

documentazione di spesa, nelle more del recepimento del Decreto di riparto regionale e conseguente disponibilità sul Bilancio Sociosanitario di ATS Bergamo;

- saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
 - saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute.
2. Qualora, in esito a controlli, si evidenziassero irregolarità o costi rendicontati riconosciuti inferiori alle somme liquidate, l'aggiudicatario si impegna a restituire quanto indebitamente percepito.
 3. La corresponsione dei singoli importi sarà inoltre subordinata all'accertamento della regolarità contributiva dell'Ente, attestata da certificazione DURC in corso di validità.

Art. 7 – Assicurazioni

L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e gli Enti partner di progetto provvedono alla copertura assicurativa di legge delle risorse umane impiegate a qualunque titolo nelle attività di cui alla presente Convenzione. L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e gli Enti partner di progetto sono responsabili civilmente e penalmente dei danni di qualsiasi natura che possano derivare a persone o cose legate allo svolgimento delle attività previste dal Progetto Definitivo. In conseguenza di ciò, ATS Bergamo è sollevata da qualunque pretesa, azione, domanda che possa derivare, direttamente o indirettamente, dalle attività della presente Convenzione.

Art. 8 – Divieto di cessione

1. È vietato cedere anche parzialmente la presente Convenzione, pena l'immediata risoluzione della stessa e il risarcimento dei danni e delle spese causate all'ATS di Bergamo. L'esecuzione delle azioni è in capo al solo Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., salvo per le attività derivanti da rapporti di partenariato, individuati in sede di presentazione della proposta progettuale e approvate in sede di documento progettuale definitivo.
2. L'Accordo di Partenariato, presentato dall'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e agli atti dell'Amministrazione procedente, sarà oggetto di aggiornamento entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della presente Convenzione.
3. Con la sottoscrizione della presente Convenzione, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. assume l'impegno – in attuazione del principio di buona fede – di comunicare ad ATS Bergamo le criticità e le problematiche che dovessero insorgere al fine di poter scongiurare, ove possibile, le ipotesi previste dal precedente comma.

Art. 9 – Monitoraggio delle attività oggetto della convenzione e rendicontazione

1. ATS Bergamo assicura il monitoraggio quali-quantitativo sulle attività svolte dall'Ente, attraverso la verifica periodica del perseguimento degli obiettivi in rapporto alle attività oggetto della Convenzione, riservandosi di apportare tutte le variazioni che dovesse ritenere utili ai fini della buona riuscita delle azioni ivi contemplate, senza che ciò comporti ulteriori oneri a carico dell'Ente, il quale è tenuto ad apportare le variazioni richieste.
2. ATS Bergamo è tenuta al presidio, al controllo della rendicontazione puntuale sia sul piano dei contenuti tecnici sia sul piano amministrativo e gestionale degli interventi e delle attività svolte dagli Enti attuatori indicati nell'Accordo di Partenariato.

3. Nello specifico, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. trasferirà a tutti gli Enti attuatori, partner progettuali, attestati da relativo Accordo di Partenariato agli atti di ufficio dell'Amministrazione procedente, a seguito di suddetta procedura, le somme relative alla realizzazione del progetto entro i limiti del *budget* destinato da ATS, con obbligo di rendicontazione, e, in ogni caso, previa verifica della regolarità relativa agli adempimenti previdenziali, assicurativi e assistenziali e comunque entro la somma massima messa a disposizione.
4. In proposito, la rendicontazione delle spese è necessaria in ragione della riconducibilità delle risorse riconosciute agli ETS ai contributi, di cui all'art. 12 della legge n. 241/1990 (a conferma di tale orientamento le Linee Guida Ministeriali sul rapporto fra PA ed Enti del Terzo Settore – DM 72/2021); pertanto, la relativa attività, sulla scorta degli orientamenti univoci della giurisprudenza amministrativa e contabile, dovrà essere analitica ed inerente alle attività svolte, posto che le amministrazioni pubbliche devono controllare il corretto impiego delle risorse (art. 93, comma 3, lett. e), CTS.
5. A conclusione delle attività, oggetto del partenariato e di successivo avviso, i Soggetti attuatori presenteranno – entro e non oltre 30 giorni – una relazione tecnica conclusiva, nella quale saranno declinate nel dettaglio le attività svolte.
6. ATS Bergamo cura il monitoraggio quali-quantitativo sulle attività svolte dall'Ente capofila (e, di riflesso, dagli Enti partner), attraverso la verifica periodica del perseguimento degli obiettivi in rapporto alle attività oggetto della Convenzione.
7. Per la rendicontazione dei costi di personale sarà necessaria la presentazione della lettera di incarico, del timesheet, del cedolino/fattura, della dichiarazione attestante il costo orario e della quietanza di pagamento.
8. Nell'ambito del piano finanziario previsionale del progetto potranno essere riconosciute solo le spese relative a prestazioni sociosanitarie/sanitarie comprese quelle per il personale sanitario, in armonia a quanto previsto dal DPCM 12/1/2017. Tutte le spese ammissibili dovranno essere necessarie e coerenti con lo sviluppo della progettualità.
9. Nel rispetto del divieto del doppio finanziamento, il medesimo costo di un intervento non può essere rimborsato due volte a valere su fonti di finanziamento pubbliche o anche di diversa natura o entrata da compartecipazione dell'utente.
10. È prevista però la possibilità di cumulare all'interno di un unico progetto fonti finanziarie differenti “a condizione che tale sostegno non copra lo stesso costo” (divieto di doppio finanziamento).
11. Non è possibile utilizzare posti già contrattualizzati con il SSR per l'erogazione del progetto innovativo. Pertanto, nel caso il progetto preveda interventi di natura residenziale il soggetto proponente dovrà candidare per lo svolgimento delle attività una struttura accreditata con il SSR con posti non già occupati al momento dell'avvio del progetto.
12. In caso di utilizzo di spazi di strutture Sociosanitarie o sanitarie (accreditati nel caso di interventi residenziali) è necessario che, al momento della presentazione della comunicazione di avvio del progetto, gli spazi siano a disposizione esclusiva del progetto stesso o con evidenza di soluzioni organizzative tali da garantire la non commistione con eventuale utenza presente.
13. Le parti danno reciprocamente atto che potrà essere riconvocato il Tavolo di coprogettazione per ridefinire quanto utile e/o necessario alla luce degli esiti di monitoraggio periodici.
14. L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., nel rispetto delle tempistiche e modalità previste, presenterà, unitamente alla rendicontazione delle spese, le relazioni

intermedie e il DURC in modo che ATS possa svolgere le attività di controllo ai sensi degli articoli 92 e 93 del CTS.

- 15.A conclusione delle attività, oggetto del partenariato l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. presenterà, entro 60 giorni, una relazione tecnica conclusiva, nella quale saranno declinate nel dettaglio le attività svolte.

Art. 10 – Trattamento dei dati personali

- a. Le Parti si impegnano a rispettare quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018 e s.m.i. e, in generale, dalle normative in materia di trattamento dei dati personali.
- b. Ai sensi della vigente disciplina di settore ATS Bergamo e l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. in qualità di capofila del Progetto sono titolari autonomi del trattamento dei dati. Altri Enti partner saranno responsabili del trattamento dei dati dietro espressa pattuizione con l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.
- c. Ciascuna delle parti garantisce il rispetto delle disposizioni di legge, in particolare la liceità dei trattamenti di dati da essa effettuati, compresi quelli effettuati in titolarità autonoma. Le parti adottano tutte le misure tecniche e organizzative necessarie affinché i diritti degli interessati, in particolare ai sensi degli articoli 12 a 22 del GDPR, possano essere garantiti in qualsiasi momento entro i termini di legge.
- d. Le parti conservano i dati personali in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e se necessario, le parti si forniscono reciprocamente le informazioni necessarie nella rispettiva area funzionale.
- e. I Responsabili del trattamento si impegnano a:
 - I. Trattare i dati solo per finalità o le finalità sopra specificate e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali;
 - II. Trattare i dati conformemente alle istruzioni documentate dal Titolare del trattamento annesso al presente contratto;
 - III. Garantire la riservatezza dei dati a carattere personale trattati nell'ambito del presente contratto;
 - IV. Controllare che le persone autorizzate a trattare i dati a carattere personale in virtù del presente contratto:
 - si impegnino a rispettare la riservatezza o siano sottoposti ad un obbligo legale appropriato di segretezza;
 - ricevano la formazione necessaria in materia di protezione dei dati a carattere personale;
 - V. Tenere conto di ogni aspetto del GDPR fin dalla fase di prima progettazione in ogni progetto di trattamento dati che gli venga richiesto dal Titolare e fornire la necessaria consulenza qualora il progetto venga disegnato e realizzato dal Titolare stesso o da terzi incaricati;
- f. Il Responsabile del trattamento può ricorrere ad un altro Responsabile del trattamento (di seguito "l'ulteriore Responsabile del trattamento") per gestire attività di trattamento specifiche. In questo caso, informa con congruo preavviso e per iscritto il Titolare del trattamento di ogni cambiamento ravvisato riguardante l'aggiunta o la sostituzione di altri Responsabili. L'ulteriore Responsabile del trattamento deve rispettare gli obblighi del presente contratto per conto e secondo le istruzioni del Titolare del trattamento.
- g. Il Responsabile del trattamento assiste il Titolare del trattamento nella realizzazione di analisi d'impatto relative alla protezione dei dati, conformemente all'articolo 35.
- h. Il Responsabile del trattamento assiste il Titolare del trattamento nella consultazione preventiva dell'autorità di controllo, prevista dall'articolo 36 del GDPR.

- i. Il Responsabile del trattamento s'impegna a mettere in opera le misure tecniche e organizzative che garantiscono un livello di sicurezza adattato al rischio.
- j. Il Responsabile del trattamento mette a disposizione del Titolare del trattamento la documentazione necessaria per dimostrare il rispetto di tutti gli obblighi e per permettere la realizzazione di revisioni, comprese le ispezioni, da parte del Titolare del trattamento o di un altro revisore che lui ha incaricato, e contribuire alla realizzazione di queste revisioni.
- k. ATS Bergamo e l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., in qualità di Titolari del trattamento s'impegnano a:
 - I. Vigilare durante la durata di tutto il trattamento, sul rispetto degli obblighi previsti dal Regolamento europeo sulla protezione dei dati da parte del Responsabile del trattamento;
 - II. Supervisionare il trattamento, comprese le revisioni e le ispezioni da parte dei rispettivi Responsabili del trattamento.

Art. 11 - Codice di Comportamento

L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. dichiara di essere edotto degli obblighi derivanti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 (Delibera n 470 del 10/07/2025) - reperibile sul sito internet istituzionale dell'Ente: www.ats-bg.it - e di impegnarsi, pena la risoluzione della Convenzione, ad osservare gli obblighi di condotta previsti dai sopracitati documenti per quanto compatibili.

Art. 12 – Referenti

Per i rapporti con l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., ATS Bergamo individua quale referente il Direttore della SC Programmazione Percorsi di presa in carico nelle Aree Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità, Dott.ssa Laura Randazzo.

Per i rapporti con ATS Bergamo, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., individua quale referente il Responsabile Progetti Territoriali dell'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R, Dott Raffaele Casamenti.

Art. 13 – Risoluzione della Convenzione

- a. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1454 del Codice Civile, la presente Convenzione può essere risolta dalle parti in ogni momento, previa diffida a adempiere di 15 giorni a mezzo PEC, per grave inadempimento degli impegni assunti;
- b. Ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, costituiscono clausole risolutive espresse, le seguenti ipotesi:
 - interruzione non motivata delle attività;
 - difformità sostanziale nella realizzazione degli interventi, secondo quanto previsto nel Progetto Definitivo;
 - qualora l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. si renda colpevole di frode;
 - nelle ipotesi sopraindicate, la Convenzione può essere risolta di diritto, con effetto immediato, a fronte della dichiarazione dell'ATS di Bergamo, trasmessa a mezzo PEC, di volersi avvalere della clausola risolutiva espressa.

Art. 14 – Rinvii normativi

Per tutto quanto non espressamente previsto dalla presente Convenzione si fa riferimento al Codice Civile ed alle disposizioni di legge vigenti ed applicabili in materia ed a quelle richiamate negli atti di cui alle Premesse.

Art. 15 – Controversie

Qualunque contestazione o vertenza dovesse insorgere tra le parti sarà rimessa alla giurisdizione del giudice competente. Foro competente è il Foro di Bergamo.

Art. 16 – Allegati

Sono da considerarsi quale parte integrante e sostanziale della presente Convenzione i seguenti atti e documenti:

- All. 1 - Progetto Definitivo come risultante da tavolo di coprogettazione;
- All. 2 - Accordo di Partenariato (da trasmettere in versione definitiva entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo convenzionale all'indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-bg.it, all'attenzione della Direzione del Dipartimento PIPSSS (mail PEO: direzione.pipss@ats-bg.it).

Per ATS di Bergamo

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Massimo Giovanni Giupponi

.....

Per l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Dott. Giovanni Tosi

.....

Il sottoscrittore nella qualità di Legale Rappresentante dell'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.,

dichiara

di avere perfetta e particolareggiata conoscenza delle clausole convenzionali e di tutti gli atti ivi richiamati e, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 c.c., dichiarano di accettare espressamente tutte le condizioni e patti ivi contenuti (artt. 6-10-11-12).

Bergamo,

Esente da bollo ai sensi dell'art. 82 comma 5 del D.lgs. 117/2017.

Ufficio ATS competente: Dipartimento PIPSSS - e-mail: direzione.pipss@ats-bg.it – Tel. 035 358 070

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo

Via F. Gallicciolli, 4 – 24121 Bergamo – Tel. 035385111 – fax 035385245 - C.F./P.IVA 04114400163

Responsabile del procedimento: Direttore Dipartimento PIPSSS, Dott. Iorio Riva

AREA PROGETTUALE

Presa in carico delle persone con demenza

TITOLO DEL PROGETTO

Il Piano Cognitivo Assistenziale: garanzia di continuità di cura fin dalla presa in carico

ENTE TITOLARE/CAPOFILA DEL PROGETTO

Fondazione Casa Serena – RSA Brembate di Sopra (BG)

RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DEL PROGETTO

Responsabile tecnico: Stefano Preda
Indirizzo e-mail: amministrazione@fondazionecasasaserena.it
Telefono: 035-620120

Responsabile sanitario: Cesare Maffeis
Indirizzo e-mail: amministrazione@fondazionecasasaserena.it
Telefono: 035-620120

COMPOSIZIONE E CARATTERISTICHE DEL PARTENARIATO

Capofila: Fondazione Casa Serena – RSA Brembate di Sopra

Partner operativi:

- Fondazione Casa di Riposo San Giuseppe di Gazzaniga
- Fondazione Anni Sereni di Treviglio
- Fondazione Sant'Andrea di Clusone
- Fondazione Cecilia Caccia in Del Negro di Gandino
- Cacciamatta Srl: RSA Nobile Baglioni di Villa d'Almè
- Cacciamatta Srl: Casa Sant'Angela Merici di Casazza
- Fondazione Casa di Riposo di Ponte San Pietro Onlus
- Cooperativa Sociale Società Dolce Società Cooperativa: RSA Papa Giovanni XXIII di Trescore
- Cooperativa Sociale Società Dolce Società Cooperativa: RSA San Paolo di Azzano San Paolo
- Fondazione San Giuliano Onlus: Centro Diurno di Ciserano
- Fondazione San Giuliano Onlus: Centro Diurno di Boltiere

Partner scientifico:

CDCD UOC Neurologia - ASST Papa Giovanni XXIII

Partner tecnologico:

- Casa di Cura San Francesco

Partner istituzionali:

- UNEBA
- ACRB
- Associazione San Giuseppe
- Ambito di BERGAMO
- Ambito Territoriale n. 9 Sociale Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve
- Ambito MEDIA VAL SERIANA
- Federfarma

Il partenariato del progetto “**Il Piano Cognitivo Assistenziale: garanzia di continuità di cura fin dalla presa in carico**” nasce dalla volontà condivisa di soggetti istituzionali, sanitari e sociali della provincia di Bergamo di rispondere alla complessità assistenziale e al significativo aumento delle patologie legate alla demenza, che nel territorio si manifesta con particolare intensità a causa dell'invecchiamento della popolazione e della frammentazione dei servizi, evidenziando la necessità urgente di un approccio integrato e continuativo nella presa in carico delle persone affette da decadimento cognitivo.

L'ente capofila, Fondazione Casa Serena di Brembate di Sopra, ha promosso una rete ampia e complementare, includendo RSA, servizi domiciliari, Centri Diurni Integrati, Ambiti sociali, un partner scientifico di eccellenza e associazioni di categoria, con l'obiettivo comune di garantire continuità assistenziale, presa in carico multidimensionale, sostegno ai caregiver e innovazione tecnologica (teleassistenza e telemonitoraggio).

Ruoli e funzioni dei partner

Capofila: Coordinamento generale del progetto, gestione amministrativa, cabina di regia, coordinamento fase di formazione équipe multidisciplinare, rendicontazione delle attività.

Fondazione Casa Serena – RSA Brembate di Sopra: offre servizi socio-assistenziali diversificati. Essa si propone di curare la salute e provvedere all'assistenza materiale e psicologica di persone in situazioni di svantaggio e fragilità a causa delle proprie condizioni di malattia, disabilità, solitudine, abbandono o disagio economico. Ad oggi la Fondazione svolge il suo operato attraverso servizi in forma residenziale per persone anziane e non solo (RSA, Cure Intermedie, Nucleo Alzheimer) e di servizi al territorio (RSA aperta, C-DOM, UCP-DOM). La Fondazione si integra nel territorio anche attraverso un'interazione stretta con realtà civili, laiche e religiose.

Partner operativi: Danno attuazione alle indicazioni del Capofila procedendo con la costituzione dell'équipe multidisciplinare, attivano il punto di accoglienza presso la propria sede, avviano l'arruolamento di nuovi pazienti e garantiscono il supporto al caregiver e al nucleo familiare. Provvedono inoltre alla rendicontazione del progetto secondo le tempistiche concordate con il Capofila.

- **Fondazione Casa di Riposo San Giuseppe di Gazzaniga:** vanta una consolidata esperienza nella gestione delle demenze grazie al nucleo Alzheimer specializzato, capace di affrontare in modo mirato i disturbi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD). Negli anni ha strutturato percorsi di formazione e training per caregiver, favorendo una gestione consapevole e sostenibile della malattia all'interno delle famiglie.

- Fondazione Anni Sereni di Treviglio: Attiva da lungo tempo nell'ambito Alzheimer, ha sviluppato competenze in programmi riabilitativi e nella sperimentazione della RSA Aperta, con percorsi di cura personalizzati. L'esperienza pluriennale nella presa in carico globale dei pazienti ha favorito la costruzione di modelli innovativi di continuità assistenziale e sostegno alle famiglie.

- Fondazione Sant'Andrea di Clusone: RSA di riferimento in area montana, ha consolidato la propria esperienza nella presa in carico delle persone con demenza in Val Seriana Superiore, rafforzando il raccordo con i servizi territoriali. Particolare rilevanza riveste il Giardino Sensoriale, realizzato nel 2015, che costituisce uno spazio terapeutico pensato per stimolare i cinque sensi degli ospiti attraverso un ambiente sicuro e accessibile, arricchendo i percorsi di cura con un approccio riabilitativo e non farmacologico.

- Fondazione Cecilia Caccia in Del Negro di Gandino: Forte di una lunga esperienza nella gestione delle demenze in fase avanzata, concentra il proprio operato sui pazienti con gravi BPSD e sul sostegno psicoeducativo ai familiari. L'approccio integrato adottato negli anni ha permesso di strutturare percorsi mirati di accompagnamento delle famiglie nella gestione delle criticità legate al decorso della malattia.

- Cacciamatta Srl – RSA Nobile Baglioni di Villa d'Almè e Casa Sant'Angela Merici di Casazza: Cacciamatta Srl gestisce da anni due residenze che rappresentano un punto di riferimento per la presa in carico delle persone anziane sul territorio bergamasco. La Casa Sant'Angela Merici ha consolidato negli anni percorsi assistenziali dedicati a pazienti con Alzheimer, con particolare attenzione agli interventi di stimolazione cognitiva, alle attività occupazionali e alla personalizzazione dei piani di cura, nonché alla formazione e al sostegno dei caregiver, favorendo una presa in carico globale e continuativa.

- Fondazione Casa di Riposo di Ponte San Pietro Onlus: con una lunga tradizione nella cura degli anziani fragili, nel corso degli anni la struttura ha sviluppato progetti specifici di riabilitazione cognitiva e di supporto psicologico per familiari e caregiver, promuovendo un modello integrato di cura che combina l'assistenza sanitaria con interventi socio-educativi. Particolare attenzione è stata posta all'innovazione nei modelli di accoglienza e nella creazione di ambienti sicuri e stimolanti, capaci di migliorare la qualità di vita degli ospiti e di sostenere le famiglie nel percorso assistenziale.

- Cooperativa Sociale Società Dolce Società Cooperativa: gestisce da anni due residenze nel territorio bergamasco, RSA San Paolo di Azzano San Paolo e RSA Papa Giovanni XXIII di Trescore, presso le quali ha già implementato innovazioni tecnologiche come il sistema di monitoraggio basato sull'intelligenza artificiale Ancelia e il Deblistering. Si inserisce inoltre nel partenariato con un solido bagaglio nell'approccio integrato alla presa in carico domiciliare della persona con demenza e dei suoi caregiver attraverso la filiera di servizi domiciliari di natura sociale (SAD sovracomunali, misura B2 e misura integrativa B1) e sociosanitaria (Rsa Aperta, Cd-dom, Ucpdom e misura B1).

- Fondazione San Giuliano Onlus: data la sua consolidata presenza e la vasta gamma di servizi offerti nell'Ambito di Dalmine, gestisce due Centro Diurni Integrati (Ciserano e Boltiere) e una serie di servizi domiciliari quali il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), la Custodia Sociale, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM) sul territorio. La sua capacità di fornire sia accoglienza semiresidenziale tramite i CDI che supporto domiciliare si allinea perfettamente all'obiettivo del progetto di intercettare e prendere in carico persone con demenza nella fase di attesa di soluzioni residenziali o semiresidenziali. In qualità di partner del

progetto Wyfy, che raccoglie e promuove gratuitamente tutti i servizi dedicati agli over 65 in oltre 35-37 comuni, la Fondazione San Giuliano è un partner strategico che può fungere da ponte per intercettare e canalizzare gli utenti potenzialmente eleggibili al PCA.

Partner scientifico: Valida i protocolli clinici e organizzativi, garantisce supervisione scientifica, consulenza diagnostica e terapeutica, raccordo con la rete regionale CDCD e con il Tavolo demenze. Inoltre, elabora contenuti tecnico-scientifici da diffondere agli specialisti sociosanitari, i quali a loro volta li trasferiranno ai caregiver e ai familiari, creando una filiera di conoscenza condivisa.

- CDCD – UOC Neurologia, ASST Papa Giovanni XXIII: partner scientifico di eccellenza che, attraverso gli specialisti e con uso di strumenti diagnostici e farmacologici, eroga il servizio multidisciplinare per l'accertamento e monitoraggio nel tempo della malattia neurodegenerativa.

Coinvolgimento degli altri CDCD della provincia di Bergamo e delle Case di Comunità

In coerenza con gli indirizzi organizzativi regionali e con quanto previsto dal Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024-2028, il progetto prevede il coinvolgimento operativo degli altri **Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)** della provincia di Bergamo, insieme alle rispettive **Case di Comunità** di riferimento, al fine di rafforzare la rete clinico-assistenziale territoriale e facilitare l'accesso delle famiglie ai percorsi diagnostici e alle valutazioni specialistiche.

Questi CDCD territoriali, pur non figurando tra i partner formali del progetto, saranno coinvolti tramite:

- **scambi informativi strutturati,**
- **condivisione dei protocolli clinici validati dal partner scientifico,**
- **partecipazione a momenti di confronto metodologico,**
- **attivazione di percorsi preferenziali ("fast track") per i pazienti PCA,**
- **collaborazione nelle fasi di orientamento e invio specialistico tramite i Punti di Accoglienza.**

Le **Case di Comunità**, quali presidi fondamentali dell'assistenza territoriale delineati dal D.M. 77/2022, collaboreranno nella facilitazione dei percorsi di accesso ai CDCD, sostenendo l'integrazione tra livello territoriale e specialistico e contribuendo alla continuità assistenziale. Grazie a questo raccordo, il modello PCA garantirà alle famiglie un percorso più fluido, chiaro e coordinato, riducendo i tempi di attesa e migliorando l'appropriatezza degli invii.

Il progetto proposto ha tra gli elementi core interventi a favore dei caregiver e verranno implementate **azioni di sinergia con il Progetto Caregiver di ATS**

Partner tecnologico: all'interno del progetto, introduce innovazioni tecnologiche orientate alla teleassistenza e al telemonitoraggio, consente di sperimentare modelli avanzati di presa in carico che integrano strumenti diagnostici, monitoraggi a distanza e protocolli clinici aggiornati in tempo reale, migliorando così la tempestività degli interventi, in un'ottica di continuità assistenziale, di prossimità e di sostegno ai caregiver e familiari.

- Casa di Cura San Francesco: la struttura sanitaria, attore chiave per qualità, innovazione e

continuità assistenziale, eroga prestazioni di diagnosi e cura sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale avvalendosi di moderne tecnologie medicali e di competenze professionali plurispecialistiche, supportata dal suo staff medico e da una struttura ad alto profilo qualitativo.

Partner istituzionali: Coordinamento con i Piani di Zona, individuazione e presa in carico dei beneficiari, integrazione operativa con i servizi sociali comunali e promozione del modello di intervento sul territorio.

- UNEBA, ACRB, Associazione San Giuseppe: advocacy e disseminazione dei risultati nelle reti associative e istituzionali, favoriscono la diffusione del modello e delle buone prassi tra le RSA della provincia.

Ambiti territoriali:

- Ambito di Bergamo
- Ambito Territoriale n. 9 Sociale Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve
- Ambito Media Val Seriana

- Federfarma: la Federazione nazionale che rappresenta le oltre 18.000 farmacie private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, stipula la convenzione farmaceutica nazionale e il contratto collettivo per i dipendenti del settore. Informa e supporta le farmacie attraverso vari canali di comunicazione e servizi digitali. Gestisce dati sulle ricette SSN e una banca dati sul farmaco. Promuove nuovi servizi sanitari (es. telemedicina), consegna farmaci a domicilio a persone fragili, organizza campagne socio-sanitarie e monitora consumi e spesa farmaceutica. Nell'ambito del progetto, le farmacie rappresentano un presidio di prossimità che intercetta quotidianamente i bisogni di salute della popolazione fragile. Esse possono segnalare casi di persone potenzialmente eleggibili al PCA, non ancora inserite nelle liste di attesa dei servizi sociosanitari.

La rete dei partner operativi coinvolti nel progetto rappresenta, nel suo complesso, una filiera assistenziale di primaria importanza per la provincia di Bergamo. I numeri restituiscono la dimensione del partenariato:

- RSA: oltre 1.000 posti letto complessivi distribuiti tra le varie Fondazioni e Residenze Sanitarie partner, con nuclei Alzheimer dedicati e reparti specializzati nella gestione dei BPSD.
- Centri Diurni Integrati: circa 150 posti diurni disponibili, con attività di stimolazione cognitiva, laboratori e servizi di sollievo per caregiver.
- Servizi domiciliari: seguono utenti a domicilio, integrando interventi PCA, telemonitoraggio e supporto formativo per i caregiver.
- Sportelli Caregiver: complessivamente, la rete assiste e forma più di 2.000 caregiver all'anno, grazie a programmi educativi, sportelli dedicati, sostegno psicologico e gruppi di auto mutuo aiuto.

Complessivamente, il partenariato copre un bacino di popolazione superiore a 300.000 residenti della provincia di Bergamo, integrando aree urbane, periurbane e montane. La **valenza provinciale** del progetto è quindi evidente: non si tratta di un intervento circoscritto, ma di una rete capillare che garantisce accessibilità e continuità assistenziale su tutto il territorio, con il coinvolgimento sia dei poli cittadini che delle aree periferiche.

Modalità di cogestione e attivazione dei punti di accoglienza

La governance sarà affidata a una cabina di regia centrale, con rappresentanti di ciascun partner. Essa si riunirà periodicamente per monitorare l'avanzamento, analizzare i Key Performance Indicator e affrontare eventuali criticità.

I partner, che avranno sottoscritto preventivamente un **Accordo di Partenariato** comprensivo di **Protocollo d'Intesa**, che disciplinerà ruoli, responsabilità, modalità di gestione e rendicontazione, procedure per la tutela dei dati personali e meccanismi di monitoraggio e valutazione condivisa, attiveranno un punto di accoglienza presso la propria sede, quale porta d'ingresso per caregiver e famiglie. Il punto di accoglienza sarà un luogo fisico di orientamento e di accompagnamento, pensato per indirizzare rispetto a bisogni burocratici, clinico-sanitari e psicologico-relazionali. Saranno inoltre adottati modelli operativi uniformi per la gestione dei PCA, per l'utilizzo delle tecnologie di teleassistenza, per l'accoglienza e l'accompagnamento dei caregiver.

La progettualità è dunque condivisa e integrata: ogni ente mantiene la propria autonomia gestionale, con una propria équipe multidisciplinare, ma le azioni vengono pianificate, realizzate e valutate in maniera concertata.

Il CDCD avrà un ruolo centrale nella validazione dei modelli e nell'individuazione dei KPI.

DESCRIZIONE SINTETICA – ABSTRACT DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

Il progetto “**Il Piano Cognitivo Assistenziale: garanzia di continuità di cura fin dalla presa in carico**”, promosso da Fondazione Casa Serena di Brembate di Sopra come ente capofila, nasce per rispondere ad un bisogno reale e spesso scoperto: quello delle persone con demenza e dei loro caregiver nella delicata fase preliminare di accesso ai servizi sociosanitari.

Molte famiglie, infatti, sperimentano lunghi tempi di attesa tra la presa di coscienza della malattia e l'effettivo inserimento in una RSA, CDI o servizio domiciliare. È proprio in questo frangente che il carico assistenziale diventa insostenibile, i rischi di burn-out aumentano e i pazienti manifestano quadri clinici complessi (BPSD, declino cognitivo, fragilità).

La **Rete PCA** interviene in questo “vuoto assistenziale” offrendo una presa in carico multidimensionale e integrata che accompagna la persona e la famiglia fin dall'inizio.

Il progetto mette in rete funzionale più UDO sociosanitarie in grado di offrire servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari, associazioni del terzo settore che gravitano su queste UDO, la consulenza scientifica del CDCD dell'ASST Papa Giovanni XXIII e i partner tecnologici per la fornitura di dispositivi anche wearable a supporto del monitoraggio domiciliare.

Il progetto prevede **l'arruolamento da parte della rete PCA di 100 utenti** che, al momento dell'arruolamento, risultino preferibilmente essere in attesa di soluzioni residenziali o, in casi specifici, anche semiresidenziali, a supporto della loro condizione di bisogno.

Elemento centrale del progetto è l'istituzione, presso ciascun partner operativo, di un Punto di Accoglienza dedicato: una vera e propria porta d'ingresso, sia fisica che relazionale, al Piano Cognitivo Assistenziale (PCA).

Questi spazi rappresentano un punto di riferimento per caregiver e familiari, offrendo ascolto, orientamento burocratico e amministrativo, supporto clinico-sanitario (inclusi percorsi terapeutici, fisioterapici, gestione quotidiana e terapie), consulenza nutrizionale, sostegno psicologico e opportunità formative.

Attraverso la presenza capillare di questi punti di accoglienza, il progetto assicura un accesso uniforme ai servizi sull'intero territorio, colmando un rilevante vuoto informativo e di accompagnamento che rappresenta oggi una delle principali criticità per le famiglie.

Sono eligibili per la presa in carico utenti che si presentano con richiesta di soluzioni residenziali e che, nella fase di attesa, non fruiscono di interventi strutturati di supporto (es. RSA aperta, CDI) e risultino, dalla documentazione prodotta, segnalazioni di demenza/Alzheimer.

Per i pazienti arruolati viene definito uno specifico **Piano Cognitivo Assistenziale** che comprende interventi principalmente finalizzati a rallentare l'evoluzione dei sintomi della demenza e garantire, anche attraverso gli interventi formativi e di supporto al caregiver, la riduzione del disagio e dello stress nel nucleo familiare.

Il PCA deve quindi essere costituito da interventi che si muovono sui seguenti piani:

- Supporto al domicilio per **incrementare i livelli di sicurezza** con sopralluoghi di professionisti sociosanitari
- Interventi psico-educativi mirati e relativo supporto formativo al caregiver per quanto attiene la **promozione di adeguati stili di vita** e di rapporti psicosociali
- **Adeguati profili alimentari** con istruzioni al caregiver per le modalità di somministrazione
- Suggerimenti per **stimolare l'attività fisica o ricreativa** in autonomia o supportata dal caregiver adeguatamente istruito
- Adeguati **trattamenti farmacologici** per le eventuali concomitanti condizioni patologiche, trattamenti sintomatici per contenere disturbi del comportamento. Con il supporto scientifico del CDCD eventuali trattamenti specifici per l'Alzheimer
- **Terapia di stimolazione cognitiva (CST)**, ove indicato e possibile, che prevede la partecipazione ad attività di gruppo ed esercizi progettati per contrastare la progressione di malattia

La metodologia si fonda sulla redazione di un **Piano Cognitivo Assistenziale (PCA)** personalizzato, validato dall'équipe multidisciplinare, che integra sei aree di intervento: cognitiva, comunicativa, funzionale-comportamentale, emotiva, alimentare e motoria-riabilitativa.

A cadenza stabilita, almeno semestrale, vengono monitorate le scale di performance intellettive/cognitive e quelle relative alla condizione di stress del caregiver e/o dei familiari.

L'utente arruolato e il relativo caregiver verranno sottoposti a valutazione multidisciplinare finalizzata alla rilevazione di eventuali bisogni che completeranno il piano integrato di assistenza.

Il **team multidisciplinare** è composto da:

- Coordinatore di progetto per ognuna delle sedi operative
- Medico/ Geriatra / Neurologo
- Psicologo / Neuropsicologo clinico
- Logopedista
- Fisioterapista
- Dietista
- Terapista occupazionale / Educatore
- Assistente sociale
- Infermiere

Sono previste eventuali sinergie tra i partner della rete per quanto attiene la condivisione/integrazione delle figure del team multidisciplinare.

Un ulteriore elemento innovativo è l'integrazione della **teleassistenza** e del **telemonitoraggio**. Attraverso tablet e dispositivi wearable, l'équipe monitora a distanza, comportamenti a rischio (es. wandering), situazioni critiche e andamento del PCA.

Questo consente un contatto costante con le famiglie, interventi tempestivi e una maggiore sicurezza, soprattutto per gli utenti seguiti a domicilio.

L'insieme degli interventi previsti dal progetto è orientato al miglioramento della qualità della vita del nucleo familiare in cui è presente una persona con demenza, al rallentamento del declino cognitivo e funzionale dell'utente, alla riduzione del burden assistenziale e dello stress a carico del caregiver, alla validazione di un modello di presa in carico integrata, sostenibile, replicabile e trasferibile in altri contesti territoriali.

In particolare, le azioni volte al rallentamento della progressione della patologia e alla strutturazione di un piano personalizzato di supporto rispondente ai bisogni specifici del paziente, mirano a rendere più sostenibile la permanenza a domicilio, in attesa dell'accesso a soluzioni assistenziali domiciliari, residenziali (RSA) o semi-residenziali.

I risultati attesi, misurabili mediante l'utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati e validati, sono i seguenti:

- rallentamento della progressione dei sintomi della demenza attraverso interventi multidisciplinari specifici;
- miglioramento del clima relazionale e del benessere familiare grazie a un'adeguata risposta ai bisogni legati ai disturbi cognitivi;
- sperimentazione di un modello operativo basato sulla sinergia tra sistema sociosanitario, servizi sociali territoriali e attori del terzo settore;
- individuazione e sistematizzazione di best practice sostenibili e replicabili per il supporto domiciliare delle persone con demenza.

DESCRIZIONE DEL CONTESTO E ANALISI DEL BISOGNO TERRITORIALE

La provincia di Bergamo rappresenta un territorio ad alta densità demografica e con un marcato processo di invecchiamento della popolazione. Attualmente, oltre il 23% dei residenti ha più di 65 anni, percentuale superiore alla media regionale. Tale evoluzione demografica incide in modo diretto sull'incremento dei casi di demenza e, in particolare, della malattia di Alzheimer.

La struttura del territorio bergamasco — che comprende aree metropolitane, zone montane e comuni rurali — evidenzia forti disomogeneità nell'accesso ai servizi socio-sanitari, con criticità più marcate nelle valli (Val Seriana, Val Brembana, Val Cavallina) e nelle aree periferiche.

Secondo i dati più recenti, nella provincia si sta verificando un progressivo **incremento di persone affette da demenza**, di cui circa i due terzi con diagnosi riconducibile alla malattia di Alzheimer. Tuttavia, la reale incidenza è probabilmente superiore, a causa della sotto diagnosi e del ritardo nell'accesso ai percorsi di valutazione cognitiva.

Attualmente, i **Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)** presenti sul territorio non coprono in maniera omogenea tutti i distretti. Inoltre, si registra una carenza di figure specializzate e una difficoltà logistica nell'accesso ai servizi, in particolare per le persone anziane residenti in contesti marginali.

L'analisi dei bisogni, condotta sulla base di fonti istituzionali evidenzia i seguenti fabbisogni prioritari:

- **Potenziamento della diagnosi precoce:** la scarsa conoscenza dei sintomi iniziali della demenza comporta un ritardo nell'intercettazione della patologia, con impatto negativo sull'evoluzione clinica e sulla qualità di vita del paziente e della famiglia.
- **Miglioramento dell'accessibilità territoriale ai servizi specialistici:** rafforzamento del coordinamento tra medicina generale, servizi sociali e specialistica territoriale.
- **Supporto ai caregiver:** la gestione familiare della malattia rappresenta il principale modello assistenziale nella Bergamasca. I caregiver, spesso soli e senza una rete di supporto, evidenziano fabbisogni crescenti in termini di sostegno psicologico, formazione e accesso a servizi di sollievo (respiro, centri diurni, sportelli di consulenza).
- **Integrazione dei servizi sociosanitari:** vi è la necessità di costruire percorsi integrati, personalizzati e continui, con particolare attenzione alle situazioni di cronicità e fragilità.

ESPLICITAZIONE DEL TARGET E DEI DESTINATARI POTENZIALI DELL'INIZIATIVA ESPLICITANDO I CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

L'accesso al progetto è subordinato alla verifica di specifici criteri di eleggibilità clinici, funzionali e sociali, al fine di garantire un utilizzo appropriato e mirato delle risorse disponibili, assicurando la presa in carico delle persone con maggiore complessità e vulnerabilità.

I criteri sono organizzati in requisiti generali e requisiti specifici, da verificarsi attraverso la Valutazione Multidimensionale del Bisogno (VMD) condotta da équipe multiprofessionali territoriali (es. UVMD, unità di valutazione distrettuale, équipe sociosanitarie integrate).

I potenziali beneficiari saranno intercettati sia nell'ambito delle liste d'attesa esistenti che tra utenti che presentano nuove domande.

1. Requisiti generali (obbligatori)

Il potenziale beneficiario deve possedere tutti i seguenti requisiti:

- Residenza anagrafica o domicilio sanitario in uno dei Comuni dell'ATS di Bergamo;
- **certificazione clinica di demenza** o eventuale sospetto di malattia
- Esplicita volontà della persona (o di chi la rappresenta legalmente) di aderire al percorso assistenziale personalizzato, con sottoscrizione del consenso informato.

2. Requisiti specifici

Il beneficiario deve essere affetto da demenza certificata e verificata

- Diagnosi di demenza o deterioramento cognitivo con certificazione neurologica/geriatrica
- **Punteggio MMSE 12-20**
- Presenza di caregiver principale (familiare o di prossimità)
- Necessità di interventi combinati (es. supporto cognitivo, controllo del comportamento, supervisione, gestione farmaci)

Ulteriori elementi utili a definire categorie prioritarie per l'arruolamento al percorso di presa in carico integrato sono:

a) Persone fragili

- Presenza di una o più patologie croniche e/o perdita parziale dell'autonomia (valutazione ADL/IADL)
- Isolamento sociale o assenza di supporto familiare adeguato
- Rischio di istituzionalizzazione documentato

b) Persone con disabilità e/o non autosufficienza

- Presenza di invalidità civile riconosciuta $\geq 67\%$ o certificazione L. 104/1992 (art. 3 comma 3)
- Bisogno di supporto nella gestione quotidiana e nelle attività di vita
- Caregiver familiare che si occupa in via continuativa di una persona fragile o non autosufficiente

AZIONI ED INTERVENTI: DESCRIZIONE DETTAGLIATA, OBIETTIVI, INDICATORI DI ESITO PREVISTI

Obiettivo:

Il progetto prevede l'istituzione della rete PCA, descritta nel capitolo "COMPOSIZIONE E CARATTERISTICHE DEL PARTENARIATO", **con l'arruolamento da parte dei centri facenti parte la rete PCA di 100 utenti** che risultino essere in attesa di soluzioni preferibilmente residenziali o, su casi specifici, anche semiresidenziali, a supporto della loro condizione di bisogni con i criteri definiti al punto "2. Requisiti specifici" del capitolo "**ESPLICITAZIONE DEL TARGET E DEI DESTINATARI POTENZIALI DELL'INIZIATIVA ESPLICITANDO I CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**".

L'insieme degli interventi previsti dal progetto è orientato al miglioramento della qualità della vita del nucleo familiare in cui è presente una persona con demenza, al contrasto del declino cognitivo e funzionale dell'utente, alla riduzione del burden assistenziale e dello stress a carico del caregiver, alla validazione di un modello di presa in carico integrata, sostenibile, replicabile e trasferibile in altri contesti territoriali.

In particolare, le azioni volte al contrasto della progressione della patologia e alla strutturazione di un piano personalizzato di supporto rispondente ai bisogni specifici del paziente mirano a rendere più sostenibile la permanenza a domicilio, in attesa dell'accesso a soluzioni assistenziali domiciliari, residenziali o semi-residenziali.

I risultati attesi, misurabili mediante l'utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati e validati, sono i seguenti:

- contrasto alla progressione dei sintomi della demenza attraverso interventi multidisciplinari specifici;
- miglioramento del clima relazionale e del benessere familiare grazie a un'adeguata risposta ai bisogni legati ai disturbi cognitivi;
- sperimentazione di un modello operativo basato sulla sinergia tra sistema sociosanitario, servizi sociali territoriali e attori del terzo settore;
- individuazione e sistematizzazione di best practice sostenibili e replicabili per il supporto domiciliare delle persone con demenza.

Sulla base degli studi di letteratura è noto che non ci siano, tra gli approcci farmacologici e quelli funzionalmente orientati all'aspetto cognitivo comportamentale, interventi che singolarmente si siano dimostrati efficaci nel contenere significativamente la progressione di malattia. Ciò comporta importanti ripercussioni in termini di stress sia per il paziente che per i caregiver.

Ciò nonostante, si stanno consolidando risultati significativi nella riduzione della progressione della malattia e, con essa, la riduzione degli effetti di stress sui caregiver con l'introduzione di approcci multitasking di presa in carico del nucleo familiare.

Azioni ed interventi:

Il **Piano Cognitivo Assistenziale (PCA)** personalizzato, centrale nello sviluppo del progetto, deve assicurare l'insieme degli interventi che si sono dimostrati, negli studi di letteratura, in grado da un lato di contrastare la progressione di malattia e dall'altro di sostenere la famiglia o i caregiver che se ne prendono cura. Il PCA deve quindi essere costituito da interventi che si muovono sui seguenti piani:

- Supporto al domicilio per **incrementare i livelli di sicurezza** con sopralluoghi di professionisti sociosanitari
- Interventi psico-educativi mirati e relativo supporto formativo al caregiver per quanto attiene la **promozione di adeguati stili di vita** e di rapporti psicosociali
- **Adeguati profili alimentari** con istruzioni al caregiver per le modalità di somministrazione
- Suggerimenti per **stimolare l'attività fisica o ricreativa** in autonomia o supportata dal caregiver adeguatamente istruito
- Adeguati **trattamenti farmacologici** per le eventuali concomitanti condizioni patologiche; trattamenti sintomatici per contenere disturbi del comportamento. Con il supporto scientifico del CDCD eventuali trattamenti specifici per l'Alzheimer
- **Terapia di stimolazione cognitiva** (CST), ove indicato e possibile, che prevede la partecipazione ad attività di gruppo ed esercizi progettati per contrastare la progressione di malattia. Potranno inoltre essere prese in considerazione azioni quali, ad esempio, la light therapy per i disturbi del sonno, la musicoterapia e la cromoterapia per contenere l'agitazione, la terapia della bambola, la pet therapy.

Il paziente arruolato e il relativo caregiver verranno inizialmente sottoposti a una valutazione multidisciplinare finalizzata alla lettura della situazione e alla comprensione e condivisione dei bisogni emersi a completamento. In base a tale lettura, verranno poi individuate le aree e gli interventi da programmare. Al momento dell'eventuale ingresso nell'UDO, tale valutazione verrà riproposta nuovamente con l'obiettivo di riesaminare l'intera situazione, l'eventuale beneficio degli interventi e i relativi bisogni.

Il team multidisciplinare è composto da:

- Coordinatore di progetto per ognuna delle sedi operative
- Medico/ Geriatra / Neurologo
- Psicologo / Neuropsicologo clinico
- Logopedista
- Fisioterapista
- Dietista
- Terapista occupazionale / Educatore
- Assistente Sociale
- Infermiere

Sono previste eventuali sinergie tra i partner della rete per quanto attiene la condivisione/integrazione delle figure del team multidisciplinare.

Per un più efficace raggiungimento degli obiettivi il progetto si avvale di strumenti adeguati per **teleassistenza e del telemonitoraggio**. Attraverso tablet e dispositivi wearable, l'équipe monitora a distanza parametri vitali, comportamenti a rischio (es. wandering), situazioni critiche e andamento del PCA. Questo consente un contatto costante con le famiglie, interventi tempestivi e una maggiore sicurezza, soprattutto per gli utenti seguiti a domicilio.

Coerenza degli interventi previsti con i LEA

Nel nuovo DPCM LEA (dPCM 12 gennaio 2017) vengono indicate le categorie di cittadini a cui è garantita l'assistenza sociosanitaria e vengono descritti gli ambiti di attività e i regimi assistenziali

(domicilio, residenza, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

Le categorie di cittadini che ne possono beneficiare e incluse nella sperimentazione sono:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze)
- persone con disturbi mentali

La valutazione multidimensionale individua le necessità sanitarie e assistenziali del paziente, a prescindere dalla patologia da cui è affetto, e indirizza gli operatori a organizzare l'intervento socio-sanitario in uno specifico regime assistenziale di cura.

L'articolo 21 definisce che Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio attraverso l'attivazione delle risorse disponibili. I trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.

Gli articoli 26, 27 e 34 definiscono che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;
- e) visite psichiatriche;
- f) prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;
- g) colloqui psicologico-clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- i) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- j) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- k) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari;
- l) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali
- n) collaborazione con i medici di medicina generale;
- p) interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;

Le azioni preventivate nel progetto comprendono le prestazioni sociosanitarie distrettuali definite dall'articolo 27 del DPCM del 12/01/2017 dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) riguardano l'assistenza territoriale per persone con disabilità complesse. Questo include la presa in carico multidisciplinare, la definizione e l'attuazione di un programma terapeutico e riabilitativo personalizzato che include valutazioni diagnostiche, trattamenti medici specialistici, psicologici e psicoterapeutici, e interventi riabilitativi mirati al recupero dell'autonomia. Sono previsti anche sostegno alla famiglia, interventi psico-educativi e supporto alla rete sociale.

Aree di intervento delle prestazioni sociosanitarie distrettuali previste nel progetto

- Valutazione diagnostica multidisciplinare: Incontri con diversi specialisti per una valutazione completa della persona.
- Programma terapeutico e riabilitativo personalizzato: Definizione e realizzazione di un piano di cura individualizzato, che coinvolge la persona e la sua famiglia.

- Gestione delle problematiche mediche: Monitoraggio e trattamento delle condizioni mediche specialistiche, anche farmacologiche.
- Supporto psicologico: Colloqui clinici, psicoterapia e supporto psicologico alla famiglia.
- Abilitazione e riabilitazione: Interventi specifici per il recupero e il mantenimento delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive e psichiche.
- Supporto alle autonomie: Aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane e il miglioramento dell'autonomia.
- Gruppi di sostegno: Partecipazione a gruppi per condividere esperienze e ricevere supporto.
- Collaborazione: Lavorare in sinergia con i medici di medicina generale e gli altri servizi sanitari e sociali del territorio.
- Assistenza domiciliare: Prestazioni sanitarie ed erogate direttamente al domicilio della persona.

Impatto sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Il NSG è stato introdotto con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019. Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA.

Gli interventi erogati nei confronti dei pazienti arruolati potranno avere impatto sugli indicatori core dell'assistenza distrettuale principalmente sull'indicatore D33Za "Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)"

Sono comunque **attesi effetti sui seguenti indicatori del NSG:**

Indicatore D03

Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.

Indicatore D05

Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).

Indicatore D07Ca

Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)

Indicatore D15C

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.

Indicatore D20Z

Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente

Indicatore D22Z

Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente

Indicatore D23Z

Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

Indicatore D26C

Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne

Fasi di sviluppo del progetto:

Attività 1: implementazione della documentazione PCA e amministrativa/ implementazione dei punti di accoglienza

Obiettivi:

- 1-** definizione della documentazione utile alla costituzione del fascicolo utente e di tutta la modulistica necessaria al progetto ai fini della rendicontazione.
In questa attività è prevista l'implementazione della documentazione del fascicolo per ogni utente beneficiario che dovrà contenere almeno:
valutazione multidimensionale (VMD), Piano Cognitivo assistenziale, scale di valutazione, eventuale documentazione sanitaria, diario contenente la registrazione degli interventi.
- 2-** definizione del luogo fisico e del personale impiegato per svolgere l'attività di sportello punto accoglienza.
In questa attività è prevista l'identificazione e l'attivazione presso ciascun partner operativo di un punto accoglienza. Lo stesso dovrà essere attivo settimanalmente almeno 25h al mese suddivise tra mattina e pomeriggio per garantire la possibilità di accesso a tutti i richiedenti

Tempi di realizzazione: mese 1

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo, infermiere

Partner coinvolti: cabina di regia + ente capofila + partner scientifico

Budget: 8.000 €

Attività 2: coordinamento del partenariato (dirigenza/amministrazione)

Obiettivo:

Coordina l'attività dei Punti di Accoglienza, delle équipe multidisciplinari e il raccordo con il partner scientifico e i CDCD territoriali, promuovendo una presa in carico omogenea e integrata. Supervisiona il monitoraggio, la raccolta dati e la rendicontazione, supportando i partner nella gestione organizzativa e amministrativa. Favorisce inoltre la diffusione delle buone prassi, la comunicazione interna ed esterna e il consolidamento della rete territoriale.

Tempi di realizzazione: mese 1-12

Personale impiegato: psicologo, assistente sociale

Partner coinvolti: partner operativi + ente capofila

Budget: 8.000 €

Attività 3: attivazione e mantenimento di apertura dei punti accoglienza durante il periodo di sperimentazione

Obiettivo: apertura del punto accoglienza.

In questa attività è prevista l'attivazione presso ciascun partner operativo del proprio sportello accoglienza. Quest'ultimo proporrà, qualora l'utente sia considerato eleggibile alla misura, la possibilità di attivare un PCA e sarà a disposizione dell'utenza per tutta la durata della sperimentazione.

Tempi di realizzazione: mese 2-12

Personale impiegato: psicologo, assistente sociale, educatore

Partner coinvolti: partner operativi + ente capofila

Budget: 60.500 €

Attività 4: arruolamento utenti e VMD

Obiettivo: definizione del target di utenza, ingaggio dell'utente e del caregiver nella progettualità, redazione del PCA individualizzato.

I punti accoglienza, valutate le caratteristiche dei richiedenti, invieranno l'équipe multidimensionale presso il domicilio dell'utente piuttosto che presso la struttura, per fare la valutazione e redigere il PCA.

Il PCA potrà prevedere interventi a domicilio, da remoto, in struttura rivolti all'utente e al caregiver nonché potrà contemplare l'utilizzo di mezzi domotici, robotica, o dispositivi wearable di teleassistenza, oppure anche seminari informativi e formativi rivolti ai caregiver.

Tempi di realizzazione: mese 2-3

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo

Partner coinvolti: partner operativi

Budget: 20.000 €

Attività 5: espletamento del PCA

Obiettivo: fase in cui si sostanzia l'attività di assistenza al nucleo familiare o comunque almeno al caregiver e l'utente.

Una volta redatto il PCA individualizzato i professionisti interessati opereranno presso il domicilio dell'utente o da remoto al fine di rendere operativi gli interventi pianificati dal PCA. L'ente erogatore della misura dovrà garantire la registrazione degli accessi del personale dedicato all'erogazione delle prestazioni previste.

Tempi di realizzazione: mese 4-12

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo

Partner coinvolti: partner operativi

Budget: 264.500 €

Attività 6: VMD di monitoraggio

Obiettivo: check di verifica andamento progetto.

Dopo un quadrimestre dall'inizio degli interventi verrà somministrata una seconda valutazione multidimensionale comprensiva di scale validate per verificare l'andamento degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi parziali.

Tempi di realizzazione: mese 7

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo

Partner coinvolti: partner operativi

Budget: 12.000 €

Attività 7: VMD finale

Obiettivo: check di verifica finale del progetto.

Dopo il secondo quadrimestre di attività verrà somministrata una seconda valutazione multidimensionale comprensiva di scale validate per verificare l'andamento degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi finali.

Tempi di realizzazione: mese 11

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo

Partner coinvolti: partner operativi

Budget: 12.000 €

Attività 8: Rendicontazione e analisi risultanze

Obiettivo: In questa fase si analizzano i dati raccolti e si verifica la bontà del progetto.

Alla fine del percorso i partner operativi rendiconteranno le prestazioni svolte e, anonimizzando i fascicoli, restituiranno gli esiti dei percorsi. L'ente capofila riceverà i dati complessivi dai partner operativi e in cabina di regia procederà ad un'analisi degli stessi. L'ente capofila procederà alla remunerazione del saldo degli interventi eseguiti dai singoli partner operativi.

Gli interventi saranno rendicontati secondo la seguente tabella

	DOMICILIO/REMOTO/STRUTTURA
PSICOLOGO	48,00 €
EDUCATORE	33,00 €
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	33,00 €
LOGOPEDISTA	35,00 €
FISIOTERAPISTA	33,00 €
ASSISTENTE SOCIALE	33,00 €
MEDICO	60,00 €
INFERMIERE	33,00 €
VMD	120,00 €

Per ciascun PCA, l'equipe multidimensionale potrà disporre di € 3.000 da impiegare sugli 8 mesi di progetto. Per le prese in carico il cui tempo di presa in carico sia inferiore a 8 mesi, l'importo di € 3.000 sarà ragguagliato alla durata di effettiva presa in carico stessa.

Alle attività rendicontabili utili al raggiungimento del tetto massimo di € 3.000 previsto dal voucher potranno concorrere attività collettive di informazione e formazione e noleggi di dispositivi tecnologici qualora previsto nel PCA.

Tempi di realizzazione: mese 12

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo

Partner coinvolti: ente capofila, cabina di regia, partner operativi

Budget: 13.500 €

Attività 9: acquisizione strumenti di teleassistenza e telemonitoraggio

Obiettivo: In questa fase si acquistano e/o noleggianno strumenti tecnologici, dispositivi e servizi di teleassistenza e telemonitoraggio per la realizzazione degli interventi previsti dal PCA

Tempi di realizzazione: mese 4 – 12

Personale impiegato: medico, amministrativo

Partner coinvolti: ente capofila, cabina di regia, partner operativi

Budget: 51.500 €

Azioni e interventi da prevedersi nel PCA personalizzato

1 - Area Cognitiva

Bisogno Clinico

- Individuare e descrivere il profilo cognitivo del paziente, con particolare attenzione alle funzioni residue (memoria, attenzione, funzioni esecutive, linguaggio, prassie, gnosie), così da evidenziare punti di forza e aree compromesse.
- Analizzare l'impatto delle difficoltà cognitive sulle autonomie funzionali e sulle attività della vita quotidiana.
- Fornire supporto psico-educativo al caregiver e ai familiari, aiutandoli a comprendere il funzionamento cognitivo del paziente e a modulare aspettative e strategie di interazione.

Scopo dell'Intervento

- Contrastare il più a lungo possibile la progressione del declino delle funzioni cognitive residue e le autonomie funzionali.
- Ridurre l'impatto dei deficit cognitivi sulla qualità di vita quotidiana.
- Prevenire o attenuare situazioni di frustrazione, stress e isolamento sociale.
- Migliorare la qualità della relazione paziente-caregiver attraverso strategie condivise e realistiche.
- Favorire il benessere emotivo del paziente, stimolandone partecipazione e senso di autoefficacia.

Intervento e Attività

Viene definito un piano di intervento neuropsicologico individualizzato, che può includere:

- Stimolazione e potenziamento cognitivo mirato alle funzioni residue:
 - Esercizi di attenzione selettiva e sostenuta;
 - Attività di memoria episodica e semantica (uso di storie, fotografie, stimoli multimodali);
 - Compiti per rinforzare funzioni esecutive di base (sequenze, categorizzazioni, problem solving guidato).
- Strategie compensative e ambientali, come:
 - Utilizzo di agende visive, calendari, promemoria e supporti tecnologici semplificati;
 - Strutturazione dell'ambiente per favorire orientamento e autonomia;
 - Uso di routine stabili per ridurre il carico cognitivo.
- **Supporto psicoeducativo e training al caregiver**, comprendente:
 - Addestramento nell'uso di strategie facilitanti (istruzioni brevi, suddivisione in step, rinforzo positivo);
 - Indicazioni su come gestire comportamenti problematici (agitazione, apatia, ripetizioni);

- Tecniche di comunicazione efficace, rispettose della dignità del paziente.

2 - Area Comunicativa

Bisogno Clinico

- Individuare abilità comunicative e linguistiche residue del paziente, al fine di identificare i punti di forza e le aree compromesse;
- Analizzare l'efficacia e l'autonomia comunicativa del paziente nei diversi contesti della quotidianità;
- Supportare e formare il caregiver, affinché possa adattare il proprio stile comunicativo alle esigenze del paziente.

Scopo dell'Intervento

- Migliorare la qualità e l'efficacia della comunicazione tra paziente e caregiver nella vita quotidiana;
- Preservare le abilità comunicative residue, rallentando il declino funzionale;
- Ridurre episodi di incomprensione, frustrazione o isolamento, promuovendo un'interazione più serena e significativa;

Intervento e Attività

Sulla base del profilo comunicativo emerso, viene definito un piano di intervento individualizzato personalizzato, che può includere:

- Attività mirate al potenziamento delle abilità comunicative residue, quali:
 - Stimolazione del linguaggio espressivo e ricettivo mediante compiti strutturati e semi-strutturati, sulla base dei domini linguistici compromessi (fonetico-fonologico, semantico-lessicale, morfo-sintattico);
 - Terapia conversazionale per potenziare efficacia comunicativa e abilità pragmatiche;
- Tecniche e strategie compensative, tra cui:
 - Uso di supporti visivi (tabelle comunicative, agende visive, album personalizzati);
 - Strategie di semplificazione del linguaggio e rallentamento del ritmo comunicativo;
 - Promozione di canali comunicativi alternativi (gestualità, espressione facciale, contesto ambientale);
- **Formazione al caregiver**, con attività di:
 - Addestramento all'uso di tecniche facilitanti (riformulazione, enfasi, scelta binaria);
 - Indicazioni su come riconoscere e gestire segnali di frustrazione o incomprensione;
 - Condivisione di modalità comunicative personalizzate, rispettose del vissuto e della dignità del paziente.

3 - Area Funzionale-Comportamentale

Bisogno Clinico

Il paziente con demenza presenta frequentemente difficoltà nelle attività della vita quotidiana (ADL e IADL) e può manifestare disturbi comportamentali (agitazione, apatia, aggressività, wandering, disinibizione). È fondamentale valutare l'impatto dei deficit cognitivi e funzionali sul comportamento e sull'autonomia, così da pianificare interventi mirati che preservino le abilità residue e riducano il rischio di isolamento, conflitti relazionali e perdita di dignità.

Scopo dell'Intervento

- Mantenere il più a lungo possibile le autonomie funzionali residue.
- Prevenire situazioni di rischio e migliorare la sicurezza del paziente.
- Favorire una migliore qualità di vita e interazioni più serene con il caregiver.
- Promuovere il senso di identità e dignità del paziente, attraverso attività quotidiane significative.
- Intervento e Attività

L'intervento in quest'area ha l'obiettivo di favorire autonomia e ridurre comportamenti disfunzionali attraverso:

- Stimolazione funzionale:
 - Training sulle autonomie residue (alimentazione, igiene, vestizione) con attività semplificate e guidate passo per passo.
 - Uso di rinforzi positivi e routine strutturate per favorire continuità.
- Gestione dei disturbi comportamentali:
 - Tecniche di validazione e comunicazione empatica per ridurre oppositività e agitazione.
 - Strategie di distrazione e reindirizzamento in caso di comportamenti disturbanti.
 - Riduzione di stimoli ambientali eccessivi che possono aumentare ansia e confusione.
- Strategie compensative trasversali e ambientali:
 - Adattamento degli spazi per favorire sicurezza e orientamento (etichette, colori, segnaletica).
 - Strutturazione di routine quotidiane prevedibili per ridurre disorientamento e frustrazione.
 - Inserimento di attività piacevoli e significative per mantenere il coinvolgimento.

4/A - Area Emotiva - Caregiver

Bisogno Clinico

- Rilevare lo stato emotivo e psicologico del caregiver, con particolare attenzione a stress, ansia e depressione.
- Identificare il rischio di burnout e i fattori che contribuiscono al sovraccarico assistenziale.
- Offrire uno spazio di ascolto e sostegno per l'elaborazione delle emozioni legate alla cura del paziente con demenza.
- Favorire strategie di coping e auto-cura per migliorare resilienza e qualità di vita.

Scopo dell'Intervento

- Ridurre stress, ansia e sintomi depressivi nel caregiver.
- Prevenire il burnout e favorire la resilienza personale e familiare.
- Migliorare la qualità della relazione con il paziente e con il contesto sociale.
- Promuovere un equilibrio tra ruolo di cura e vita personale.

Intervento e Attività

- Colloquio psicologico di sostegno **individuale (telemedicina)**:
 - Ascolto empatico e validazione delle emozioni.
 - Rinforzo delle strategie di coping positive.
 - Elaborazione dei vissuti di colpa o ambivalenza.
- Psicoeducazione:
 - Informazioni su sintomi comportamentali ed emotivi della demenza.
 - Strategie pratiche per gestire ansia e comportamenti disturbanti del paziente.
 - Educazione all'auto-cura (pause, attività gratificanti, ricerca di supporto esterno).
- Tecniche di autoregolazione emotiva:
 - Addestramento a semplici esercizi di rilassamento e respirazione.
 - Introduzione a pratiche di mindfulness e gestione dello stress.
 - Pianificazione di spazi di tempo personale e condivisione delle responsabilità assistenziali.

4/B Area Emotiva – paziente con demenza

Bisogno Clinico

Il paziente con demenza necessita di un'attenta valutazione e presa in carico della sfera emotiva, poiché spesso coesistono ansia, sintomi depressivi, apatia, irritabilità e disturbi del comportamento che compromettono la qualità di vita. È fondamentale riconoscere i vissuti emotivi legati alla progressiva perdita di autonomia e al disorientamento, al fine di favorire un maggiore benessere e preservare, per quanto possibile, le risorse personali residue.

Scopo dell'Intervento

Gli obiettivi principali sono:

- Riduzione di sintomi emotivi prevalenti
- Rafforzare il benessere emotivo e la qualità della vita del paziente.
- Favorire la partecipazione attiva e la sensazione di continuità del sé.
- Migliorare le interazioni con caregiver e familiari, attraverso un approccio emotivo più sereno e significativo.

Intervento e Attività

L'intervento psicologico si articola su più livelli:

- **Colloquio di sostegno**, breve e focalizzato, con funzione di contenimento e validazione delle emozioni emergenti, utilizzando modalità comunicative adeguate al livello cognitivo del paziente.
- **Stimolazione affettiva e reminiscenza**, attraverso fotografie, musica, narrazione di ricordi personali e oggetti significativi, con l'obiettivo di evocare emozioni positive, rafforzare l'identità e stimolare la socializzazione.
- **Psicoeducazione indiretta**: rassicurazioni e spiegazioni semplici e ripetute, volte a ridurre disorientamento e vissuti di frustrazione.
- **Coinvolgimento del contesto ambientale**, creando routine prevedibili e ambienti sicuri, per contenere ansia e ridurre lo stress emotivo.

5 - Area Alimentare

Bisogno Clinico

- Individuare precocemente i pazienti a rischio di disfagia orofaringea;
- Supportare e formare i caregiver nella gestione quotidiana del momento del pasto, fornendo indicazioni pratiche e strategie per garantire un'alimentazione sicura ed efficace.

Scopo dell'Intervento

Lo scopo dell'intervento logopedico è duplice, clinico e funzionale:

- Preservare le autonomie residue legate all'alimentazione, promuovendo la qualità della vita;
- Garantire un'alimentazione sicura ed efficace, al fine di:
 - Prevenire complicanze respiratorie e nutrizionali;
 - Mantenere un adeguato stato nutrizionale e idratazione;
 - Ridurre il rischio di ospedalizzazione;
 - Favorire un clima positivo e sereno durante i pasti.

Intervento e Attività

Sulla base della valutazione effettuata, viene definito un piano di intervento individualizzato, che può comprendere:

- Strategie riabilitative e/o compensative, finalizzate al mantenimento o al recupero delle funzioni deglutitorie residue;
- Indicazioni specifiche su modifica della consistenza degli alimenti e dei liquidi, secondo le linee guida internazionali (IDDSI);
- **Formazione diretta del caregiver** e/o del personale assistenziale su:
 - Tecniche di facilitazione del pasto;
 - Modalità di somministrazione sicura degli alimenti;
 - Segnalazione tempestiva di segni e sintomi sospetti.

6 - Area Motoria-Riabilitativa

Bisogno Clinico

- Mantenimento/miglioramento delle condizioni motorie (autonomia, forza ed equilibrio).
- Ridurre il rischio di caduta.
- Rallentamento del declino cognitivo.
- Riduzione dei sintomi come agitazione, irrequietezza, ansia e depressione.
- Ridurre il rischio di sviluppare condizioni come diabete, obesità e patologie vascolari.
- Regolarizzare il ritmo sonno-veglia.
- Rafforzare il senso di autostima e migliorare il benessere generale del paziente.

Tutti i bisogni sopra citati contribuiscono a una migliore qualità della vita per il paziente e possono estendersi anche ai caregiver, che potrebbero riscontrare una maggiore preservazione delle funzioni esecutive nei pazienti con demenza.

Scopo dell'Intervento

- Preservare il più a lungo possibile le funzioni motorie residue e le autonomie funzionali.
- Ridurre l'impatto dei deficit cognitivi sulla qualità di vita quotidiana.
- Prevenire o attenuare situazioni di frustrazione, stress e isolamento sociale.
- Migliorare la qualità della relazione paziente-caregiver attraverso strategie condivise e realistiche.
- Favorire il benessere emotivo del paziente, stimolandone partecipazione e senso di autoefficacia.

Intervento e Attività

Viene definito un piano di intervento fisioterapico individualizzato, che può includere:

- Stimolazione e potenziamento motorio mirato alle funzioni residue, ovvero 150 minuti/settimana di attività fisica ad intensità moderata suddivisa in almeno 3 sessioni/settimana (Fonte: OMS-Organizzazione Mondiale della Sanità):
 - Esercizi di rinforzo muscolare, di equilibrio e coordinazione;
 - Camminare, meglio se all'aperto;
 - Bicicletta/cyclette/pedaliera;
 - Fare le scale;
 - Attività ludico-motorie;
 - Ballo;
 - Thai-chi, Yoga, Pilates.
- Strategie compensative e ambientali, come:
 - Strutturazione dell'ambiente per favorire orientamento e autonomia;
 - Uso di routine stabili per ridurre il carico cognitivo.
 - Eliminare barriere architettoniche pericolose (Es. tappeti a terra);
 - Utilizzo di ausili o ortesi adeguati.
- Training al caregiver, comprendente:
 - Addestramento nell'uso di strategie facilitanti e utilizzo degli ausili;
 - Costruire una routine motoria quotidiana;
 - Gestione comportamenti problematici (agitazione, apatia, ripetizioni);
 - Tecniche di comunicazione efficace, rispettose della dignità del paziente.

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO E TEMPISTICA RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Obiettivo 1 - implementazione della documentazione PCA e amministrativa/ implementazione dei punti di accoglienza – mese 1:

definizione della documentazione utile alla costituzione del fascicolo utente e di tutta la modulistica necessaria al progetto ai fini della rendicontazione.

In questa attività è prevista l'implementazione della documentazione del fascicolo. Per ogni utente beneficiario deve essere predisposto un Fascicolo che dovrà contenere almeno:

valutazione multidimensionale (VMD), Piano Cognitivo assistenziale, scale di valutazione, eventuale documentazione sanitaria, diario contenente la registrazione degli interventi.

Definizione del luogo fisico e del personale impiegato per svolgere l'attività di sportello punto accoglienza.

In questa attività è prevista l'identificazione e l'attivazione presso ciascun partner operativo di un punto accoglienza. Lo stesso dovrà essere attivo settimanalmente almeno 25h al mese suddivise tra mattina e pomeriggio per garantire la possibilità di accesso a tutti i richiedenti.

Personale impiegato: medico, psicologo, assistente sociale, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo, infermiere

Obiettivo 2 – Coordinamento partenariato – mese 1-12:

Fondazione Casa Serena – in qualità di ente capofila – esercita un ruolo centrale di **direzione, coordinamento e supervisione tecnico-operativa** dell'intero partenariato. Coordina l'attività dei Punti di Accoglienza, delle équipe multidisciplinari e il raccordo con il partner scientifico e i CDCD territoriali, promuovendo una presa in carico omogenea e integrata. Supervisiona il monitoraggio, la raccolta dati e la rendicontazione, supportando i partner nella gestione organizzativa e amministrativa. Favorisce inoltre la diffusione delle buone prassi, la comunicazione interna ed esterna e il consolidamento della rete territoriale.

Obiettivo 3 – attivazione e mantenimento dei punti di accoglienza - mesi da 2 a 12:

apertura del punto accoglienza.

In questa attività è prevista l'attivazione presso ciascun partner operativo del proprio sportello accoglienza. Quest'ultimo proporrà, qualora l'utente sia considerato eleggibile alla misura, la possibilità di attivare un PCA

Personale impiegato: psicologo, assistente sociale, educatore

Obiettivo 4 - arruolamento utenti e VMD - mesi da 2 a 3:

definizione del target di utenza, ingaggio dell'utente e del caregiver nella progettualità, redazione del PCA individualizzato.

I punti accoglienza, valutate le caratteristiche dei richiedenti, invieranno l'équipe multidimensionale presso il domicilio dell'utente piuttosto che presso la struttura, per fare la valutazione e redigere il PCA.

Il PCA potrà prevedere interventi a domicilio, da remoto, in struttura rivolti all'utente e al caregiver nonché potrà contemplare l'utilizzo di mezzi domotici, robotica, o dispositivi wearable di teleassistenza, oppure anche seminari informativi e formativi rivolti ai caregiver.

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo

Obiettivo 5 - espletamento del PCA - mesi da 4 a 12:

fase in cui si sostanzia l'attività di assistenza al nucleo familiare o comunque almeno al caregiver e l'utente.

Una volta redatto il PCA individualizzato i professionisti interessati opereranno presso il domicilio dell'utente o da remoto al fine di rendere operativi gli interventi pianificati dal PCA. L'ente erogatore della misura dovrà garantire la registrazione degli accessi del personale dedicato all'erogazione delle prestazioni previste.

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo

Obiettivo 6 - VMD di monitoraggio - mese 7:

Dopo un quadrimestre dall'inizio degli interventi verrà somministrata una seconda valutazione multidimensionale comprensiva di scale validate per verificare l'andamento degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi parziali.

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo.

Obiettivo 7 - VMD finale - mese 11:

Dopo il secondo quadrimestre di attività verrà somministrata una seconda valutazione multidimensionale comprensiva di scale validate per verificare l'andamento degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi finali.

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo

Obiettivo 8 - Rendicontazione e analisi risultanze - mese 12:

In questa fase si analizzano i dati raccolti e si verifica la bontà del progetto.

Alla fine del percorso i partner operativi renderanno le prestazioni svolte e, anonimizzando i fascicoli, restituiranno gli esiti dei percorsi. L'ente capofila riceverà i dati complessivi dai partner operativi e in cabina di regia procederà ad un'analisi degli stessi. L'ente capofila procederà alla remunerazione del saldo degli interventi eseguiti dai singoli partner operativi.

Personale impiegato: medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo

Obiettivo 9: Acquisizione strumenti di teleassistenza e telemonitoraggio – mesi 4 - 12

In questa fase si acquistano e/o noleggiati strumenti tecnologici, dispositivi e servizi di teleassistenza e telemonitoraggio per la realizzazione degli interventi previsti dal PCA

Personale impiegato: medico, amministrativo

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

Prima annualità	Semestre 1						Semestre 2					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Attività 1_ implementazione della documentazione PCA e dei punti d'accoglienza												
Attività 2_ coordinamento partenariato (dirigenza/amministrativi)												
Attività 3_ attivazione e mantenimento dei punti di accoglienza durante l'anno												
Attività 4_ arruolamento utenti e VMD												
Attività 5_ espletamento del PCA												
Attività 6_ VMD di monitoraggio												
Attività 7_ VMD finale												
Attività 8_ Rendicontazione e analisi risultanze												
Attività 9_ Acquisizione strumenti teleassistenza e telemonitoraggio												

STRUMENTI E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' - VALUTAZIONE: INDICATORI QUANTI E QUALITATIVI DI PROCESSO, DI ESITO E DI IMPATTO

In coerenza con le azioni previste nel PCA personalizzato e descritte nel paragrafo "AZIONI E INTERVENTI" il progetto prevede, per ognuna delle aree dove sono prevedibili azioni specifiche, strumenti finalizzati ad oggettivare l'evoluzione della malattia dell'utente, la condizione del/dei caregiver e più in generale la valutazione della qualità di vita.

1 - Area Cognitiva

Strumenti di Valutazione

La valutazione neuropsicologica iniziale prevede un'indagine multidimensionale delle funzioni cognitive e comportamentali, mediante:

- Somministrazione di test standardizzati e validati per i disturbi neuro-cognitivi, tra cui (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):
 - Mini-Mental State Examination (MMSE);
 - Montreal Cognitive Assessment (MoCA);
 - Scale per valutazione delle autonomie funzionali (ADL, IADL).
 - Clinical Dementia Rating Scale (CDR)
- Osservazione clinica e griglie qualitative per:
 - Capacità di iniziativa e intenzionalità comunicativa;
 - Strategie spontanee di compenso cognitivo;
 - Modificazioni comportamentali (apatia, disinibizione, agitazione);
- Colloquio con il caregiver, per rilevare:
 - Difficoltà cognitive osservate nella vita quotidiana;
 - Episodi ricorrenti di disorientamento, smarrimento o difficoltà decisionali;
 - Strategie già adottate e loro efficacia.

Monitoraggio e Follow-Up

Il percorso prevede una valutazione periodica degli esiti dell'intervento, attraverso:

- Somministrazione di test cognitivi semestrali per monitorare l'andamento delle funzioni nel tempo.
- Osservazione ecologica delle prestazioni e delle autonomie nella quotidianità.
- Colloqui periodici con il caregiver, per valutare:
 - L'efficacia percepita delle strategie adottate;
 - L'emergere di nuove criticità cognitive o comportamentali;

- Il livello di carico emotivo e stress del caregiver.
- Rimodulazione del piano di intervento, adattando obiettivi e strategie in base all'evoluzione del quadro clinico.

2 - Area Comunicativa

Strumenti di Valutazione

La valutazione iniziale prevede un'indagine strutturata e multidimensionale delle abilità comunicative, mediante:

- Somministrazione di test standardizzati e strumenti validati per la valutazione del linguaggio e della comunicazione nei disturbi neuro-cognitivi tra cui a titolo esemplificativo ma non esaustivo: *Screening for Aphasia in NeuroDegeneration (SAND)* / *Token Test* per la comprensione linguistica;
- Compilazione di griglie osservative e checklist qualitative, per l'analisi delle seguenti dimensioni:
 - Intenzionalità comunicativa;
 - Comprensione verbale e non verbale;
 - Adeguatezza pragmatica;
 - Utilizzo e comprensione di canali comunicativi alternativi (gestualità, mimica, scrittura);
- Colloquio strutturato con il caregiver, finalizzato a rilevare:
 - Principali difficoltà comunicative osservate nella quotidianità;
 - Situazioni di incomprensione o frustrazione ricorrenti;
 - Strategie già adottate (efficaci o inefficaci);
 - Eventuali cambiamenti nel comportamento comunicativo rispetto alla fase premorbosa.

Monitoraggio e Follow-Up

Il percorso prevede una valutazione periodica degli esiti dell'intervento, mediante:

- Ri-somministrazione dei test e delle griglie utilizzate in fase di valutazione iniziale, per monitorare l'andamento delle abilità comunicative nel tempo;
- Osservazione di scambi comunicativi tra paziente e caregiver in situazioni ecologiche;
- Colloqui periodici con il caregiver, per valutare:
 - L'efficacia percepita delle strategie proposte;
 - Eventuali nuove criticità emergenti;
 - Il livello di stress o carico emotivo legato alla comunicazione;
- Rimodulazione dell'intervento, con adeguamento delle strategie in funzione dell'evoluzione del quadro cognitivo e comunicativo.

3 - Area Funzionale-Comportamentale

Strumenti di Valutazione

La valutazione funzionale e comportamentale prevede:

- Scale per autonomie funzionali:
 - ADL (Activities of Daily Living) per le autonomie di base.
 - IADL (Instrumental Activities of Daily Living) per le attività strumentali più complesse.
- Scale per disturbi comportamentali:
 - Neuropsychiatric Inventory (NPI) per la valutazione dei disturbi del comportamento e dell'impatto sul caregiver con particolare riferimento agli item: deliri, allucinazioni, agitazione, depressione, ansia, irritabilità, sonno, disturbo dell'appetito e dell'alimentazione. Verrà somministrato alla presa in carico e ogni tre mesi. Si farà particolare attenzione ai livelli di gravità degli item con valore maggiore e alla scala di distress. Tale test verrà riproposto circa ogni tre mesi dall'inizio del progetto
- Osservazione ecologica in contesti quotidiani (mangiare, vestirsi, interazioni sociali).
- Colloquio strutturato con caregiver per rilevare:
 - Difficoltà ricorrenti nella gestione delle autonomie.
 - Situazioni di rischio (cadute, wandering, oppositività).
 - Strategie già adottate e loro efficacia.

Monitoraggio e Follow-Up

- Valutazione periodica con nuova somministrazione di scale funzionali (ADL, IADL) e comportamentali (NPI)
- Osservazione ecologica in diversi contesti (domestico, riabilitativo, sociale).
- Colloqui regolari con il caregiver per monitorare:
 - Efficacia delle strategie adottate.
 - Nuove difficoltà funzionali o comportamentali emergenti.
 - Livello di stress e capacità di gestione quotidiana.
- Rimodulazione del piano di intervento, adattando tecniche e obiettivi in base all'evoluzione della malattia.

4/A - Area Emotiva - Caregiver

Strumenti di Valutazione

- Test e scale standardizzate:

- **Geriatric Depression Scale (GDS)** per la rilevazione dei sintomi depressivi, anche in forma breve per pazienti con compromissioni cognitive (opzionale).
 - **CBI (Caregiver Burden Inventory)** con particolare riferimento agli item relativi all'area del carico evolutivo, del carico sociale, del carico emotivo. Alla presa in carico e ogni sei mesi
- Colloquio clinico-psicologico per indagare:
 - Emozioni prevalenti (ansia, senso di colpa, tristezza, rabbia).
 - Esperienze di frustrazione, impotenza o isolamento.
 - Risorse personali, familiari e sociali di supporto.

Osservazione qualitativa durante gli incontri: modalità di racconto, segnali di affaticamento, atteggiamento verso il paziente dementigeno.

Monitoraggio e Follow-Up

- Nuova somministrazione periodica del GDS e CBI per monitorare l'evoluzione del benessere psicologico (follow-up- semestrale)
- Colloqui periodici per valutare:
 - Efficacia delle strategie apprese.
 - Eventuali nuove criticità emotive.
 - Livello di stanchezza e capacità di auto-cura.
- Rimodulazione dell'intervento in base al carico percepito e alle risorse disponibili.

4/B - Area Emotiva – Paziente con Demenza

Strumenti di Valutazione

La valutazione emotiva prevede l'utilizzo integrato di strumenti standardizzati, osservazione clinica e colloquio psicologico adattato al livello cognitivo.

Tra i principali strumenti:

- **Geriatric Depression Scale (GDS)** per la rilevazione dei sintomi depressivi, anche in forma breve per pazienti con compromissioni cognitive (opzionale).
- **QoL-AD (Quality of Life in Alzheimer's Disease)** per esplorare la qualità di vita percepita dal paziente e dal caregiver.
- **Osservazione clinica strutturata**, utile per rilevare segni di apatia, ansia o alterazioni del tono dell'umore in contesti naturali.
- **Colloquio psicologico clinico**, modulato con linguaggio semplice, supporti visivi o stimoli multimodali, per favorire l'espressione emotiva.

Monitoraggio e Follow-Up

Il percorso prevede un monitoraggio regolare tramite:

- Nuova somministrazione periodica di strumenti come la GDS (opzionale) e di QOL-AD per osservare l'andamento dei sintomi emotivi.
- Osservazione clinica sistematica durante le attività riabilitative e di vita quotidiana.
- Rimodulazione degli obiettivi terapeutici e delle tecniche utilizzate in base all'evoluzione del quadro clinico e dei bisogni emergenti

5 - Area Alimentare

Strumenti di Valutazione

- Somministrazione di strumenti di screening clinici validati (es. Malnutrition Universal Screening Tool – MUST; Mini Nutritional Assessment - MNA)
- Colloquio anamnestico strutturato con il caregiver, finalizzato a raccogliere informazioni su:
 - Abitudini e routine alimentari;
 - Consistenza degli alimenti abitualmente assunti;
 - Presenza di segni e sintomi di disfagia;
- Osservazione diretta del pasto, eventualmente mediante l'utilizzo di check-list strutturate e/o griglie di osservazione validate;
- Qualora emergano indicatori di rischio elevato, si può proporre:
 - Valutazione clinica logopedica approfondita, mediante valutazione clinica;
 - Invio a valutazione strumentale (esame endoscopico FEES o videofluoroscopia VFSS), in collaborazione con il medico specialista.

Monitoraggio e Follow-up

Il percorso prevede un monitoraggio periodico degli esiti, attraverso:

- Ri-somministrazione degli strumenti valutativi utilizzati in fase iniziale, per verificare l'andamento clinico;
- Osservazione diretta dei pasti e nuovi colloqui con il caregiver, per valutare l'efficacia delle strategie attuate;
- Rimodulazione dell'intervento logopedico in base all'evoluzione del quadro clinico e alle esigenze del paziente e del contesto familiare/assistenziale.

6 - Area Motoria-Riabilitativa

Strumenti di Valutazione

La valutazione motoria iniziale prevede un'indagine diretta ed indiretta:

- Somministrazione di scale validate:

- Tinetti;
 - Morse;
 - TUG (Time-up and go test)
- Osservazione diretta delle abilità motorie:
 - Capacità di deambulare ed effettuare le scale in sicurezza;
 - Resistenza alla deambulazione o attività equivalenti (es. cyclette);
 - Attività ludiche e/o musicali;
- Valutazione dei parametri clinici di base:
 - Frequenza cardiaca;
 - Saturazione;
 - Pressione arteriosa;
 - Glicemia.
- Raccolta informazioni dal caregiver:
 - Difficoltà motorie osservate nella vita quotidiana;
 - Episodi di caduta;
 - Strategie già adottate e loro efficacia.

Monitoraggio e Follow-up

Il percorso prevede una valutazione periodica degli esiti dell'intervento, attraverso:

- Somministrazione dei test funzionali semestrali per monitorare l'andamento delle funzioni nel tempo.
- Osservazione ecologica delle prestazioni e delle autonomie nella quotidianità.
- Colloqui periodici con il caregiver, per valutare:
 - L'efficacia percepita delle strategie adottate;
 - L'emergere di nuove criticità motorie o comportamentali;
- Rimodulazione del piano di intervento, adattando obiettivi e strategie in base all'evoluzione del quadro clinico.

Consumo di farmaci psicoattivi

Su un campione di 30 pazienti arruolati viene effettuata un'analisi sul consumo di farmaci psicoattivi confrontando le prescrizioni terapeutiche al tempo 0 e trimestralmente utilizzando un giorno indice (es il primo giorno del mese).

Customer satisfaction caregiver e familiari

Un ulteriore strumento previsto nel sistema di monitoraggio del progetto riguarda la rilevazione strutturata del livello di soddisfazione di caregiver e familiari. Poiché il modello PCA pone il caregiver al centro della presa in carico, diventa essenziale misurare in modo oggettivo la percezione della qualità del servizio, l'utilità delle attività proposte e l'impatto complessivo del percorso sul benessere familiare.

A tale scopo, al termine del progetto – e in particolare dopo la conclusione del percorso PCA individuale – verrà somministrato un **questionario standardizzato di customer satisfaction**, specificamente sviluppato per i caregiver di persone con demenza. Lo strumento includerà sezioni dedicate a:

- **chiarezza e accessibilità del Punto di Accoglienza,**
- **comprensibilità e utilità delle informazioni ricevute,**
- **supporto psicologico, educativo e clinico percepito,**
- **qualità della comunicazione con le équipes multidisciplinari,**
- **grado di alleggerimento del care burden,**
- **percezione dell'efficacia degli interventi riabilitativi e psicoeducativi,**
- **valutazione della continuità assistenziale**
- **livello di miglioramento nella gestione quotidiana del paziente,**
- **accoglienza, disponibilità e professionalità degli operatori,**
- **soddisfazione complessiva rispetto al percorso ricevuto.**

La compilazione potrà avvenire in forma cartacea o digitale, garantendo anonimato e libertà di espressione per favorire un feedback autentico e utilizzabile ai fini del miglioramento continuo. I risultati saranno analizzati quantitativamente (percentuali, punteggi medi, scostamenti dai target attesi) e qualitativamente (commenti aperti, segnalazioni, suggerimenti).

I dati raccolti confluiranno in un **report finale di valutazione**, utile a:

- verificare il grado di coerenza tra obiettivi progettuali e percezione delle famiglie,
- identificare aree di forza e ambiti critici da migliorare,
- orientare future decisioni di programmazione territoriale,
- supportare la replicabilità e la messa a sistema del modello PCA anche oltre la fase sperimentale.

L'inclusione di questa customer satisfaction rappresenta non solo uno strumento valutativo, ma una scelta metodologica fondamentale: **ascoltare la voce delle famiglie significa misurare l'impatto reale del progetto e garantire che il modello di presa in carico rimanga centrato sui bisogni concreti della persona con demenza e del suo caregiver.**

PIANO FINANZIARIO PREVISIONALE DEL PROGETTO

CRONOPROGRAMMA ATTIVITA'		nov-25	dic-25	gen-26	feb-26	mar-26	apr-26	mag-26	giu-26	lug-26	ago-26	set-26	ott-26	
		Semestre 1						Semestre 2						
ATTIVITA'	PERSONALE	MESE 1	MESE 2	MESE 3	MESE 4	MESE 5	MESE 6	MESE 7	MESE 8	MESE 9	MESE 10	MESE 11	MESE 12	BUDGET
implementazione della documentazione PCA/implementazione punti di accoglienza	Medico, assistente sociale, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo	8.000,00 €												8.000,00 €
Coordinamento partenariato (dirigenza/amministrazione)	Coordinatore progetto e responsabili designati dai partner	2.000,00 €			2.000,00 €			2.000,00 €			2.000,00 €			8.000,00 €
attivazione e mantenimento dei punti accoglienza durante la sperimentazione	Psicologo, assistente sociale, educatore		5.500,00 €	5.500,00 €	5.500,00 €	5.500,00 €	5.500,00 €	5.500,00 €	5.500,00 €	5.500,00 €	5.500,00 €	5.500,00 €	5.500,00 €	60.500,00 €
arruolamento utenti e VMD	Medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo		20.000,00 €											20.000,00 €
espletamento del PCA	Medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo				17.000,00 €	25.500,00 €	35.900,00 €	35.900,00 €	35.900,00 €	35.900,00 €	35.900,00 €	25.500,00 €	17.000,00 €	264.500,00 €
VMD di monitoraggio	Medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo							12.000,00 €						12.000,00 €
VMD finale	Medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo											12.000,00 €		12.000,00 €
Rendicontazione e analisi risultanze	Medico, psicologo, educatore, terapeuta occupazionale, fisioterapista, logopedista, amministrativo												13.500,00 €	13.500,00 €
Acquisto/Noleggio strumenti/servizi di teleassistenza per la realizzazione degli interventi a partire dal giorno di inizio espletamento PCA	Medici, amministrativo				15.250,00 €	15.250,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	51.500,00 €
TOTALE BUDGET		450.000,00 €												

DI CUI CONTRIBUTO REGIONALE (80% COSTO TOTALE)	360.000,00 €
DI CUI COFINANZIAMENTO (ALMENO 20% DEL COSTO COMPLESSIVO)	90.000,00 €

DI CUI COMPARTECIPAZIONE DA PARTE DEI DESTINATARI *(costo coerente con quello previsto dai LEA DPCM 12/1/2017)

*In caso di compartecipazione dei destinatari della spesa secondo tariffario definito, L'Ente dovrà presentare uno studio dei costi che giustifichi l'importo della tariffa richiesta, garantendo una coerenza con i sistemi di remunerazione regionali in uso.

Nel presente cronoprogramma Gantt le attività evidenziate in verde rappresentano le spese che saranno sostenute direttamente dai partner del progetto con risorse proprie, mentre quelle evidenziate in blu sono coperte dal contributo regionale. In particolare, la fase di implementazione della documentazione dei PCA e di implementazione dei punti di accoglienza sarà gestita esclusivamente dal partner capofila con il supporto della cabina di regia. L'attivazione e il mantenimento dei punti di accoglienza verranno invece presi in carico dai partner operativi, che ne garantiranno la continuità. Infine, la rendicontazione, formalmente collocata al dodicesimo mese ma che sarà svolta con cadenza mensile attraverso la raccolta dei dati provenienti dai partner operativi, sarà analizzata e gestita dal partner capofila. Pertanto, tutte le risorse contrassegnate in verde saranno a totale carico dei partner, evidenziando chiaramente la distribuzione del budget complessivo tra contributo regionale e cofinanziamento dei soggetti partner.

La ratio di questa ripartizione nasce dalla volontà di finanziare con risorse proprie l'implementazione del nuovo sistema PCA e della relativa struttura dedicata ai pazienti con demenza, mentre le risorse regionali vengono indirizzate al sostegno delle attività operative e di presa in carico.

Presenza continuativa del Punto di Accoglienza (Mese 2–12)

Il Punto di Accoglienza (PdA) rappresenta il fulcro operativo dell'intero progetto PCA-Demenza ed è per questo motivo che la sua attività è prevista, non come momento introduttivo isolato, ma come **presidio continuativo**, attivo dal mese 2 al mese 12 della sperimentazione. La sua natura non è quella di un semplice sportello informativo, bensì di un **luogo di presa in carico permanente**, capace di accompagnare le persone con demenza e i loro caregiver lungo tutto il percorso assistenziale.

1. Il Punto di Accoglienza come nucleo metodologico del progetto

Nella visione progettuale, il P. d. A. costituisce l'elemento distintivo del modello PCA:

- è la porta di ingresso al sistema,
- è il luogo in cui si costruisce la relazione di fiducia con la famiglia,
- è il contesto in cui vengono raccolti i primi bisogni,
- è il riferimento stabile per tutto il percorso di cura.

Per questo motivo la sua funzione non può esaurirsi in una fase iniziale, ma deve necessariamente proseguire lungo l'intero arco temporale del progetto. Il PdA diventa così la **casa del percorso**, il punto dove convergono servizi, professionisti e famiglie.

2. Il Punto di Accoglienza come attività continuativa e non episodica

Le ragioni della sua presenza mensile dal mese 2 al 12 sono molteplici e strutturali:

- **La demenza è una patologia evolutiva**, che richiede osservazioni, aggiornamenti e interventi costanti.
- Ogni variazione clinica, comportamentale o emotiva va interpretata e integrata nel PCA, e il PdA è il canale tramite cui questa attività si realizza.

- Le famiglie hanno un forte bisogno di supporto ricorrente: domande, dubbi, criticità e instabilità richiedono uno spazio di ascolto sempre attivo.
- Il team multidisciplinare utilizza il PdA come strumento di monitoraggio dell'adesione al percorso, rilevazione delle criticità e pianificazione di rivalutazioni.

Il PdA diviene quindi un **presidio dinamico**, essenziale per garantire la continuità assistenziale e l'efficacia del modello.

3. Il Punto di Accoglienza come luogo di approfondimento e rivalutazione

Il PdA consente di sviluppare un **percorso evolutivo e non statico**, caratterizzato da:

- approfondimenti diagnostici programmati,
- sessioni di aggiornamento clinico con l'équipe,
- rimodulazione degli interventi del PCA in funzione dei cambiamenti del paziente,
- invii facilitati ai CDCD e ai servizi specialistici,
- valutazioni dello stress e del caregiver burden,
- colloqui di sostegno psicologico periodici.

Questa struttura non sarebbe garantibile attraverso un unico incontro iniziale: il PdA permette un **continuo riallineamento clinico**, fondamentale nelle demenze.

4. Accompagnamento fino all'ingresso in struttura o all'esaurimento del percorso

Il Punto di Accoglienza segue il paziente e la sua famiglia:

- **dal primo contatto** con i servizi,
- **durante tutta la fase domiciliare**,
- **durante l'utilizzo dei servizi semiresidenziali**,
- **fino al suo eventuale ingresso in RSA** o al termine del percorso PCA.

Ciò lo configura come un vero e proprio **filo conduttore del progetto**, capace di mantenere coesione, stabilità e continuità assistenziale anche nei momenti di transizione.

5. Un Punto di Accoglienza per ogni partner operativo

Tutti i partner operativi istituiscono un PdA dedicato, garantendo prossimità e uniformità metodologica.

Questo rende possibile:

- una rete diffusa di accesso,
- una presa in carico tempestiva e personalizzata,
- una forte integrazione territoriale,
- una gestione condivisa dei casi più complessi,
- un utilizzo omogeneo degli strumenti di valutazione e dei protocolli validati dal CDCD.

In questo modo, il Punto di Accoglienza assume un valore strategico non solo per il singolo utente, ma per la **coordinazione dell'intero modello di rete**.

Sintesi finale – Il Punto di Accoglienza come pilastro del PCA

Il Punto di Accoglienza è dunque:

- **il cuore dell'innovazione del progetto,**
- **il presidio che mantiene il contatto costante con la famiglia,**
- **il luogo in cui il percorso viene aggiornato, rimodulato e monitorato,**
- **lo strumento che consente di trasformare il PCA in un modello realmente continuativo e personalizzato.**

La sua attivazione per tutta la durata del progetto (Mese 2–12) risponde alla necessità di mantenere una presa in carico attiva, evolutiva e centrata sia sulla persona con demenza sia sul suo caregiver.

ELEMENTI DI INNOVATIVITA' E INTEGRAZIONE NEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIOSANITARI

Il progetto nasce con l'obiettivo di rispondere ad un bisogno noto alla rete dei Servizi sociosanitari, ma purtroppo poco indagato e supportato dalla rete stessa quantomeno nella sua fase iniziale in cui la famiglia si rivolge al Sistema assistenziale.

L'utente affetto da demenza e la rispettiva famiglia, nel momento in cui si trovano faticosamente ad aver metabolizzato la necessità di avere un supporto dalla rete socio-sanitaria e dunque presentano domanda di accesso ad una unità d'offerta residenziale, semiresidenziale o domiciliare, che si rivolgono alla demenza oppure sono in procinto di farlo, si trovano in una **fase preliminare di attesa che precede la fase di accoglienza** vera e propria all'interno delle UDO del sistema sociosanitario e che talvolta dura mesi o addirittura anni.

È proprio questa la fase in cui il bisogno del nucleo familiare è più acuto e tocca il punto di massima intensità: le famiglie sperimentano un carico assistenziale non sostenibile in autonomia, devono scegliere di affidare il proprio caro ad una struttura, il rischio di burn-out per i caregiver raggiunge livelli massimi e la risposta della rete socio sanitaria non può essere in nessun modo tempestiva a causa delle liste d'attesa e nemmeno può essere chiara nella stima della durata dell'attesa stessa.

L'innovazione del progetto consiste nell'intervenire proprio in questo specifico frangente di attesa, **fase di massimo bisogno**, criticità e talvolta smarrimento.

Laddove il sistema sociosanitario attuale non ha ancora fornito risposta concreta, **la Rete PCA garantisce una presa in carico multidimensionale e integrata. Questo approccio intercetta un target scoperto, riducendo i rischi di squilibrio per l'intero nucleo familiare qualora l'ingresso in un'unità d'offerta dedicata risulti troppo tardivo.**

Uno dei principali elementi di innovatività del progetto promosso risiede nella sua funzione di nodo integratore e collettore tra le diverse unità di offerta sociosanitarie già presenti sul territorio.

La progettualità non si sovrappone ai servizi esistenti – quali RSA Aperta, Centri Diurni, UCPDOM e CPDOM – ma li completa e li connette, creando una rete organica che mette in relazione tutti gli attori coinvolti nella presa in carico della persona con demenza. Attraverso il modello PCA, il progetto assume il ruolo di *trade union* tra ambito residenziale e domiciliare, favorendo uno scambio continuo di informazioni, una maggiore coerenza tra i percorsi assistenziali e una piena continuità di cura. Questa funzione di raccordo riduce la frammentazione e ottimizza il coordinamento tra i vari servizi, rafforzando la qualità della presa in carico e offrendo alle famiglie un sistema facilmente navigabile, integrato e maggiormente sostenibile nel tempo.

La risposta al bisogno si concretizza attraverso **la redazione del Piano Cognitivo Assistenziale (PCA)**, che rappresenta la spina dorsale del progetto.

Presso ciascun partner operativo viene istituito un **punto di accoglienza**, vera e propria porta di ingresso al progetto. Qui gli utenti e i caregiver possono presentare domanda per le unità d'offerta sociosanitarie classiche e congiuntamente ricevere un orientamento per avviare un percorso di presa in carico provvisoria. Il punto di accoglienza funge da **luogo di ascolto, di informazione e di proposta**, garantendo che nessun bisogno rimanga privo di risposta. Attraverso questo strumento, il progetto si radica **capillarmente sul territorio**, aumentando l'accessibilità e l'equità di trattamento.

Qualora l'utente detenga i requisiti clinici e il nucleo familiare sia ingaggiato, il passaggio successivo è la redazione di un Piano Cognitivo Assistenziale.

Il PCA non si limita a fornire un supporto sanitario, ma integra dimensioni cognitive, comunicative, funzionali-comportamentali, emotive, alimentari, motorie- riabilitative e di tutte queste aree ha

l'ambizione **di voler fare informazione e formazione al caregiver**, che in questa fase è la figura più presente nell'assistenza della persona con demenza.

Il **caregiver** rappresenta il vero **fulcro del Progetto** di assistenza. Il sostegno offerto non è limitato al supporto emotivo, ma si traduce in un **addestramento tecnico, pratico e continuativo**.

Dal momento del primo accesso al punto di accoglienza, i familiari ricevono informazioni, strumenti e formazione individualizzata: dalla gestione quotidiana dei disturbi comportamentali, alle tecniche di comunicazione efficace, fino alle strategie per ridurre lo stress. Oltre agli interventi a domicilio rivolti all'utente e gli interventi rivolti al caregiver, il sostegno a quest'ultimo vorrebbe essere completato da incontri formativi collettivi e di condivisione. Tutti questi interventi formano il PCA nella sua interezza.

Ogni PCA viene personalizzato e aggiornato periodicamente dall'**équipe multidisciplinare**. Questo strumento consente un accompagnamento di filiera, che supporta l'utente e il caregiver lungo la fase transitoria d'attesa, finché avviene l'inserimento in RSA, CDI o in altre unità di offerta residenziali, semiresidenziali o domiciliari.

Il **percorso formativo** non si esaurisce con l'inserimento del paziente nella rete sociosanitaria, ma prosegue anche dopo l'ingresso in RSA, in un nucleo protetto o eventualmente in altra unità di offerta, garantendo la continuità del supporto e il mantenimento delle competenze acquisite. Questa caratteristica rappresenta un elemento di innovazione e qualità del progetto, poiché rafforza la resilienza delle famiglie e contribuisce alla sostenibilità del sistema nella sua interezza. In quest'ottica la progettualità potrà sperimentalmente essere rivolta anche ad utenti con caratteristiche cliniche compatibili con i requisiti di eleggibilità previsti dal Progetto e già intercettati in una delle UDO sociosanitarie (a titolo esemplificativo e non esaustivo RSA, RSA APERTA, CDOM, CDI).

Un ulteriore elemento innovativo è rappresentato dall'introduzione di strumenti di teleassistenza e telemonitoraggio. Questa componente tecnologica inserita nel PCA consente di intercettare precocemente situazioni critiche tramite:

- **Teleassistenza:** attraverso tablet e piattaforme digitali, le famiglie e i caregiver possono accedere a sportelli virtuali di consulenza, ricevere formazione a distanza, partecipare a gruppi di sostegno online e ottenere un orientamento immediato dai professionisti dell'équipe multidisciplinare. A questo si aggiunge la possibilità, per gli utenti il cui contesto familiare è compatibile, di installare **dispositivi robot assistivi presso il domicilio**. Questi strumenti, dotati di sensori, videocamera e funzionalità vocali, non solo raccolgono dati clinici e ambientali, ma interagiscono direttamente con la persona, forniscono promemoria, avvisi di sicurezza e attivano allarmi in caso di necessità. Ciò consente anche di intensificare la frequenza degli interventi da remoto senza aumentare il carico logistico sulle famiglie.
- **Telemonitoraggio:** i pazienti arruolati nel PCA possono essere dotati di dispositivi wearable (braccialetti o sensori domiciliari) che rilevano parametri vitali, registrano attività motorie, geolocalizzano l'utente e individuano comportamenti a rischio (es. wandering notturno). Tutti i dati confluiscono in un **portale gestionale centralizzato** a disposizione di medici, infermieri ed équipe multidisciplinari, dove vengono organizzati in modo strutturato per consentire la valutazione clinica, la pianificazione degli interventi e la personalizzazione dei percorsi assistenziali. In caso di anomalie viene generato un alert immediato, che permette all'équipe di intervenire tempestivamente, evitando complicazioni cliniche.

Grazie a questa architettura modulare – dispositivi wearable, robot assistivi e piattaforme digitali collegate al backoffice clinico – il progetto garantisce una continuità di cura che va dal monitoraggio quotidiano al sostegno psicologico e relazionale del caregiver. La casa diventa a tutti gli effetti un luogo di cura e le strutture sociosanitarie possono offrire una **presa in carico**

proattiva e tempestiva, coerente con gli indirizzi regionali sulla domiciliarità e la prossimità. L'innovazione non rimane quindi teorica, ma si traduce in strumenti concreti che aumentano la sicurezza degli utenti, riducono il carico sui caregiver e ottimizzano le risorse del sistema sociosanitario.

La solidità del progetto è garantita dall'integrazione con una **rete istituzionale e scientifica**. Le associazioni di categoria (UNEBA, ACRB, Associazione San Giuseppe) hanno il ruolo di diffondere informazione e sensibilizzare gli attori del settore, mentre il CDCD dell'ASST Papa Giovanni XXIII fornisce il supporto scientifico, validando i contenuti formativi e garantendo l'aderenza alle migliori e più recenti pratiche rispetto al tema della demenza. In questo modo, la legittimazione tecnica e scientifica si traduce in maggiore efficacia operativa e trasferibilità del modello.

Il progetto è perfettamente coerente con la DGR XII/4481/2025 e con il Piano Sociosanitario Regionale 2024–2028. In particolare, si colloca nell'ambito del **transitional care**, favorendo la prossimità e la domiciliarità, rafforzando il sostegno psicologico e tecnico ai caregiver e creando un raccordo con i CDCD.

Gli elementi di innovatività del progetto risiedono nella capacità di **colmare un vuoto assistenziale reale**, di accompagnare pazienti e famiglie nella fase più critica e di valorizzare il ruolo del caregiver come attore attivo della presa in carico. Attraverso i punti di accoglienza, i PCA personalizzati, la teleassistenza e la formazione continua, il progetto costruisce una filiera integrata e sostenibile. La rete istituzionale e scientifica garantisce qualità, coerenza e trasferibilità, mentre l'allineamento con gli indirizzi regionali assicura una perfetta integrazione con il sistema dei servizi sociosanitari. Il valore aggiunto non è soltanto nella risposta al bisogno immediato dell'utente, ma anche e soprattutto nel coltivare un setting ristretto intorno alla persona con demenza con lo scopo di preservare il benessere psico-fisico dell'utente stesso e di tutta la sua rete familiare.

ELEMENTI DI SOSTENIBILITA', TRASFERIBILITA' E REPLICABILITA'

La sostenibilità del progetto si fonda su basi metodologiche ed economiche già consolidate e presenti in altri progetti sperimentali poi divenuti Unità d'offerta del sistema sociosanitario regionale e, per questo, si ritiene possano essere garanzia di tenuta nel medio-lungo periodo e possano facilitare la trasformazione del PCA in modello strutturale del sistema sociosanitario lombardo.

Il riferimento adottato per la valutazione della sostenibilità del progetto è rappresentato dalla **DGR n. 7769 di Regione Lombardia**, relativamente all'esperienza della misura **RSA Aperta**. Le tariffe utilizzate all'interno del progetto sono infatti coerenti e aderenti alle griglie di riferimento di tale misura. La volontà di non impostare un sistema tariffato ex novo ha lo scopo di garantire la **sostenibilità** economica per "proprietà transitiva": Regione Lombardia ha già validato e diffuso il modello RSA Aperta come sostenibile e meritevole di implementazione, quindi anche il progetto "Rete PCA" – che ne condivide le logiche di voucherizzazione, presa in carico personalizzata e integrazione tra servizi – risulta altrettanto sostenibile.

Le azioni preventivate nel progetto comprendono le prestazioni sociosanitarie distrettuali definite dall'art. 27 del DPCM del 12/01/2017 dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Inoltre gli interventi erogati nei confronti dei pazienti arruolati potranno avere impatto sugli indicatori come da NSG come indicato a pag. 12.

Dal punto di vista economico, la logica del **voucher** assicura sostenibilità, ma anche una flessibilità di rimodulazione delle risorse assegnate qualora si ritenesse il progetto meritevole di una prosecuzione anche dopo la fase sperimentale; l'istituzione può infatti decidere di ritardare la durata della presa in carico, il target di utenti da includere, il valore del singolo voucher così da intervenire facilmente sul budget complessivo da assegnare alla misura.

Un ulteriore elemento di sostenibilità, in questo caso non economica ma di sistema, riguarda la **gestione delle liste d'attesa** per l'accesso ai servizi sociosanitari residenziali.

Il progetto si propone non tanto di risolvere integralmente il problema, quanto piuttosto di **mitigare l'impatto delle liste d'attesa** offrendo una presa in carico immediata alle persone con demenza e ai loro caregiver. In questo modo si riduce il periodo di latenza tra la domanda di inserimento e l'accesso effettivo alla struttura, garantendo al contempo continuità di cure e supporto al nucleo familiare.

Il progetto è stato concepito in modo da essere immediatamente **trasferibile** a tutti i soggetti che compongono l'unità sociosanitaria regionale lombarda. La struttura modulare del PCA, la presenza del punto di accoglienza e l'utilizzo di strumenti di teleassistenza consentono infatti di replicare facilmente la metodologia senza necessità di investimenti straordinari. La trasferibilità è ulteriormente favorita dall'adozione di procedure e strumenti già **armonizzati con il sistema regionale**, come i criteri di eleggibilità, la logica di voucherizzazione e il coinvolgimento del caregiver come protagonista della presa in carico.

La **replicabilità** del progetto risulta quindi agevolata dal fatto che lo schema di rendicontazione e di assegnazione delle risorse voucher è analogo a quello già adottato per RSA Aperta. Gli enti gestori, già formati su tale modalità, potranno facilmente integrare la nuova progettualità senza dover sviluppare ex novo sistemi di monitoraggio o rendicontazione, riducendo tempi di implementazione e costi organizzativi.

In prospettiva, qualora Regione Lombardia decidesse di **mettere a sistema** il progetto "Rete PCA", il modello potrebbe essere replicato con rapidità su scala provinciale e regionale. In tal caso sarebbe sufficiente ritarare la valorizzazione dei voucher – in termini di durata, importo unitario, numero di beneficiari – in modo da adeguare il progetto in base alle risorse disponibili e agli obiettivi di programmazione regionale.

A conferma della sua coerenza istituzionale, la replicabilità è destinata a consolidarsi attraverso l'introduzione del progetto come **pacchetto specifico all'interno della misura RSA Aperta, o affiancata alla stessa, nel triennio successivo alla sperimentazione (2027–2029)**, garantendone la piena istituzionalizzazione, la sostenibilità economica e la stabilità operativa all'interno della rete dei servizi sociosanitari lombardi.

Un ulteriore elemento di rafforzamento della replicabilità riguarda la sistematizzazione, al termine della sperimentazione, dell'intero corpus documentale prodotto nell'ambito della rete PCA. Tutto il materiale implementato durante tutto il periodo di sperimentazione – protocolli operativi, procedure clinico-assistenziali, format del PCA, FASAS, documenti di monitoraggio, analisi quantitative e qualitative, report delle VMD e customer satisfaction – confluirà in uno strumento organico e strutturato, finalizzato alla capitalizzazione dell'esperienza. La formalizzazione delle buone prassi permetterà di disporre di un modello standardizzato e coerente con gli indirizzi regionali, facilmente trasferibile e immediatamente applicabile da parte di altri enti gestori. Il risultato sarà un framework metodologico replicabile, corredato da strumenti operativi e indicatori, in grado di garantire uniformità nell'applicazione, continuità assistenziale e sostenibilità del modello anche oltre la fase sperimentale.

Proposte Integrative:

- Sostenibilità **tecnologica**: l'utilizzo di strumenti di teleassistenza e telemonitoraggio consente di ridurre i costi diretti (interventi in loco presso il domicilio dell'utente) e indiretti (ricoveri impropri, accessi in ospedale) e aumenta l'efficienza dell'intervento (percezione di essere preso in carico immediatamente senza dover accedere a liste d'attesa).
- Sostenibilità **formativa**: la formazione dei caregiver genera un effetto moltiplicatore, poiché le competenze acquisite restano patrimonio delle famiglie anche oltre la durata del progetto, riducendo il bisogno di interventi futuri e aumentando il grado di consapevolezza dei soggetti coinvolti.

Il Legale Rappresentante o Soggetto
delegato alla firma

AREA PROGETTUALE

Disabilità e non autosufficienza

TITOLO DEL PROGETTO

Centro diurno per minori con disabilità - progetto "Il Granaio e i voli possibili"

ENTE TITOLARE/CAPOFILA DEL PROGETTO

Fondazione Angelo Custode, Bergamo

RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DEL PROGETTO

Nome e Cognome: Maria Luisa Galli

Indirizzo e-mail: marialuisa.galli@fondazioneangelocustode.it

Telefono: 035 0072145 / 393 8556299

DESCRIZIONE SINTETICA – ABSTRACT DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

Il Centro Diurno per Minori con Disabilità "**Il Granaio**", promosso dalla Fondazione Angelo Custode, nasce come risposta innovativa ai bisogni emergenti del territorio bergamasco, caratterizzato da un crescente numero di bambini e ragazzi con disabilità complesse, in particolare disturbi del neurosviluppo e dello spettro autistico.

Il progetto innovativo "Il Granaio e i voli possibili", parte integrante del CDD IL GRANAIO, intende proporre e realizzare un luogo protetto ma aperto, capace di coniugare **educazione, riabilitazione, inclusione sociale e sostegno alle famiglie** in un percorso unitario e personalizzato. Il centro con questa proposta non si limita a fornire assistenza, ma propone un modello di intervento globale, multidisciplinare e flessibile, volto a sviluppare le autonomie quotidiane, scolastiche, domestiche e relazionali dei minori.

Uno degli elementi distintivi del progetto è l'utilizzo di **ambienti immersivi multisensoriali**, che permettono ai bambini e ai ragazzi di sperimentare in sicurezza situazioni reali della vita quotidiana (attraversare la strada, fare la spesa, prendere un autobus, recarsi dal medico), con la possibilità di ripetere, esercitare e consolidare competenze trasferibili al contesto familiare e scolastico. Accanto a ciò, il centro offre **laboratori domestici e scolastici integrati**, attività motorie e di socializzazione, percorsi in piscina riabilitativa e nel giardino sensoriale, nonché attività creative ed espressive finalizzate al benessere e alla regolazione emotiva.

La **famiglia** è posta al centro del progetto: i genitori sono coinvolti tramite percorsi di **parent training** e momenti di confronto con l'equipe multidisciplinare, così da diventare co-educatori attivi; fratelli e sorelle vengono riconosciuti come risorsa educativa ed emotiva, con attività specifiche dedicate a valorizzarne il ruolo.

Il progetto si inserisce in una **rete di partenariato istituzionale e sociale** che comprende scuole, servizi socio sanitari, associazioni di famiglie e comunità locali, creando una "**comunità educante**" capace di accompagnare i minori e le loro famiglie lungo percorsi di crescita e inclusione.

L'iniziativa è pienamente coerente con le priorità del **Piano Sociosanitario Regionale 2024–2028** della Regione Lombardia e con i **LEA (DPCM 12/01/2017)** e con il **nuovo sistema di garanzia per l'assistenza sanitaria (NSG)-Ministero della Salute – Decreto 12 marzo 2019-** che pongono al centro lo sviluppo dell'autonomia, il sostegno alle famiglie e l'integrazione dei servizi.

In sintesi, il Centro Diurno con il progetto "Il granaio e i voli possibili" rappresenta:

- un **polo innovativo** che integra approcci educativi, riabilitativi e tecnologici;
- un **luogo di sostegno** per le famiglie, che trovano sollievo, formazione e inclusione;
- un **laboratorio di vita** in cui i minori con disabilità possono crescere, sperimentare e acquisire competenze concrete, migliorando la loro qualità di vita e quella del nucleo familiare;
- una **buona pratica replicabile** in altri territori, con un modello sostenibile, trasferibile e allineato alle politiche regionali.

DESCRIZIONE DEL CONTESTO E ANALISI DEL BISOGNO TERRITORIALE

Quadro territoriale.

Nel territorio bergamasco si osserva un progressivo aumento dei bisogni educativi e sociosanitari in età evolutiva, con particolare incidenza dei disturbi del neurosviluppo (compreso lo spettro autistico) e di quadri di disabilità complessa e multipla. A crescere non è solo il numero dei minori seguiti, ma anche la **complessità dei profili di funzionamento** (comorbidità, bisogni comunicativi specifici, regolazione emotiva, difficoltà di generalizzazione), che richiede interventi coordinati, continuativi e ad **alta integrazione** tra scuola, servizi sociosanitari, famiglia e comunità.

Bisogni dei minori.

I bambini e i ragazzi con disabilità presentano esigenze che attraversano più domini:

- **Autonomie personali e quotidiane** (igiene, alimentazione, vestizione, gestione dei tempi e delle transizioni).
- **Competenze scolastiche e organizzative**, con bisogno di strategie personalizzate e strumenti compensativi.
- **Autonomie domestiche e abitative**, da esercitare in contesti realistici e protetti.
- **Relazioni e socializzazione**, spesso ostacolate da difficoltà comunicative e regolative.
- **Regolazione emotiva e sensoriale**, che beneficia di ambienti strutturati, prevedibili e gradualmente sfidanti.
Un nodo ricorrente è la **generalizzazione**: abilità apprese in setting clinici o scolastici faticano a trasferirsi nella vita quotidiana, specie in assenza di continuità educativa e di pratiche condivise con la famiglia.

Bisogni delle famiglie.

I caregiver sperimentano un **carico assistenziale elevato** e continuo, con rischio di isolamento e burn-out. Servono:

- **Sollievo concreto** (tempi e servizi flessibili, coerenti con la vita familiare e scolastica).
- **Competenze educative** (parent training, strumenti pratici di gestione e comunicazione, CAA).
- **Sostegno psico-sociale e reti tra pari**, per contrastare solitudine e frammentazione.
È rilevante anche il bisogno, spesso non intercettato, di **fratelli e sorelle**, che vivono la disabilità in modo quotidiano e possono diventare risorsa educativa se adeguatamente coinvolti e riconosciuti.

Scuola e servizi: criticità di sistema.

La scuola inclusiva del territorio rappresenta un presidio fondamentale, ma segnala:

- necessità di **strategie strutturate** per comportamenti, comunicazione e autonomie;
- **discontinuità** tra interventi scolastici, terapeutici e familiari;
- carenza di **spazi esperienziali** per allenare abilità di vita quotidiana in modo sicuro e ripetibile.
Anche i servizi sociosanitari evidenziano la necessità di **modelli integrati** che riducano duplicazioni, liste d'attesa e ricorso improprio a prestazioni sanitarie quando il bisogno è primariamente educativo-abilitativo.

Gap dell'offerta attuale.

Sebbene il territorio disponga di realtà qualificate, permangono parzialità **operative**:

- scarsità di contesti **semiresidenziali** dedicati ai minori con disabilità complesse, capaci di integrare quotidianità, riabilitazione e inclusione;
- limitata disponibilità di **ambienti immersivi multisensoriali** per la simulazione protetta di scenari reali;
- insufficiente **formalizzazione della continuità** scuola-famiglia-servizi e della **valorizzazione del ruolo familiare composto da genitori e fratelli**;
- orari e modalità dei servizi non sempre **flessibili** rispetto ai ritmi scolastici e ai bisogni della famiglia.

Coerenza normativa e indirizzi regionali.

Il bisogno territoriale si colloca entro le priorità del **Piano Sociosanitario Regionale 2024–2028**, che promuove autonomia, integrazione e sostegno ai caregiver; è coerente con i **LEA (DPCM 12/01/2017)** per gli interventi socio-riabilitativi e con il quadro evolutivo introdotto dalla **L. 227/2021** e **D.Lgs. 62/2024** in tema di progetto di vita e personalizzazione degli interventi.

Il valore aggiunto del progetto “ Il granaio e i voli possibili”.

Il Centro risponde ai bisogni precedentemente individuati con un **modello unitario** che:

- integra **ambienti di vita reale** (laboratori domestici, giardino sensoriale, piscina riabilitativa) e **ambienti immersivi** per l'allenamento sicuro e ripetibile delle abilità;
- attiva **percorsi personalizzati** orientati alla generalizzazione nelle case e nelle scuole;
- mette la **famiglia al centro** (parent training, coinvolgimento dei fratelli/sorelle);
- opera in **rete formale** con scuole, ASST, NPIA, associazioni e comunità;
- adotta **metodologie evidence-based** (analisi del comportamento, CAA, protocolli di monitoraggio) con valutazione di esito e impatto.

In sintesi, il contesto bergamasco esprime un bisogno chiaro di **servizi diurni altamente integrati e flessibili** per minori con disabilità complesse. Il centro diurno colma questo gap, offrendo un **polo di competenza** capace di migliorare le traiettorie di sviluppo dei minori, **alleggerire** il carico delle famiglie e **rafforzare** l'ecosistema territoriale dell'inclusione.

ESPLICITAZIONE DEL TARGET E DEI DESTINATARI POTENZIALI DELL'INIZIATIVA ESPLICITANDO I CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Destinatari diretti.

Il Centro Diurno “Il Granaio” a regime accoglierà 25 minori di età compresa tra i **4 e i 18 anni** con disabilità complesse, certificati ai sensi della normativa vigente. I profili principali attesi sono:

- disturbi del neurosviluppo (autismo, disabilità intellettiva, disturbi specifici della comunicazione e dell'apprendimento con quadri complessi);
- disabilità neuromotorie e sensoriali, neuromuscolari, neurogenerative e cerebrolesioni, anche con comorbidità;
- quadri di compromissione che richiedono percorsi di continuità assistenziale, al fine di ridurre il ricorso alle ospedalizzazioni o gli accessi impropri alle cure ospedaliere.

Nel progetto di sperimentazione “ Il granaio e i voli possibili”, per il primo anno, viene proposta l'accoglienza di 10 minori al fine di verificare l'efficacia della metodologia e della proposta operativa, nonché la richiesta del territorio e il lavoro sinergico con le scuole, la famiglia e la comunità. Il monitoraggio in itinere e la verifica dei risultati permetterà di apportare le necessarie modifiche per ampliare la proposta e l'obiettivo è quello di arrivare in breve tempo a 25 minori presenti al CDD.

L'ammissione sarà regolata da:

- valutazione multidisciplinare (clinica, educativa e sociale) condivisa tra Fondazione, servizi invianti (NPIA - Servizio sociale-scuola-ASST) e famiglia;
- coerenza tra bisogni del minore e obiettivi del progetto individualizzato (PEI);
- disponibilità di risorse adeguate a garantire sicurezza e qualità dell'intervento.

Criteri di eleggibilità principali:

1. Età compresa tra 4 e 18 anni.
2. Presenza di certificazione di disabilità complessa o fragilità assimilabile (diagnosi NPIA o servizi specialistici).
3. Residenza o frequenza scolastica nel territorio bergamasco e zone limitrofe.

4. Necessità di interventi integrati educativi, riabilitativi e socializzanti, ad integrazione e sostegno dell'intervento svolto a scuola o in altri servizi.
5. Impegno delle famiglie a collaborare con responsabilità nel percorso (partecipazione a incontri di parent training e co-progettazione e condivisione degli obiettivi educativi).

Famiglie come destinatari.

Il progetto "Il Granaio e i voli possibili" coinvolge in modo strutturato i **genitori** (parent training, sostegno psico-educativo, reti tra pari) e i **fratelli/sorelle**, riconosciuti come risorsa educativa ed emotiva, con attività dedicate.

Destinatari indiretti.

- **Scuole:** che potranno beneficiare di protocolli condivisi e strategie educative trasferibili in classe (sganciamento anche di un operatore del CDD) o di percorsi di piccoli gruppi classe svolti direttamente presso il CDD
- **Servizi sociosanitari:** che troveranno nel Centro un interlocutore per ridurre frammentazione e duplicazioni.
- **Comunità territoriali:** associazioni di varie identità (di volontariato, di familiari, ecc.), oratori, biblioteche, musei e realtà culturali e sportive, che diventeranno parte di una "comunità educante".

Inclusività.

Il progetto garantisce criteri di accesso equi, con attenzione a:

- famiglie con maggior fragilità socio economica;
- situazioni di isolamento territoriale o carenza di risposte locali;
- minori che, senza interventi strutturati, rischierebbero esclusione sociale e regressione o non sviluppo di potenziali autonomie.

In sintesi, i destinatari sono i minori con disabilità e le loro famiglie, ma l'iniziativa si estende a tutto l'ecosistema educativo e sociale del territorio, rafforzando la rete e promuovendo **un modello inclusivo e comunitario di presa in carico**.

AZIONI ED INTERVENTI: DESCRIZIONE DETTAGLIATA, OBIETTIVI, INDICATORI DI ESITO PREVISTI

Le attività che verranno descritte fanno riferimento ai seguenti LEA- Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017)

- Art. 21 Percorsi assistenziali integrati
- Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie
- Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria
- Art. 27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità
- Art. 30 Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti
- Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo
- Art 34- trattamenti socio-riabilitativi e mantenimento delle abilità funzionali residue

Gli articoli sopradescritti vengono specificati in ogni attività di riferimento.

Inoltre si può trovare una connessione anche in ambito sanitario, proprio per il livello di complessità e comorbidità diagnostica, attraverso il nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria -NSG-(19A03764) P14C- indicatore composito sugli stili di vita

Attività 1 – Attività sui bisogni primari

- **Obiettivo specifico:** sviluppare autonomie di base (cura di sé, igiene personale, alimentazione, gestione delle routine).
- **Descrizione:** accompagnamento quotidiano nelle routine (vestizione/svestizione, igiene, pranzo, bagno sensoriale). Ogni momento diventa occasione educativa per favorire autonomia, responsabilità e gestione del tempo.
- **LEA di riferimento:** Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria" attività K; art.27 h "Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità"; art. 34 c- trattamenti socio-riabilitativi e mantenimento delle abilità funzionali residue
- **Indicatore di esito:** ≥70% dei minori riconosce e svolge con la supervisione dell'operatore almeno 2 nuove autonomie personali nel corso dell'anno.

Attività 2 – Laboratori domestici e abitativi

- **Obiettivo specifico:** allenare competenze domestiche e sociali in grado di far sperimentare autonomie (differenziate in base alla tipologia di diagnosi presente) e preparare e abilitare gradualmente a scenari di vita
- **Descrizione:** i minori sperimentano attività quotidiane in base alle loro caratteristiche (approccio alla cucina, riordinare, differenziare rifiuti, riconoscere gli ambienti, ecc) in ambienti attrezzati.
- **LEA di riferimento:** Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria" attività K; art.27 h "Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità"; art. 34 c- trattamenti socio-riabilitativi e mantenimento delle abilità funzionali residue
- **Indicatore di esito:** ≥60% dei minori coinvolti riesce a riconoscere le fasi dell'attività proposta portando a compimento il compito richiesto con il supporto dell'operatore (es. apparecchiare e sparecchiare).

Attività 3 – Ambienti immersivi multisensoriali

- **Obiettivo specifico:** favorire l'acquisizione protetta di abilità di vita reale e ridurre fatiche e criticità legate a contesti nuovi.
- **Descrizione:** simulazioni immersive di situazioni quotidiane (es. schema giornata riconoscendo gli ambienti e le attività proposte, percorso casa / scuola, ecc.). Le attività sono personalizzate e ripetibili, con rinforzi positivi.

- **LEA di riferimento:** Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria" attività K; art.27 h "Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità"; Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo ; art. 34 c- trattamenti socio-riabilitativi e mantenimento delle abilità funzionali residue
 - **Indicatore di esito:** almeno il 60% delle competenze allenate in ambiente immersivo vengono generalizzate con il supporto di un care giver nel contesto reale (scuola, casa, territorio).
-

Attività 4 – Attività motorie, piscina riabilitativa e giardino sensoriale

- **Obiettivo specifico:** migliorare motricità, regolazione emotiva e benessere psicofisico.
 - **Descrizione:** esercizi motori adattati (es. schemi di movimento omologhi e di coordinamento, movimenti eterologhi degli arti superiori, ecc.), giochi cooperativi, attività in piscina riabilitativa (idroterapia, rilassamento) e percorsi nel giardino sensoriale.
 - **LEA di riferimento:** Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria" attività K; art.27 h "Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità"; Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo ; art. 34 c- trattamenti socio-riabilitativi e mantenimento delle abilità funzionali residue
 - **Indicatore di esito:** ≥70% dei minori mostra miglioramenti nella coordinazione e nella regolazione emotiva, misurati tramite scale osservative.
-

Attività 5 – Laboratori scolastici integrati

- **Obiettivo specifico:** supportare le competenze scolastiche e favorire inclusione educativa.
 - **Descrizione:** attività personalizzate determinate da competenze cognitive peculiari per ogni minore, da bisogni specifici e dal percorso evolutivo, in collaborazione con insegnanti e famiglie.
 - **LEA di riferimento :** Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie; Art. 25 lettera q "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria
 - **Indicatore di esito:** ≥60% dei minori mostra progressi nelle abilità scolastiche o nelle strategie organizzative, valutati da docenti ed educatori.
-

Attività 6 – Laboratori creativi ed espressivi

- **Obiettivo specifico:** stimolare espressione emotiva e creatività.
 - **Descrizione:** musica, arte, teatro, narrazione. Gli strumenti espressivi diventano veicoli per comunicare emozioni e sviluppare autostima. Utilizzo della CAA con simboli bidimensionali e tridimensionali (anche con il supporto della tecnologia)
 - **LEA di riferimento:** Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie; Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria; Art. 27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità ; Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo ; Art 34- trattamenti socio-riabilitativi e mantenimento delle abilità funzionali residue
 - **Indicatore di esito:** ≥60% dei minori coinvolti aumenta capacità di espressione e riduce comportamenti disfunzionali (aggressività, fuga, ecc.)
-

Attività 7 – Parent training per i genitori

- **Obiettivo specifico:** rafforzare le competenze educative dei genitori e ridurre lo stress familiare.
 - **Descrizione:** percorsi formativi e pratici, con supervisione dell'equipe multidisciplinare, per trasferire a casa le strategie sperimentate al centro.
 - **LEA di riferimento:** Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria; Art. 27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità ; Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria e del neurosviluppo ; Art 34- trattamenti socio-riabilitativi e mantenimento delle abilità funzionali residue
 - **Indicatore di esito:** ≥80% dei genitori dichiara un miglioramento delle proprie competenze educative e una riduzione del carico percepito (questionari pre/post).
-

Attività 8 – Percorsi per fratelli e sorelle

- **Obiettivo specifico:** valorizzare i fratelli come risorsa educativa ed emotiva.
 - **Descrizione:** laboratori e spazi di confronto dedicati ai fratelli/sorelle, per rafforzare la relazione fraterna ed elaborare vissuti complessi.
 - **LEA di riferimento:** Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria; Art. 27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità ; Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria e del neurosviluppo
 - **Indicatore di esito:** ≥70% dei fratelli coinvolti riferisce miglioramento della relazione e riduzione di vissuti di esclusione.
-

Attività 9 – Collaborazioni con scuole e territorio

- **Obiettivo specifico:** costruire una comunità educante e garantire continuità educativa.
- **Descrizione:** protocolli di collaborazione con scuole, uscite sul territorio (biblioteche, musei, oratori), attività condivise con enti e associazioni locali.
- **LEA di riferimento:** Art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria; Art. 27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità ; Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria e del neurosviluppo
- **Indicatore di esito:** stipula di almeno 4 percorsi di collaborazione con scuole/enti territoriali; aumento del 50% delle esperienze di inclusione sociale monitorate.

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO E TEMPISTICA RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Durata complessiva.

Il progetto innovativo del Centro Diurno per Minori con Disabilità "Il Granaio e i voli possibili" ha una durata di **12 mesi** con inizio prevista dal 3 novembre 2025 e termine 2 novembre 2026.

L'arco annuale consente di realizzare le attività previste in modo completo, assicurando:

- un avvio graduale e strutturato dei minori e delle famiglie;
 - la piena operatività delle attività educative, riabilitative e di sostegno familiare;
 - la valutazione degli esiti raggiunti;
 - la definizione di strumenti e protocolli replicabili a fine percorso.
-

Fasi principali e obiettivi intermedi

- **Fase 1 – Avvio e predisposizione (mesi 1-2)**
 - Definizione dei criteri di accesso e selezione dei minori.
 - Elaborazione dei **Progetti Educativi Individualizzati (PEI) considerando le indicazioni anche del Progetto di Vita.**
 - Allestimento e configurazione di ambienti immersivi, laboratori e spazi riabilitativi.
 - Formazione iniziale dell'equipe multidisciplinare.
 - **Obiettivo intermedio:** almeno il 50% dei minori presi in carico con PEI attivo.
- **Fase 2 – Attivazione e sperimentazione (mesi 3-6)**
 - Avvio delle attività quotidiane: laboratori domestici, scolastici, creativi, motori e socializzanti.
 - Prime simulazioni negli ambienti immersivi multisensoriali.
 - Avvio del **parent training** e delle attività dedicate ai fratelli/sorelle.
 - Attivazione di collaborazioni con scuole e territorio.
 - **Obiettivo intermedio:** almeno il 70% dei minori inseriti attivi in 3 aree (autonomie personali, scolastiche, relazionali).
- **Fase 3 – Consolidamento (mesi 7-10)**
 - Generalizzazione delle competenze dal centro alla casa e alla scuola.
 - Estensione e intensificazione dei percorsi in piscina riabilitativa e giardino sensoriale.
 - Monitoraggio continuo con strumenti di osservazione e scale validate.
 - **Obiettivo intermedio:** almeno il 60% dei minori mostra progressi misurabili nelle autonomie quotidiane e nella regolazione emotiva.
- **Fase 4 – Valutazione e capitalizzazione (mesi 11-12)**
 - Raccolta e analisi dei dati sugli indicatori di processo, esito e impatto.
 - Restituzione dei risultati a famiglie, scuole e servizi.
 - Formalizzazione del modello come **buona pratica territoriale**, con linee guida replicabili.
 - **Obiettivo finale:** documentare miglioramenti significativi nei minori e riduzione del carico familiare, con coinvolgimento stabile della rete.

Tempistica di raggiungimento degli obiettivi chiave

- **Obiettivo 1 – Inserimento minori e predisposizione PEI** → entro il mese 2.
- **Obiettivo 2 – Avvio completo delle attività educative, riabilitative e familiari** → entro il mese 6.
- **Obiettivo 3 – Generalizzazione competenze e consolidamento autonomie** → entro il mese 10.
- **Obiettivo 4 – Valutazione finale e definizione modello replicabile** → entro il mese 12.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

Mes e	Attività principali	Obiettivi intermedi
1	Avvio progetto, selezione minori, definizione criteri di accesso.	Costruzione prime schede di valutazione.
2	Elaborazione PEI individualizzati; formazione iniziale equipe.	Almeno 50% minori con PEI attivo.
3	Avvio laboratori quotidiani (autonomie personali, scolastiche, sociali). Prime simulazioni negli ambienti immersivi.	Attivazione 3 aree di intervento per ogni minore inserito.
4	Attività creative ed espressive; avvio parent training genitori; primi incontri per fratelli/sorelle.	Coinvolgimento famiglie nei percorsi.
5	Attività motorie e piscina riabilitativa; attivazione protocolli con scuole e territorio.	Formalizzazione delle prime collaborazioni esterne.
6	Consolidamento laboratori scolastici integrati e domestici.	Almeno il 70% dei minori attivi in percorsi multidimensionali.
7	Generalizzazione delle competenze: esercitazioni a casa e a scuola.	Evidenze di trasferimento in contesti di vita reale.
8	Potenziamento giardino sensoriale e uscite sul territorio (biblioteca, museo, oratorio).	Incremento inclusione sociale.
9	Monitoraggio con scale validate (autonomie, relazioni, regolazione emotiva).	Report intermedio con dati quantitativi e qualitativi.
10	Intensificazione attività esperienziali (ambienti immersivi, laboratori domestici avanzati).	≥60% minori mostra progressi in autonomie quotidiane.
11	Raccolta sistematica dati e questionari a famiglie e scuole.	Evidenze su impatto familiare e scolastico.
12	Restituzione finale, capitalizzazione risultati, linee guida replicabili.	Obiettivo finale: modello validato come buona pratica territoriale.

STRUMENTI E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' –

VALUTAZIONE: INDICATORI QUANTI E QUALITATIVI DI PROCESSO, DI ESITO E DI IMPATTO

Il sistema di monitoraggio del progetto "Il Granaio e i voli possibili" è pensato per garantire un controllo costante dell'andamento delle attività, sulla qualità degli interventi e sull'impatto sui minori, sulle famiglie e sulla comunità. La valutazione si fonda su un approccio **integrato e multidimensionale**, con indicatori quantitativi e qualitativi, strumenti diversificati e procedure di restituzione condivisa con famiglie, scuole e partner.

1. Indicatori di processo

Misurano la **realizzazione delle attività** e la qualità organizzativa.

- Numero di minori inseriti rispetto alla capienza (target: 10).
 - Numero e tipologia di attività attivate (laboratori, ambienti immersivi, parent training).
 - Ore totali di intervento educativo/riabilitativo erogate.
 - Partecipazione delle famiglie (n. incontri, tasso di adesione).
 - N. collaborazioni formalizzate con scuole e servizi territoriali.
 - Regolarità riunioni di equipe multidisciplinare (almeno mensili).
-

2. Indicatori di esito

Valutano i **cambiamenti osservabili** sui destinatari diretti.

- Percentuale di minori che acquisiscono almeno 2 nuove autonomie quotidiane.
 - Incremento delle competenze scolastiche (osservazioni docenti, PEI).
 - Miglioramento della regolazione emotiva (scale di osservazione educativa).
 - Partecipazione attiva a giochi e attività di gruppo (+50% rispetto all'ingresso).
 - Genitori che dichiarano aumento delle proprie competenze educative ($\geq 80\%$).
 - Fratelli/sorelle che riferiscono maggiore coinvolgimento e qualità delle relazioni ($\geq 70\%$).
-

3. Indicatori di impatto

Misurano gli effetti a medio-lungo termine sul sistema familiare, scolastico e comunitario.

- Riduzione del carico assistenziale percepito dalle famiglie (scale di stress caregiver).
 - Maggiore continuità educativa scuola–centro–casa (accordi e PEI integrati).
 - Riduzione della frammentarietà degli interventi sociosanitari (n. duplicazioni evitate).
 - Incremento della partecipazione dei minori ad attività comunitarie ($\geq 50\%$ dei partecipanti coinvolti in uscite/inclusione esterna).
 - Riconoscimento del progetto come buona pratica a livello territoriale/regionale.
-

4. Strumenti di raccolta dati

Per garantire oggettività e comparabilità, saranno utilizzati strumenti diversificati:

- **Schede di osservazione strutturate** (competenze di autonomia, relazionali, emotive).
 - **Griglie CAA e analisi del comportamento** per valutazione delle abilità comunicative e comportamentali.
 - **Questionari standardizzati** rivolti a genitori e insegnanti (stress familiare, soddisfazione, empowerment).
 - **Scale validate** (es. Vineland Adaptive Behavior Scales, Parenting Stress Index).
 - **Registri presenze e attività** per monitorare continuità e frequenza.
 - **Report semestrali di equipe** con analisi quantitativa e qualitativa.
-

5. Modalità di monitoraggio

Il monitoraggio si sviluppa su tre livelli:

- **Continuo:** osservazioni quotidiane da parte degli educatori e raccolta dati nelle schede di attività.
- **Periodico:** riunioni mensili di equipe multidisciplinare con aggiornamento degli obiettivi individuali.
- **Intermedio e finale:** report semestrale e conclusivo, con restituzione dei risultati a famiglie, scuole, ASST e partner territoriali.

Il coordinatore del progetto garantisce la coerenza metodologica e supervisiona la raccolta e l'analisi dei dati. Tutte le informazioni vengono archiviate in forma anonima e aggregate, nel rispetto della normativa GDPR, per permettere confronti nel tempo e dimostrare l'impatto del progetto a livello individuale, familiare e comunitario.

Voci di costo	Attività	(A) Spese sostenute con il contributo regionale	(B) Spese sostenute da: B x (Fondazione Angelo Custode) + B y (contributo utenti)
a) Costi per Personale (suddividere analiticamente per tipologia di personale es. personale sanitario, personale sociosanitario, addetto all'assistenza, addetto ai beni e servizi sanitari, addetto all'attività di supporto, precisando le qualifiche degli operatori coinvolti e l'impegno orario)	Personale sanitario: Infermiere – 228 oreX27€/h Educatore sanitario – 1.010 oreX24€/h OSS- 2.068 oreX21€/h Fisioterapista- 188 oreX27€/h Terapista della riabilitazione psichiatrica-470 oreX27€/h Personale socio-sanitario: Educatore -4040 ore X 24€/h Psicologo-92 oreX48€/h Assistente sociale- 80 ore X27€/h Coordinamento – 376 ore X 30€/h Azione di monitoraggio 282 ore X 30€/h	€ 6.156 € 24.240 € 43.428 € 5.076 € 12.690 €96.960 € 4.416 € 3.807 Tot. € 196.773	€ 11.280 € 8.460 Tot. € 19.740
e) Costi per acquisto di strumenti\servizi specifici per la realizzazione degli interventi	Risorse umane: Analista del comportamento- 188 ore X€ 50h Esperto in CAA- 141 ore X € 50/h Tecnico informatico-329 ore X € 50/h Acquisto di strumenti operativi (materiale CAA, ecc.) Strumentazione informatica Oggettistica multisensoriale Licenza applicativi specifici, interventi formativi Servizi specifici (piscina, laboratori, attività territoriali, progetti con le scuole, ecc)	€ 9.400 € 7.050 € 16.450 Tot. € 32.900 € 10.327 Tot. € 10.327	€ 30.000 € 30.000 € 10.000 € 20.000 Tot. € 90.000
f) Spese generali di funzionamento e gestione del progetto (escluse attività di coordinamento e monitoraggio del progetto)	Ristorazione Pulizie Utenze Interventi manutentivi		€ 8.000 € 15.000 € 15.000 € 7.889 Tot. € 45. 889
TOTALE (C) = (A)+ (B x+B y)		€ 395.629	
DI CUI CONTRIBUTO REGIONALE (80% costo totale) (A)		€ 240.000	
DI CUI COFINANZIAMENTO (almeno 20% del costo complessivo) (B x)			€ 69.229
DI CUI COMPARTECIPAZIONE DA PARTE DEI DESTINATARI* (costo coerente con quello previsto dai LEA DPCM 12/01/2017) (B y)			60 € /die x 10 minori X3 gg X 48 settimane = € 86.400 *

Si specifica che:

La somma di € 69.229 a carico dell'Ente andrà a coprire i seguenti costi		La somma di € 86.400 a carico dei destinatari andrà a coprire i seguenti costi:	
voce di costo f:		Voce di costo f:	
Interventi Manutentivi	€ 7.889	Ristorazione	€ 8.000
		Pulizie	€ 15.000
Voce di costo e:		Utenze	€ 15.000
Strumentazione informatica	€ 30.000		
Oggettistica multisensoriale	€ 1.600	Voce di costo e:	
Licenza applicativi	€ 10.000	Oggettistica multisensoriale	€ 28.400
		Servizi specifici	€ 20.000
Voci di costo a:		Totale	€ 86.400
Coordinamento	€ 11.280		
Monitoraggio	€ 8.460		
TOTALE	€ 69.229		

*In caso di compartecipazione dei destinatari alla spesa secondo un tariffario definito, l'Ente dovrà presentare uno studio dei costi che giustifichi l'importo della tariffa richiesta, garantendo una coerenza con i sistemi di remunerazione regionali in uso.

La determinazione della quota di compartecipazione delle famiglie è stata effettuata sulla base dei costi del servizio come riportati nella tabella sopra presentata, tenendo come riferimento l'importo in essere per la frequenza del CDD KOINONIA per adulti (della Fondazione Angelo Custode) determinata da una media di € 110.00 / € 115.00 al giorno

Occorre avere riferimento inoltre al diverso rapporto operatore / utente, necessario per un centro diurno destinato ai minori oltreché alle diverse figure che intervengono nel processo educativo che risulta meno di 1,5 utenti ad operatore.

ELEMENTI DI INNOVATIVITA' E INTEGRAZIONE NEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

Approccio multidisciplinare integrato

Il progetto utilizza un'équipe che comprende educatori, terapisti, psicologi, analisti del comportamento, infermieri, specialisti CAA, tecnici informatici, assistenti sociali. Questa pluralità di figure permette di affrontare la disabilità nei suoi aspetti educativi, clinici, comunicativi, motori, emotivi, sensoriali, in modo unitario, riducendo la frammentazione degli interventi. L'integrazione è non solo interna al centro, ma si estende verso la rete territoriale: scuole, servizi sanitari, associazioni di famiglie.

Uso di tecnologie immersive e strumenti innovativi

Uno degli elementi più distintivi è l'impiego di ambienti immersivi multisensoriali per simulazioni di situazioni di vita reale (attraversamenti, spostamenti, visite mediche, contesti domestici) che permettono:

- di allenare competenze in condizioni protette, con la possibilità di ripetere e modulare l'esperienza;
- di ridurre l'ansia legata a contesti nuovi o percepiti come difficoltosi;
- di favorire la generalizzazione degli apprendimenti in contesti esterni al centro (scuola, casa, territorio).

Queste tecnologie arricchiscono l'offerta riabilitativa ed educativa, rendendo "osservabili" cambiamenti che altrimenti resterebbero impliciti.

Modello di progetto di vita centrato sull'autonomia e la continuità

Il progetto non si limita all'intervento all'interno del Centro, ma prevede la **generalizzazione** delle competenze, con passaggi sistematici dall'ambiente protetto al contesto quotidiano: casa, scuola, comunità. Il progetto educativo individualizzato (PEI) non è statico ma evolve con il minore, con il monitoraggio continuo, con coinvolgimento familiare e scolastico.

Coinvolgimento attivo delle famiglie e dei fratelli/sorelle

Innovazione sostanziale sta nel fatto che le famiglie non sono solo destinatari passivi, ma co-educatori, partecipanti del progetto: parent training, momenti di supervisione, laboratori condivisi. I fratelli e le sorelle vengono riconosciuti come risorse emotive ed educative, non solo come "vicini di casa", ma come soggetti da valorizzare, sostenere, formare quando opportuno.

Flessibilità oraria e modalità di intervento modulare

Un punto debole dei servizi tradizionali è la rigidità oraria o dei tempi di intervento. Il progetto "Il Granaio e i voli possibili" prevede orari e modalità flessibili (frequenza parziale o completa, modalità giorno/semi-residenziale secondo esigenze, attività adattate a periodi particolari, come vacanze) che si adattano ai ritmi scolastici e familiari.

Integrazione con il territorio e le istituzioni scolastiche e sociosanitarie

- Formalizzazione di protocolli di collaborazione con scuole (per la condivisione di strategie, continuità educativa, supporto in classe).
- Collaborazione con ASST e servizi riabilitativi e sanitari per la definizione, verifica e validazione dei percorsi.
- Collegamenti con enti locali, comunità, associazioni culturali, volontariato, per uscite, attività comunitarie, esperienze inclusive.
- Possibile connessione con UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), con Aziende Sanitarie e Servizi Sociali per realizzare una presa in carico globale della persona.

Allineamento con normative, politiche regionali e linee guida nazionali

Il progetto è coerente con il Piano Sociosanitario Regionale, con i LEA (DPCM 12/01/2017), con le direttive legislative più recenti in tema di disabilità, progetto di vita, integrazione e inclusione. Questo non solo lo rende legittimo, ma facilita l'**accesso a fondi, convegni e riconoscimenti istituzionali**.

Innovazione organizzativa e sostenibilità

- Introduzione nella struttura di figure non sempre presenti nei servizi tradizionali (tecnici informatici per tecnologie assistive, ambienti immersivi, analisti del comportamento) che permettono una miglior qualità educativa e riabilitativa.

- Strutture fisiche già disponibili (piscina, giardino sensoriale, aiuto tecnologico) riducono i costi infrastrutturali aggiuntivi.
- Modello economico che prevede mix di contributi (regionale, cofinanziamenti, compartecipazioni), fundraising e possibili convenzioni per garantire la continuità anche dopo il termine del finanziamento iniziale.

Misurazione sistematica e documentazione degli esiti

Innovazione anche nel sistema di valutazione: uso di indicatori precisi, raccolta dati quantitativi e qualitativi, restituzioni periodiche, produzione di evidenza. Questo non solo serve per monitorare il percorso, ma diventa base per la replicabilità, per il confronto con buone pratiche di altri territori, e per il miglioramento continuo del servizio.

ELEMENTI DI SOSTENIBILITA', TRASFERIBILITA' E REPLICABILITA'

Sostenibilità

Il progetto "Il Granaio e i voli possibili" vuole configurarsi come servizio stabile e non solo come sperimentazione a termine. La sostenibilità si articola su più livelli:

- **Infrastrutturale e organizzativa:** la Fondazione Angelo Custode dispone già di spazi attrezzati (piscina riabilitativa, giardino sensoriale, ambienti immersivi multisensoriali, laboratori domestici) che garantiscono continuità di funzionamento anche oltre il periodo finanziato. L'équipe multidisciplinare è interna e già in parte operativa, riducendo i costi di avviamento e formazione.
- **Economica:** il modello di finanziamento si fonda su un mix equilibrato di risorse: contributi regionali, cofinanziamento della Fondazione, compartecipazione sostenibile da parte delle famiglie in coerenza con i LEA, fundraising e partnership con enti privati e comunità locali. Questa pluralità di fonti consente di contenere il rischio di interruzione del servizio.
- **Sociale e comunitaria:** il coinvolgimento attivo delle famiglie, delle scuole, delle associazioni e del volontariato territoriale genera un senso di corresponsabilità che alimenta la continuità del progetto e ne assicura la radicazione nel tessuto sociale bergamasco.

2. Trasferibilità

Il modello operativo del Centro Diurno presenta caratteristiche che lo rendono facilmente trasferibile in altri contesti:

- **Modularità degli interventi:** le attività previste (laboratori domestici, scolastici, creativi, ambienti immersivi, parent training, percorsi per fratelli) possono essere implementate singolarmente o in combinazione, adattandosi a realtà con risorse diverse.
- **Metodologie evidence-based:** approcci specialistici in riferimento all'analisi del comportamento, CAA, ambienti immersivi e attività sensoriali è basato su pratiche e strumenti consolidati e scientificamente validati, che possono essere adottate da altri centri con un percorso formativo adeguato.
- **Documentazione sistematica:** ogni attività sarà monitorata con strumenti quantitativi e qualitativi, producendo report e linee guida che costituiranno materiale utile per la diffusione del modello.
- **Presenza della rete territoriale:** la condivisione del progetto con l'Ufficio Scuola Provinciale, la rete Provinciale Disabilità, ADSM-FISM Bergamo, l'Università degli studi Bicocca e altre realtà territoriali con le quali si è avviato un dialogo di conoscenza finalizzato a collaborazioni future, favorisce, la trasferibilità in altre realtà, se non di tutto il modello, di particolari specificità che possono essere supporto e valore aggiunto.
- **Coerenza con politiche regionali e nazionali:** l'allineamento con il Piano Sociosanitario Regionale e con i LEA facilita la trasferibilità, perché garantisce compatibilità normativa e riconoscimento istituzionale.

3. Replicabilità

Il progetto “Il Granaio e i voli possibili” è pensato come **buona pratica replicabile** in altri territori lombardi e nazionali. La replicabilità si fonda su tre fattori:

1. **Scalabilità:** il modello può essere applicato in strutture più piccole o più grandi, selezionando i moduli più pertinenti in base al contesto (ad esempio attivando solo i laboratori domestici o solo la piscina riabilitativa).
2. **Formazione e know-how:** la Fondazione Angelo Custode e i partner sono disponibili a trasferire competenze a operatori di altri enti, attraverso programmi formativi e tutoraggio, rendendo possibile la diffusione del modello.
3. **Rete istituzionale:** la costruzione di una comunità educante (scuole, servizi sociosanitari, famiglie, associazioni) è replicabile ovunque, con adattamenti locali, ed è un punto di forza perché genera coesione sociale e integrazione dei servizi.

4. Visione di lungo periodo

La sostenibilità, la trasferibilità e la replicabilità del progetto non si limitano al livello operativo ma costruiscono un **cambiamento sistemico**:

- da un modello frammentato di presa in carico a un modello integrato e unitario;
- da un approccio assistenzialistico a un approccio centrato sulle autonomie, sulle potenzialità e sulla partecipazione attiva;
- da un servizio isolato a una rete territoriale coesa, capace di fare scuola anche ad altri territori.

In questo senso, il Progetto “Il Granaio dei voli possibili” si propone come **laboratorio regionale di innovazione**, in grado di generare impatto locale immediato ma anche di fornire linee guida per l'evoluzione dei servizi sociosanitari per la disabilità in Lombardia e in Italia.

Bergamo, 28 novembre 2025

Il Legale Rappresentante
Mons. Vittorio Nozza



Progetto Centro Diurno per minori con Disabilità

"IL GRANAIO e i voli possibili"



Sommario

Premessa di contesto	7
1. Introduzione e denominazione	7
1.1 Descrizione sintetica del progetto	9
2. Destinatari	11
2.1 Minori.....	11
2.1.1 Modalità di accesso	11
2.1.2 Criteri di ammissibilità	13
2.2 Famiglia	12
2.2.1 Genitori	12
2.2.2 Fratelli e sorelle.....	13
2.3 Destinatari indiretti	13
2.4 Una comunità educante	13
3. Obiettivi del progetto	14
3.1 Obiettivo generale.....	14
3.2 Obiettivi specifici per i minori	14
3.3 Obiettivi specifici per le famiglie	14
3.4 Obiettivi specifici per la rete territoriale	14
3.5 Coerenza con le politiche regionali	15
3.6 Il progetto di vita ovvero un progetto per la vita.....	15
4. Attività previste	16
4.1 Attività in riferimento ai bisogni primari.....	16
4.2 Laboratori domestici e abitativi	17
4.3 Attività motorie e di socializzazione	17
4.4 Laboratori scolastici integrati.....	17
4.5 Attività di benessere e regolazione emotiva.....	18
4.6 Laboratori creativi ed espressivi	18
4.7 Ambienti immersivi multisensoriali	18
4.8 Piscina riabilitativa	19
4.9 Giardino sensoriale	19

4.10 Parent training per i genitori.....	19
4.11 Percorsi dedicati a fratelli e sorelle	20
4.12 Collaborazioni con scuole e territorio	20
5. Metodologia	21
5.1 Apprendimento esperienziale e simulazione protetta	21
5.2 Generalizzazione delle competenze.....	21
5.3 Metodologie evidence-based.....	21
5.4 Multidisciplinarietà e personalizzazione	22
5.5 Centralità della famiglia	22
6. Esempio di giornata tipo.....	23
Mattina – Accoglienza e prime attività	23
Tarda mattinata – Movimento, piscina e natura	23
Pranzo e cura di sé	23
Pomeriggio – Ambienti immersivi, laboratori e socializzazione	24
Chiusura giornata – Restituzione e uscita	24
Sintesi	24
7. Requisiti	25
7.1 Requisiti strutturali.....	25
7.2 La rete istituzionale	26
8. Ruolo delle famiglie	28
8.1 Genitori: co-educatori e partner del progetto	28
8.2 Fratelli e sorelle: risorsa educativa e affettiva	28
8.3 Una famiglia protagonista	29
9. Equipe multidisciplinare	30
Educatori psico-pedagogico e sanitario	30
Operatori Socio-Sanitari (OSS)	30
Terapisti della riabilitazione psichiatrica.....	30
Fisioterapisti	31
Psicologo	31

Specialista CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa)	31
Analista del comportamento	31
Tecnici informatici (supporto, formazione, sviluppo)	31
Assistente sociale	31
Coordinatore del progetto	31
Infermiere.....	31
Un lavoro corale	31
Orario di apertura e durata del progetto.....	31
 10. Elementi di innovatività e integrazione	 33
10.1 Innovazione tecnologica ed educativa.....	33
10.2 Integrazione di spazi esperienziali	33
10.3 Centralità della famiglia e valorizzazione dei fratelli	33
10.4 Multidisciplinarietà e figure innovative	34
10.5 Integrazione con scuole e territorio.....	34
10.6 Allineamento con le politiche regionali	34
10.7 Una nuova visione dei servizi	34
 11. Sostenibilità, trasferibilità e replicabilità.....	 35
11.1 Sostenibilità infrastrutturale e organizzativa	35
11.2 Sostenibilità economica	35
11.3 Trasferibilità	35
11.4 Replicabilità	36
11.5 Una buona pratica provinciale e regionale	36
 12. Impatto atteso	 37
 13. Conclusioni	 39

PREMESSA DI CONTESTO

A giugno 2025 è stata realizzata dalla Fondazione Angelo Custode di Bergamo una nuova struttura “Casa Minori e Famiglia – Marina Lerma” come luogo che accoglie una pluralità di servizi per minori con disabilità e fragilità, proponendo un modello innovativo e sperimentale di presa in carico integrata. Il carattere innovativo del progetto consiste nella assunzione del principio della centralità dei bisogni e delle vere esigenze dei minori (anche adolescenti e giovani), delle loro famiglie e dei loro contesti di vita ed insieme della capacità di produrre risposte personalizzate, orientate non solo alla cura ma anche all’inclusione sociale dei destinatari.

Il progetto realizza e attiva una filiera di servizi residenziali, diurni, riabilitativi e domiciliari, afferenti all’area dell’età evolutiva, per una risposta integrata e longitudinale ai bisogni dei minori e delle loro famiglie. L’azione sinergica dei diversi servizi permette e favorisce la definizione del progetto di vita del minore, nel rispetto dei tempi di crescita e del suo contesto di vita.

Nello specifico si vuole:

1. Costruire percorsi innovativi e flessibili che prendano in considerazione la specificità del minore, tenendo anche conto delle necessità di accoglienza ed accompagnamento delle figure genitoriali: in tal modo, sia il minore sia la sua famiglia sono posti al centro dell’attenzione e della cura.
2. Promuovere la co-progettazione dei percorsi di intervento, attivando sinergie e interoperatività tra i diversi attori che a vario titolo interagiscono nel Progetto di Vita: l’attenzione si allarga al territorio ed ai luoghi di vita, con particolare attenzione alla scuola, alla pratica sportiva ed alla vita sociale che può essere sviluppata per esempio nella rete degli oratori.
3. Realizzare e promuovere proposte formative e progetti innovativi e di ricerca, in stretta collaborazione con gli stakeholder territoriali.

La visione che ispira il progetto trova la sua particolarità ed innovatività nell’andare oltre il singolo bisogno espresso dalla famiglia e dai servizi territoriali (ASST, Scuola, Servizi sociali, servizi specialistici), per realizzare percorsi integrati che si pongono l’obiettivo di prevenire le domande e di sviluppare la migliore inclusione sociale possibile dei soggetti in cura.

Questo stile è maturato a seguito dell’esperienza realizzata in questi anni, che ci ha fatto toccare con mano la fatica delle famiglie e degli enti educativi nel fornire risposte al minore, quando si opera in contesti troppo strutturati dove inevitabilmente prevalgono lo spezzettamento degli interventi e le esigenze dell’organizzazione.

Per realizzare tale modello è necessario un lavoro di continua costruzione di alleanze interne ed esterne, di un attento monitoraggio che stimoli una politica di miglioramento continuo degli interventi.

I servizi presenti nella nuova struttura Casa Minori e Famiglia Marina Lerma sono:

- *RSD CASA AMORIS LAETITIA* - Servizio residenziale per minori affetti da disabilità complesse anche inguaribili, che necessitano di un tempo e un luogo di riabilitazione e di stabilizzazione e di accompagnamento al fine vita, e percorsi di formazione a sostegno dei familiari per un possibile rientro al domicilio.
- *C-DOM minori* - Interventi di cure domiciliari a favore di minori con patologie e disabilità complesse
- *CDD IL GRANAIO* – Interventi semiresidenziali con attenzione ai minori con disabilità complessa, attraverso l’attuazione di percorsi di presa in carico integrata con la Scuola e il Territorio.
- *POLO TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA “GLI SGUARDI”* - Attività ambulatoriale di valutazione e di interventi/trattamenti specifici nell’ambito dell’età evolutiva rivolta a minori affetti da disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza
- *CONSULTORIO ADOLESCENTI –GIOVANI* – Attività consultoriale declinata ai percorsi di sostegno e di aiuto verso adolescenti e giovani, con la possibilità di integrare percorsi consultoriali di accompagnamento psicologico con inquadramenti e valutazioni psicodiagnostiche realizzate presso l’Ambulatorio di neuropsichiatria, così come, in senso inverso, la possibilità di offrire supporto psicoterapico a genitori di bambini affetti da problematiche del neurosviluppo seguiti in Ambulatorio.

Accanto ai servizi sopracitati, all’interno della Casa Minori e Famiglia Marina Lerma c’è la possibilità di attivare i voucher e le misure integrative presenti proposte nel FNA (voucher autismo e voucher socio-sanitario) e il Case Management.

Accanto all’attività diretta, la Fondazione ha dato avvio a percorsi di studio e ricerca, in collaborazione con Università Regionali e non solo, con la finalità di migliorare la qualità degli interventi, generare evidenze scientifiche e accrescere conoscenza, competenza e consapevolezza negli operatori, e generare percorsi virtuosi e replicabili, a disposizione anche del territorio.

1. Introduzione e denominazione

Il Centro Diurno per Minori con Disabilità “Il Granaio” della Fondazione Angelo Custode, come presentato nella Premessa di Contesto, è uno dei servizi che fanno parte di questo progetto innovativo globale per il minore con disabilità e fragilità e la sua famiglia.

In questa proposta specifica sulla realtà diurna si vuole far emergere la specificità dell’innovazione proposta all’interno di questo servizio, dandone una specificità propria partendo anche dal nome di questo progetto di sperimentazione **“Il granaio e i voli possibili”**, che vuole essere una prima fase di un percorso in divenire, che vuole essere sempre più risposta concreta e innovativa ai bisogni sempre più complessi che emergono nel territorio bergamasco relativamente all’età evolutiva e alle situazioni di disabilità.

Negli ultimi anni, i dati territoriali e nazionali mostrano un incremento significativo dei casi di disabilità in età scolare, con particolare riferimento ai disturbi del neurosviluppo, alle patologie neuromuscolari e neurodegenerative e ai disturbi dello spettro autistico. Questo fenomeno, ormai ampiamente documentato, non solo aumenta il numero di minori che necessitano di supporto educativo e riabilitativo, ma porta con sé un innalzamento della complessità degli interventi richiesti. Si tratta infatti di bambini e ragazzi che presentano quadri clinici articolati, spesso associati a più diagnosi (comorbidità), che necessitano di un accompagnamento personalizzato, continuativo e multidisciplinare.

Accanto al bisogno strettamente clinico e riabilitativo, si evidenzia con forza l’esigenza di interventi capaci di promuovere le autonomie personali, scolastiche e abitative dei minori. Le famiglie, infatti, vivono quotidianamente la difficoltà di vedere i propri figli esclusi da esperienze di vita comune, di socializzazione e di partecipazione comunitaria. Questo genera un senso di isolamento, di frustrazione e di fatica che si ripercuote non solo sui genitori, ma sull’intero nucleo familiare, inclusi i fratelli e le sorelle, che spesso diventano caregiver “silenziosi” e non adeguatamente supportati.

Il sistema scolastico, pur svolgendo un ruolo fondamentale nell’inclusione, non è sempre in grado di offrire risposte adeguate ai bisogni educativi complessi. Gli insegnanti di sostegno e i compagni di classe si trovano spesso con strumenti limitati e non sempre efficaci per favorire apprendimenti realmente inclusivi e competenze di autonomia che vadano oltre le conoscenze curriculari. Questo produce una frammentarietà dei percorsi: i minori sperimentano attività a scuola, interventi terapeutici in ambito sanitario, proposte educative e riabilitative e un sostegno familiare in ambito socio sanitario, che però, senza una cornice integrata, rischiano di non produrre gli effetti desiderati.

In questo scenario, il progetto “Il granaio e i voli possibili” si configura come parte fondamentale del **polo innovativo e integrato** capace di unire dimensioni educative, riabilitative, tecnologiche e sociali in un unico progetto coerente, costruendo anche una filiera di attività, specifiche per l’età evolutiva, per offrire risposte sia ai minori che alle loro famiglie.

L’idea è quella di andare oltre la semplice assistenza, proponendo un modello di intervento globale che accompagni i minori nello sviluppo di competenze realmente trasferibili alla vita quotidiana, coinvolgendo e formando anche le figure genitoriali.

La Fondazione Angelo Custode, da sempre attenta ai bisogni del territorio, ha quindi messo a disposizione spazi, competenze e risorse per costruire un ambiente in cui i minori possano sperimentare in sicurezza attività di vita quotidiana, apprendere nuove abilità, rinforzare le autonomie scolastiche e sviluppare competenze relazionali ed emotive. La prospettiva è quella di **un progetto che non si esaurisce entro le mura del centro**, ma che diventa strumento di inclusione e di connessione con scuole, servizi sociosanitari, comunità locali e famiglie.

Un altro elemento che caratterizza il contesto di riferimento è la forte domanda di **solievo e sostegno per i caregiver familiari**. I genitori di minori con disabilità vivono un impegno continuo che richiede energie, competenze e risorse emotive costanti. Senza un adeguato supporto, questo carico rischia di trasformarsi in stress cronico e burnout. Il progetto del Centro Diurno intende rispondere anche a questo bisogno, offrendo ai genitori momenti di formazione, spazi di confronto e strumenti pratici per sostenere la crescita del figlio. Allo stesso tempo, vengono valorizzati i fratelli e le sorelle, che troppo spesso rimangono ai margini dei progetti educativi: includerli significa riconoscere la loro importanza come modelli, compagni di gioco, punti di riferimento affettivo, capaci di contribuire allo sviluppo delle autonomie in un contesto familiare più armonico.

Infine, va sottolineato come il progetto risponda pienamente agli indirizzi del **Piano Sociosanitario Regionale 2024-2028 della Regione Lombardia**, che pone tra le priorità lo sviluppo di modelli innovativi e integrati per la disabilità, il sostegno alle famiglie e l’inclusione sociale. L’iniziativa si colloca quindi non come azione isolata, ma come tassello fondamentale di una rete di servizi orientata a costruire percorsi di vita indipendente e di qualità per i minori con disabilità.

Il “Il granaio e i voli possibili” rappresenta dunque un **luogo di innovazione e sperimentazione**: uno spazio protetto ma aperto, dove i minori possono crescere, le famiglie possono trovare sostegno, e il territorio può scoprire nuove modalità di collaborazione tra istituzioni, servizi e comunità.

1.1 Descrizione sintetica del progetto

L'area progettuale in cui si posiziona la proposta innovativa è quella riferita alla **disabilità e non autosufficienza** con particolare attenzione ai minori con altissima complessità assistenziale.

Il Progetto riguarda l'attivazione di un percorso innovativo presso il Centro Diurno Disabili (CDD) rivolto ai Minori - "Il Granaio"-, "Il granaio e i voli possibili".

Il CDD per minori è un Servizio non contemplato nell'attuale normativa sociosanitaria regionale; sono attive due sperimentazioni riconosciute da Regione Lombardia con specifici atti deliberativi.

1. Progetto "sperimentale" ai sensi della DGR 3239 del 4 aprile 2012 "linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare" rivolto ad un gruppo di minori con fragilità di età compresa tra i sei ed i diciassette anni "Il Gioco – Centro Diurno per minori con fragilità" gestito dalla *Cooperativa Fior di Loto di Mantova*.
2. L'officina delle Abilità - primo Centro diurno per persone con disabilità (CDD) di Milano dedicato ai bambini. Accreditato dalla Regione Lombardia (delibera VIII/010162) e convenzionato con il Comune di Milano, è gestito da *L'abilità Associazione Onlus di Milano*.

Il percorso innovativo "Il granaio e i voli possibili" intende caratterizzarsi non solo per gli interventi diretti rivolti ai minori, ma anche per un significativo lavoro di rete, che coinvolga attivamente il sistema scolastico, i contesti di vita quotidiana del minore, la sua comunità di appartenenza, i servizi già attivi e il mondo del volontariato.

La famiglia rappresenta un punto centrale nell'attuazione di ogni intervento: il progetto "Il granaio dei voli possibili" si propone come una proposta di supporto concreto e come nodo di collegamento all'interno della rete, al fine di promuovere un'azione condivisa ed efficace. Troppe volte le famiglie si trovano sole nel difficile compito di dover "tenere insieme i pezzi" della rete di servizi, affrontando le relative fatiche e complessità. Per questo, il Centro vuole assumere un ruolo attivo nel facilitare la comunicazione e l'integrazione tra i diversi soggetti coinvolti.

In questo percorso si vorrebbe inoltre integrare i diversi interventi attivati con finanziamenti nazionali/regionali (es. FNA, Misure regionali, ecc.) in una logica di Budget di progetto e di Flessibilità che riguarderà anche l'orario di frequenza coerente e complementare al percorso scolastico e alle esigenze della famiglia. Il tempo dei bambini con disabilità e delle loro famiglie, spesso, non coincide con quello dei servizi e pertanto si sente la necessità di far coniugare e includere, facendo sintesi dei diversi progetti, in coerenza con quanto sottolineato nel Piano sociosanitario integrato lombardo 2024 – 2028 e con il quadro delineato dalla Legge n. 227/21 e dal successivo D. lgs. 62/2024.

Ad arricchire l'offerta sarà anche la presenza, nella Fondazione Angelo Custode, di un Polo di Neuropsichiatria Infantile, di una Piscina Riabilitativa e dei Consultori Familiari (uno specifico per gli Adolescenti), oltre ad un servizio residenziale per minori con disabilità complessa (RSD Casa Amoris Laetitia) e il Servizio di cure domiciliari per minori.

Infine il "Il granaio e i voli possibili" è una proposta di intervento riabilitativo-educativo caratterizzato dalla crescita e dal potenziamento delle autonomie del minore, nelle diverse aree di sviluppo del bambino con disabilità: motoria, cognitiva, sensoriale, affettiva, di relazione, di autonomia, ecc., cercando di rendere possibile l'impossibile e che ciascun minore possa "prendere il volo" in contesti di vita dignitosi e valorizzanti per la sua persona.

Tale servizio risponde al bisogno di integrare i percorsi di sviluppo dei minori dando unitarietà e sinergia agli interventi e offrendo al contempo un contesto strutturato, professionale e "protetto" dove sperimentare nuovi apprendimenti in un gruppo di pari, al fine di pervenire ad un miglioramento generalizzato della qualità della vita di tutte le persone coinvolte. Gli interventi con caratteristica di frequenza diurna, sono caratterizzati da flessibilità e modularità in relazione ai bisogni degli utenti stessi e del loro contesto di riferimento.

Nello specifico gli interventi sono:

- abilitativi (training e sviluppo delle autonomie)
- riabilitativi (motoria e sensoriale)
- educativi e socializzanti
- attività laboratoriali
- sanitari/assistenziali
- sociali e di rapporto con il territorio

Verranno predisposti spazi atti ad ospitare le seguenti attività: training, laboratorio artistico/motorio/musicale, piscina, cucina, laboratorio delle autonomie etc.

Gli interventi prevedono anche il coinvolgimento diretto o indiretto della famiglia, al fine di costruire sinergie e offrire nuove competenze finalizzate al benessere e all'arricchimento relazionale e comunicativo. Inoltre, si vorrebbe costruire una relazione di dialogo, di confronto e di collaborazione con il mondo della scuola in quanto sempre più emerge il bisogno di supporto e di aiuto concreto a insegnanti e assistenti educatori nella gestione del minore con disabilità grave.

L'inserimento dei minori all'interno del percorso "Il granaio e i voli possibili" non sostituisce la scuola o le terapie sanitarie, ma le **integra** in un progetto più ampio, che mette al centro la crescita globale del minore.

2. Destinatari

Il progetto “Il granaio e i voli possibili” è rivolto in modo prioritario a minori con disabilità, ma si allarga in maniera intenzionale e strutturata a genitori, fratelli e sorelle, scuole e territorio. Questa scelta non è casuale: la disabilità non riguarda mai solo la persona, ma l'intero ecosistema in cui essa vive e cresce.

Abbiamo suddiviso i destinatari in:

- Destinatari diretti: Minori- Genitori – Fratelli e sorelle
- Destinatari indiretti: Scuole- Servizi sociosanitari-Comunità locali

2.1 Minori

Il CDD IL GRANAIO è un Servizio semiresidenziale accreditato per n. 25 posti (Delibera ATS n. 480 del 14.07.2025). I destinatari del Centro sono i minori con un'età tra i 4 e i 18 anni con disabilità e fragilità anche complesse. Il Centro può arrivare ad accogliere 25 bambini in compresenza con diagnosi di disabilità intellettive, neuromotorie o disturbi dello spettro autistico che:

- necessitano di percorsi strutturati per sviluppare autonomie quotidiane (cura di sé, igiene, alimentazione);
- richiedono strategie personalizzate per migliorare competenze scolastiche e organizzative;
- hanno bisogno di esperienze concrete per imparare attività domestiche e abitative;
- incontrano difficoltà nella socializzazione e nella gestione delle emozioni;
- vivono un rischio di esclusione sociale se non adeguatamente supportati.

Nel progetto di sperimentazione, “Il granaio e i voli possibili”, per il primo anno, viene proposta l'accoglienza di 10 minori al fine di verificare l'efficacia della metodologia e della proposta operativa, nonché la richiesta del territorio e il lavoro sinergico con le scuole, la famiglia e la comunità. Il monitoraggio in itinere e la verifica dei risultati permetterà di apportare le necessarie modifiche per ampliare la proposta e l'obiettivo è quello di arrivare in breve tempo a 25 minori presenti al CDD.

2.1.1 – Modalità di accesso

I minori vengono segnalati dalla NPIA territoriale di riferimento (anche su indicazione della scuola di appartenenza) e dall'equipe UVM dell'ASST e servizio sociale territoriale di residenza.

Le richieste vengono fatte su una modulistica dedicata da parte della famiglia e con il confronto con il servizio territoriale inviante di riferimento e il riferimento sanitario per il minore (richiesta di inserimento- scheda sanitaria e scheda sociale).

Essendo un percorso di nuovo avvio, il target di utenza al quale è rivolto il progetto “Il granaio e i voli possibili”, non identifica un’unica tipologia di diagnosi, ma, accogliendo minori con diverse caratteristiche fisiche, cognitive e comportamentali, propone una specificità nella definizione di intervento sia individualizzato che in piccolo gruppo, al fine di far emergere i bisogni specifici e costruire risposte mirate ed efficaci.

Come dato di mappatura attuale si rimanda che i 65 minori (0-18 anni) seguiti attraverso il voucher socio-sanitario misura B1 e percorsi integrativi, hanno le seguenti caratteristiche:

Età

- 0-6 anni – 9 minori
- 7-12 anni- 38 minori
- 13-18 anni – 18 minori

Diagnosi

- Autismo – n° 33 minori (di cui 25 livello 3 e 6 livello 2)
- Sindrome genetica – n° 13 minori
- Disabilità intellettiva – n° 19 minori

2.1.2 – Criteri di ammissibilità

Sono ammessi minori che rispondono ai seguenti criteri:

- segnalazione da parte di NPIA e UVM territoriale di appartenenza;
- segnalazione da parte della scuola in riferimento a criticità organizzative e gestionali (es. mancata copertura assistenziale, problema trasporto, ecc.);
- segnalazione di criticità sociali familiari da parte dei servizi sociali e enti di riferimento territoriale (es. unico genitore, presenza di altri figli anche con disabilità, aspetto di fatica genitoriale e richiesta di supporto e sollievo, ecc.) che richiedono un intervento tempestivo.

2.2 Famiglia

2.2.1 Genitori

I genitori sono destinatari fondamentali. Il loro coinvolgimento è previsto in diverse forme:

- partecipazione a momenti di **parent training**, in cui apprendono strategie educative e di gestione del comportamento;
- incontri periodici di **confronto e supervisione** con l’equipe multidisciplinare;
- presenza ad attività condivise con i figli, per rafforzare la continuità tra Centro e vita domestica.

L’obiettivo è duplice: da un lato, ridurre il **carico assistenziale** e il rischio di isolamento delle famiglie; dall’altro, trasformare i genitori in veri e propri **co-educatori**, capaci di applicare a casa ciò che viene sperimentato al Centro.

2.2.2 Fratelli e sorelle

Una delle innovazioni più rilevanti del progetto è il riconoscimento del ruolo dei fratelli e delle sorelle. Spesso i percorsi educativi e riabilitativi si concentrano solo sul minore con disabilità e, al massimo, sui genitori. I fratelli e le sorelle rimangono ai margini, nonostante siano figure quotidianamente presenti, con un enorme potenziale educativo ed emotivo.

Il progetto li valorizza in quanto:

- **modelli di imitazione:** il minore con disabilità impara osservando e imitando i fratelli;
- **facilitatori relazionali:** i fratelli creano occasioni naturali di gioco, interazione e partecipazione;
- **punti di riferimento affettivi:** la relazione fraterna è spesso quella più autentica, non mediata da ruoli professionali.

Coinvolgere fratelli e sorelle significa **rafforzare la coesione familiare** e ridurre il rischio di vissuti negativi come gelosia, senso di esclusione o eccessiva responsabilizzazione. All'interno del progetto, sono previsti laboratori dedicati e momenti di attività condivisa che permettono ai fratelli di sentirsi parte integrante del percorso.

2.3 Destinatari indiretti

Accanto ai beneficiari diretti, il progetto coinvolge una serie di destinatari indiretti:

- **Scuole:** grazie a protocolli condivisi, le scuole possono beneficiare di strategie educative trasferibili in classe, migliorando l'inclusione scolastica.
- **Servizi sociosanitari:** il Centro diventa punto di riferimento per integrare interventi educativi e riabilitativi.
- **Comunità locali:** associazioni di familiari, associazioni di volontariato, oratori, biblioteche e spazi culturali del territorio sono parte attiva nel percorso di inclusione, attraverso uscite e attività condivise.

Ruolo importante avrà il Gruppo Sociale Provinciale che vede coinvolte cooperative, associazioni per genitori, organizzazioni sindacali e la Fondazione Angelo Custode.

2.4 Una comunità educante

In sintesi, i destinatari del progetto non si esauriscono nei minori con disabilità. Il vero valore aggiunto sta nella costruzione di una **comunità educante**, in cui ogni attore – bambino, genitore, fratello, insegnante, operatore, cittadino – contribuisce alla crescita del minore e riceve, al tempo stesso, un arricchimento umano e educativo.

In particolare, il percorso innovativo del progetto “Il granaio e i voli possibili” vede il coinvolgimento dell'Ufficio Scuola Provinciale come parte attiva di questa comunità educante, dove l'interazione diventa valore è la presenza diretta anche dei gruppi classe nelle stanze immersive o in incontri dove “protagonista” è il minore con disabilità, in una forma di percorso ricerca-azione interattivo, dove la sensibilizzazione della classe può diventare anche crescita culturale.

3. Obiettivi del progetto

3.1 Obiettivo generale

L'obiettivo generale del progetto del Centro Diurno "Il Granaio" è **migliorare la qualità della vita dei minori con disabilità e delle loro famiglie**, attraverso la promozione di percorsi educativi e riabilitativi che sviluppino competenze concrete, autonomie quotidiane e capacità relazionali, riducendo al tempo stesso il carico assistenziale familiare e rafforzando la rete territoriale. Nel percorso specifico del progetto **"Il granaio e i voli possibili"**, questo obiettivo si traduce in un'azione sistemica: non solo intervenire sul minore, ma **coinvolgere genitori, fratelli, scuola e comunità** in un percorso condiviso che favorisca inclusione e partecipazione attiva.

3.2 Obiettivi specifici per i minori

- **Autonomie personali e quotidiane:** acquisire competenze legate alla cura di sé (igiene, alimentazione, vestizione) e alla gestione delle routine giornaliere.
- **Autonomie scolastiche:** migliorare le capacità organizzative e di apprendimento, sviluppare strategie compensative, rafforzare la partecipazione attiva alla vita scolastica.
- **Autonomie domestiche e abitative:** sperimentare attività di gestione della casa (cucinare, riordinare, differenziare i rifiuti) e prepararsi gradualmente a scenari di vita indipendente.
- **Competenze relazionali e sociali:** partecipare a giochi di gruppo, attività sportive e momenti di socializzazione, migliorando abilità comunicative e relazionali.
- **Regolazione emotiva e benessere:** apprendere strategie di gestione delle emozioni attraverso attività creative, esperienze in natura, mindfulness e musica.

3.3 Obiettivi specifici per le famiglie

- **Genitori:** acquisire strumenti educativi e strategie pratiche per sostenere la crescita del figlio; ridurre lo stress e il carico assistenziale; sentirsi parte di una rete di supporto.
- **Fratelli e sorelle:** vivere esperienze condivise che rafforzino la relazione fraterna, diventare facilitatori naturali dell'apprendimento, ricevere uno spazio di riconoscimento e valorizzazione.

3.4 Obiettivi specifici per la rete territoriale

- **Scuole:** migliorare l'inclusione scolastica attraverso protocolli di collaborazione e trasferimento di metodologie.

- **Servizi sociosanitari:** integrare interventi educativi e riabilitativi, evitando duplicazioni e frammentazioni.
- **Comunità:** promuovere una cultura dell'inclusione e della partecipazione, attraverso la costruzione di una comunità educante attenta ai bisogni dei minori con disabilità.

3.5 Coerenza con le politiche regionali

Gli obiettivi del progetto sono perfettamente allineati con le linee guida del **Piano Sociosanitario Regionale 2024–2028 della Regione Lombardia**, che indicano tra le priorità:

- lo sviluppo dell'autonomia personale e sociale delle persone con disabilità;
- il sostegno alle famiglie e ai caregiver;
- l'integrazione dei servizi educativi, riabilitativi e sociali;
- la sperimentazione di modelli innovativi replicabili sul territorio.

Il progetto risponde inoltre agli indirizzi del **DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA** e al nuovo **Sistema di garanzia per l'assistenza sanitaria – Ministero della Salute- Decreto 12 marzo 2019**, che richiamano l'importanza di interventi educativi e riabilitativi ad alta integrazione sociosanitaria e sanitaria.

3.6 Il progetto di vita ovvero un progetto per la vita

In sintesi, gli obiettivi del Centro Diurno "Il Granaio", e nello specifico "Il granaio e i voli possibili", non si limitano a migliorare le abilità dei minori in un arco temporale limitato, ma mirano a costruire **percorsi di vita**. L'autonomia quotidiana, scolastica e abitativa non è fine a sé stessa: rappresenta la chiave per accedere a una vita più indipendente, dignitosa e inclusiva, con effetti positivi non solo sul minore ma sull'intera famiglia e sulla comunità.

4. Attività previste

Il progetto “Il granaio e i voli possibili” si articola in un ampio ventaglio di attività, pensate per rispondere ai bisogni complessi dei minori e delle loro famiglie. Ogni attività è progettata con un duplice obiettivo: da un lato, sviluppare autonomie e competenze nei minori; dall’altro, favorire la partecipazione della famiglia e l’integrazione con scuola e territorio.

Le aree coinvolte nella progettazione del progetto “Il granaio dei voli possibili” sono:

- area autonomia/bisogni primari (igiene, alimentazione, vestizione/svestizione, ritmo della giornata, ecc.);
- area comunicativa (tramite quaderno comunicativo, simboli, immagini, fotografie, algoritmi, gesti, parole, formulazione frasi, etc.);
- area cognitiva (potenziamento e miglioramento delle abilità già possedute e apprendimento di nuove abilità in base all’età e al percorso del minore);
- area socializzazione, con attenzione anche all’aspetto motorio (auto intrattenimento, gioco condiviso, relazione con l’altro etc.).

Le attività erogate nel progetto “Il granaio e i voli possibili” sono da ricondursi a:

- ✓ art. 34 del D.P.C.M. 12-1-2017 (Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza) - comma 3 lettera b) “trattamenti socio-riabilitativi e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali” e “sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera”;
- ✓ Art. 21 Percorsi assistenziali integrati
- ✓ Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie
- ✓ Art. 25 Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatria
- ✓ Art. 27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità
- ✓ Art. 30 Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti
- ✓ Art. 32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Si specifica che per i minori sono previsti trattamenti di potenziamento e di sviluppo in riferimento alle fasi evolutive in cui vertono, e non quelle di mantenimento, spesso riconducibili all’età adulta.

Di seguito le attività previste:

4.1 Attività in riferimento ai bisogni primari

Caratteristica principale del “Il granaio e i voli possibili” è la quotidianità (come definito nella giornata tipo), significa introdurre, accompagnare e coinvolgere i minori nella risposta

ai loro bisogni primari (momento vestizione/svestizione, momento bagno -igiene e bagno sensoriale, momento pranzo,ecc.)

Scopi:

- far sperimentare una quotidianità che può generare apprendimento e autonomia
- accompagnare alla gestione del tempo e dei ritmi quotidiani
- poter generalizzare queste autonomie anche in contesti diversi (domicilio, scuola, ecc.)

Benefici attesi: conoscenza e sperimentazione di una quotidianità che diventa strumento di qualità di vita e di benessere

4.2 Laboratori domestici e abitativi

Imparare a gestire la casa è fondamentale per l'autonomia futura. Nei laboratori domestici, i minori sperimentano attività pratiche in ambienti attrezzati: cucinare, riordinare, differenziare i rifiuti, curare gli ambienti quotidiani (es. anche la propria stanza).

Scopi:

- acquisire competenze domestiche;
- favorire l'indipendenza nella gestione degli spazi;
- responsabilizzare i minori nel prendersi cura del proprio ambiente.

Benefici attesi: sviluppo di autonomie abitative, preparazione graduale a scenari di vita indipendente.

4.3 Attività motorie e di socializzazione

Il movimento e la socializzazione sono elementi essenziali per lo sviluppo globale. Il centro propone giochi cooperativi, attività sportive adattate e uscite sul territorio.

Scopi:

- sviluppare abilità motorie e coordinazione;
- favorire la collaborazione e la partecipazione di gruppo;
- stimolare relazioni positive con i pari.

Benefici attesi: incremento delle capacità relazionali, riduzione dell'isolamento sociale, maggiore partecipazione comunitaria.

4.4 Laboratori scolastici integrati

Il centro non sostituisce la scuola, ma la integra con laboratori mirati al rafforzamento delle competenze scolastiche. Educatori e terapisti collaborano con insegnanti e famiglie per costruire strategie personalizzate.

Scopi:

- supportare lo svolgimento dei compiti;
- rafforzare competenze di lettura, scrittura e calcolo;
- sviluppare strategie organizzative e di studio.

Benefici attesi: maggiore partecipazione scolastica, riduzione delle difficoltà di apprendimento, inclusione più efficace.

4.5 Attività di benessere e regolazione emotiva

Il progetto prevede momenti specifici dedicati al benessere, come mindfulness, yoga adattato e tecniche di rilassamento.

Scopi:

- migliorare la gestione delle emozioni;
- favorire consapevolezza corporea e calma interiore;
- ridurre stress e agitazione.

Benefici attesi: miglior regolazione emotiva, maggiore capacità di concentrazione, benessere psicofisico.

4.6 Laboratori creativi ed espressivi

Attraverso musica, arte, teatro e narrazione, i minori possono esprimere emozioni, rafforzare la comunicazione e sviluppare consapevolezza emotiva.

Scopi:

- favorire l'espressione creativa e la comunicazione;
- sostenere la regolazione emotiva;
- stimolare fantasia e pensiero simbolico.

Benefici attesi: riduzione di ansia e comportamenti disfunzionali, maggiore autostima, sviluppo di competenze relazionali.

4.7 Ambienti immersivi multisensoriali

Gli ambienti immersivi rappresentano una delle innovazioni principali del progetto. Attraverso tecnologie di proiezione, sensori e strumenti interattivi, i minori possono vivere simulazioni di situazioni quotidiane in un contesto sicuro e controllato.

Scopi:

- allenare abilità di vita quotidiana in modo protetto;
- ridurre paure e ansie legate a situazioni nuove;
- favorire la ripetizione e il rinforzo positivo.

Esempi di simulazioni: attraversare un incrocio pedonale, prendere un autobus, recarsi dal medico o dal dentista, cucinare in cucina domestica simulata.

Benefici attesi: acquisizione di competenze trasferibili nella vita reale, aumento dell'autostima e della sicurezza.

4.8 Piscina riabilitativa

La piscina riabilitativa della Fondazione è un ambiente privilegiato per interventi motori e sensoriali.

L'acqua riduce il peso corporeo, favorisce i movimenti e offre stimolazioni tattili e propriocettive uniche.



Scopi:

- migliorare abilità motorie e coordinazione;
- favorire rilassamento e regolazione emotiva;
- stimolare la relazione con gli altri attraverso giochi acquatici.

Benefici attesi: rafforzamento delle competenze motorie, riduzione di tensioni e ansie, miglioramento del benessere psicofisico.

4.9 Giardino sensoriale

Il giardino sensoriale permette ai minori di entrare in contatto con la natura e di vivere esperienze multisensoriali. Percorsi tattili, profumi delle piante, suoni naturali e attività di cura del verde stimolano i sensi e favoriscono la consapevolezza corporea.

Scopi:

- stimolare percezioni sensoriali e consapevolezza corporea;
- favorire esperienze di calma e rilassamento;
- promuovere la responsabilità attraverso la cura delle piante.

Benefici attesi: riduzione dello stress, aumento della concentrazione, sviluppo di competenze di cura e responsabilità.

4.10 Parent training per i genitori

Il parent training è un pilastro del progetto. I genitori vengono coinvolti in percorsi formativi e pratici, con supervisione dell'equipe multidisciplinare.

Scopi:

- fornire strumenti educativi e strategie di gestione;
- rafforzare la continuità educativa tra centro e casa;

- ridurre il carico assistenziale e lo stress familiare.

Benefici attesi: maggiore consapevolezza genitoriale, migliori relazioni familiari, consolidamento delle autonomie a casa.

4.11 Percorsi dedicati a fratelli e sorelle

Un'attenzione particolare è rivolta ai fratelli e alle sorelle, riconosciuti come risorsa educativa e affettiva.

Scopi:

- valorizzare il ruolo dei fratelli come modelli e facilitatori;
- offrire spazi di confronto e attività dedicate;
- prevenire vissuti di esclusione o eccessiva responsabilizzazione.

Benefici attesi: relazioni fraterne più forti e inclusive, maggiore coesione familiare, riduzione dei rischi psicologici legati alla disabilità in famiglia.

4.12 Collaborazioni con scuole e territorio

Il progetto non si limita al centro, ma prevede una forte integrazione con scuole, servizi e comunità.

Scopi:

- costruire protocolli condivisi con insegnanti e operatori;
- favorire la continuità educativa;
- aprire spazi di inclusione nel territorio (biblioteche, musei, oratori).

Benefici attesi: riduzione della frammentarietà degli interventi, maggiore inclusione scolastica e sociale, sviluppo di una comunità educante.

5. Metodologia

L'intervento con minori con disabilità richiede un approccio complesso, multidisciplinare e fondato su evidenze scientifiche. Non è sufficiente garantire un supporto assistenziale: è necessario costruire percorsi che accompagnino il minore nello sviluppo delle proprie potenzialità, valorizzando le competenze residue e aprendo spazi concreti di crescita e autonomia.

Il progetto "Il granaio e i voli possibili" si fonda su un **quadro teorico integrato**, che coniuga le migliori pratiche educative e riabilitative con strumenti innovativi e tecnologici. L'obiettivo non è soltanto "fare attività", ma creare un vero e proprio **contesto di apprendimento esperienziale**, in cui il minore possa sperimentare, sbagliare, correggersi e consolidare le proprie abilità in condizioni sicure e protette.

5.1 Apprendimento esperienziale e simulazione protetta

Numerosi studi dimostrano come l'apprendimento nei bambini con disabilità sia favorito dall'esperienza diretta. Imparare ad attraversare la strada, a lavarsi le mani, a cucinare un piatto semplice non significa solo conoscere la sequenza di azioni, ma viverla concretamente, con il corpo e con i sensi.

Gli ambienti immersivi multisensoriali, presenti al CDD, permettono di simulare situazioni reali in spazi protetti e controllati, riducendo i rischi e aumentando le possibilità di ripetizione e di rinforzo.

5.2 Generalizzazione delle competenze

Un nodo cruciale è la **generalizzazione**, ossia la capacità di trasferire quanto appreso in un contesto protetto alla vita quotidiana. È frequente che un bambino impari un'abilità in un ambiente specifico, ma non riesca a riprodurla in casa o a scuola. Per questo motivo, il progetto prevede la costante collaborazione con le famiglie e con le scuole: ciò che viene sperimentato negli ambienti immersivi, in piscina o nei laboratori, deve essere riportato nella vita reale attraverso esercitazioni, rinforzi e strategie condivise.

5.3 Metodologie evidence-based

Il progetto integra pratiche che hanno dimostrato efficacia a livello internazionale:

- **Analisi del Comportamento dell'età evolutiva:** utile per insegnare abilità complesse attraverso la scomposizione in passi semplici, l'uso di rinforzi positivi e il monitoraggio costante dei progressi.
- **CAA – Comunicazione Aumentativa Alternativa:** fondamentale per minori che presentano difficoltà nel linguaggio verbale. Attraverso immagini, simboli, dispositivi elettronici e strumenti digitali si favorisce la comunicazione, riducendo frustrazione e isolamento.

- **Idroterapia e attività in acqua:** la piscina riabilitativa rappresenta uno strumento prezioso per stimolare la motricità, la regolazione sensoriale e la percezione corporea, oltre a favorire benessere e rilassamento.
- **Giardini sensoriali e contatto con la natura:** la ricerca ha evidenziato l'efficacia degli spazi naturali nel promuovere calma, ridurre ansia e stimolare l'esplorazione sensoriale. Il giardino sensoriale inclusivo del Centro diventa così parte integrante del percorso educativo.

5.4 Multidisciplinarietà e personalizzazione

Ogni minore è unico: non esistono protocolli universali validi per tutti. Per questo, l'approccio è costruito su misura, grazie alla presenza di una **equipe multidisciplinare** composta da educatori, terapisti della riabilitazione, psicologi, specialisti CAA, analisti del comportamento, infermieri e tecnici informatici. Il coordinatore garantisce l'integrazione degli interventi e la coerenza del percorso, mentre l'assistente sociale assicura il collegamento con i servizi e con la comunità.

Il lavoro multidisciplinare permette di cogliere la persona nella sua interezza: non solo dal punto di vista cognitivo, ma anche motorio, emotivo, relazionale e sociale. La presenza di figure innovative, come i tecnici informatici e gli specialisti in tecnologie assistive, consente inoltre di introdurre strumenti digitali e soluzioni immersive che arricchiscono l'esperienza educativa e riabilitativa.

5.5 Centralità della famiglia

Un altro pilastro metodologico è la centralità della famiglia. Genitori e fratelli/sorelle non sono spettatori, ma parte attiva del progetto.

Essi partecipano alla costruzione degli obiettivi, prendono parte a momenti formativi e portano a casa le strategie apprese, diventando veri e propri co-educatori. La continuità tra Centro e vita familiare è fondamentale per evitare che gli apprendimenti rimangano confinati a spazi e tempi limitati.

6. Esempio di giornata tipo

L'organizzazione della giornata all'interno del progetto "Il granaio e i voli possibili" è pensata per offrire ai minori un **ambiente sicuro, strutturato ma al tempo stesso flessibile**, capace di coniugare routine e personalizzazione. La scansione del tempo è un elemento educativo in sé: permette ai bambini e ai ragazzi di orientarsi, di prevedere ciò che accadrà e di vivere con maggiore serenità i passaggi da un'attività all'altra.

Ogni giornata è divisa in momenti educativi, riabilitativi, ricreativi e di cura, con il costante obiettivo di favorire l'autonomia e la generalizzazione delle competenze.

Mattina – Accoglienza e prime attività

La giornata inizia con un **momento di accoglienza**: gli educatori salutano i minori, aiutandoli a sistemare gli oggetti personali, a riconoscere i propri spazi e a orientarsi nella routine. Questo primo passaggio, apparentemente semplice, diventa occasione per lavorare su piccole autonomie come appendere la giacca, posizionare lo zaino o controllare il materiale per le attività scolastiche.

Laboratori di autonomie personali: lavarsi le mani, prepararsi per un'attività, imparare a gestire semplici materiali. Questi momenti rafforzano l'indipendenza e la sicurezza in sé.

Tarda mattinata – Movimento, piscina e natura

La tarda mattinata è dedicata all'attività fisica e alla stimolazione sensoriale. Alcuni minori entrano nella **piscina riabilitativa**, dove terapisti e fisioterapisti guidano esercizi di movimento in acqua, giochi a coppie e attività di rilassamento. L'ambiente acquatico favorisce coordinazione, regolazione delle emozioni e relazioni spontanee tra i partecipanti.

In alternativa, i gruppi si spostano nel **giardino sensoriale**. I percorsi tattili, i profumi delle erbe aromatiche, i giochi con la terra e l'acqua diventano esperienze educative che stimolano i sensi, la motricità e la socializzazione. L'esperienza naturale favorisce calma e concentrazione, preparandoli ai momenti successivi della giornata.

Pranzo e cura di sé

Il **momento del pranzo** non è soltanto una pausa nutrizionale, ma un vero laboratorio educativo e di apprendimento. I bambini e i ragazzi partecipano all'organizzazione della tavola, imparano a riconoscere il proprio posto, ad usare le posate, a chiedere "per favore" e a ringraziare.

Gli educatori lavorano su abilità di autonomia alimentare, ma anche su competenze relazionali: condividere il pasto significa rispettare i tempi degli altri, imparare a conversare, gestire attese e frustrazioni. Dopo il pranzo, ogni minore è accompagnato alla **cura di sé**: lavarsi le mani, i denti, riordinare il proprio materiale. Piccoli gesti quotidiani che diventano esercizi di responsabilità e indipendenza.

Pomeriggio – Ambienti immersivi, laboratori e socializzazione

Il pomeriggio è dedicato ad attività più esperienziali e socializzanti. Nei **laboratori immersivi multisensoriali**, i minori affrontano simulazioni di vita reale: attraversare un incrocio, recarsi dal medico, cucinare un piatto semplice. Le tecnologie immersive consentono di adattare gli scenari alle esigenze dei singoli e di ripetere le esperienze fino alla loro acquisizione.

Altri partecipano a **laboratori creativi**: pittura, musica, teatro. Queste attività permettono di esprimere emozioni, sperimentare linguaggi alternativi e sviluppare autostima.

Il pomeriggio prevede anche **giochi di gruppo e attività motorie**: piccoli tornei sportivi, percorsi a squadre, uscite sul territorio (biblioteca, parco, museo). L'obiettivo è stimolare cooperazione, inclusione e senso di appartenenza.

Chiusura giornata – Restituzione e uscita

La giornata si conclude con i **rituali di uscita**: un momento di rielaborazione delle esperienze vissute. Attraverso strumenti visivi o conversazioni guidate, i minori ripercorrono le attività svolte, esprimono emozioni e preparano ciò che servirà per il giorno successivo.

Infine, gli educatori forniscono un breve riscontro ai genitori: raccontano progressi, difficoltà e obiettivi per la continuità a casa. Questo collegamento tra centro e famiglia è cruciale per consolidare gli apprendimenti e mantenere un percorso coerente.

Sintesi

La giornata tipo non è una sequenza rigida di attività, ma un percorso educativo continuo, in cui ogni momento – dal pranzo al gioco, dal laboratorio scolastico al relax in piscina – diventa occasione per imparare, crescere e socializzare.

7. Requisiti

7.1 Requisiti strutturali

La Sede del CDD IL GRANAIO, all'interno del quale si sviluppa il progetto innovativo "Il granaio e i voli possibili" è a Bergamo, in Via Morelli, 6, all'interno della "Casa minori e famiglia - Marina Lerma" che accoglie anche la RSD per minori con disabilità complessa ad alta intensità sanitaria Casa Amoris Laetitia, il Polo territoriale di Neuropsichiatria Infantile Gli Sguardi, la sede delle Cure Domiciliari pediatriche (ex ADI), il Consultorio adolescenti e giovani.

Il CDD ha una superficie complessiva di 453 mq.

Attività di valutazione di riabilitazione, di socio riabilitazione e rieducativi

1. Locale per attività infermieristiche assistenziali di (mq 10.1)
2. 4 locali di riabilitazione e socializzazione per una superficie totale (mq 72,9)

Attività di vita collettiva

1. Locale per attività di gruppo stanza SENSEi (mq 55)
2. Locale Pranzo (mq 52.5)

Servizi igienici

1. Tre servizi igienici tutti attrezzati per persone disabili (mq 23.8)
2. Un locale Bagno dotato di attrezzature idonee (sollevatore a binario) all'igiene personale dell'utenza accolta (mq 11.2) e antibagno

Spazi per servizi generali

1. Ufficio amministrativo (mq 17)
2. Ufficio educatori (mq 20.6)
3. Sala accoglienza (mq 25,1)
4. Spogliatoi e servizi igienici per il personale mq 32.2 (condiviso con RSD attiguo)
5. Cucina domotica / Locale smistamento contenitori, riscaldamento e conservazione cibi (mq 15.1)
6. Locale ripostiglio (mq 5,9)
7. Locale pulito (mq 5,2)
8. Locale sporco (mq 4.8 condiviso con RSD attiguo)
9. Guardaroba (mq 6,2)
10. WC per il personale (mq 4,3)
11. Ricovero attrezzature (mq 35)

Elementi costruttivi, arredi e attrezzature

1. La struttura non prevede barriere architettoniche in quanto posta al piano terra con accessi a scivolo con pendenza inferiore al 5%
2. Le porte hanno una luce non inferiore a 90 cm
3. I corridoi (mq 90,3) hanno larghezza maggiore di 2 mt e sono privi di lesene sporgenti. Sono provvisti di corrimano su ambedue i lati con testate ripiegate verso il muro.
4. La segnaletica è finalizzata a favorire l'orientamento e ben intelleggibile anche e soprattutto in riferimento ai prevalenti deficit sensoriali dei minori (utilizzo di CAA, tre lingue -italiano-inglese-arabo- e braille)
5. La struttura è dotata di dispositivi di segnalazione idonei alla richiesta di aiuto ed assistenza da parte dei minori (obbligatoria nei servizi igienici).
6. I bagni sono attrezzati per persone disabili.
7. La struttura è dotata di Impianto trattamento aria a norma di legge.
8. L'esterno prevede uno spazioso giardino con percorsi e giochi sensoriali ed inclusivi, oltre ad una veranda per poter svolgere anche attività all'aperto.

In tutta la struttura, con particolare attenzione agli ambienti dotati di specifica tecnologia, viene garantito il rispetto delle normative generali di sicurezza, attraverso la figura del RSPP interno che garantisce quanto definito nel Dlgs 81/2008 e dal dpr 14.1.1997.

7.2 La rete istituzionale

Per la realizzazione del progetto "Il granaio e i voli possibili" è stata costruita una rete di collaborazioni che vede coinvolti:

1. **Ufficio Scuola Ambito di Bergamo** - con il quale è stato definito e sottoscritto l'ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA L'USR-UFFICIO III- AMBITO TERRITORIALE DI BERGAMO E LA FONDAZIONE "ANGELO CUSTODE. In allegato l'accordo di collaborazione
2. **Rete Provinciale Disabilità**. Nel territorio di Bergamo è attiva una rete di soggetti che, a vario titolo, si occupano delle persone con disabilità con l'obiettivo di coordinarsi e condividere le principali questioni sistemiche legate ai processi territoriali che riguardano la disabilità.

Il Gruppo è così composto:

- Cooperative sociali
- Fondazione Angelo Custode
- Organizzazioni sindacali
- CBI (Coordinamento Bergamasco per l'Integrazione), in rappresentanza delle Famiglie
- Rappresentanti degli Ambiti

- CSV (Centro Servizi Volontariato)
- ASST

Il Gruppo Sociale Provinciale ha rilevato l'importanza di avviare e consolidare progetti sperimentali e innovativi nell'ambito della disabilità, con l'obiettivo di sostenere le persone più fragili, in particolare: minori con patologie complesse e persone con autismo ad alto funzionamento, che spesso non trovano risposte adeguate nei servizi tradizionali.

La Fondazione Angelo Custode, preso atto dell'esperienza consolidata nell'ambito dei minori con disabilità complesse e dei bisogni territoriali, presenta il presente progetto con il supporto del Gruppo Sociale Provinciale. *In allegato la Dichiarazione di supporto*

3. **ADASM - FISM Bergamo.** L'Associazione degli Asili e Scuole Materne ADASM-FISM della Provincia di Bergamo- *in allegato la dichiarazione di supporto*
4. **Università degli Studi Bicocca di Milano** - Lettera di intenti per la partecipazione del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca nell'ambito del progetto di Centro Specialistico integrato di Bergamo per la disabilità e i servizi neuropsichiatrici in età evolutiva a valere sui minori con fragilità e disabilità complessa- *In allegato la lettera di intenti*

L'intento futuro de "Il granaio e i voli possibili" è quello di creare percorsi di partenariato attraverso la realizzazione di una rete socio-sanitaria territoriale che rafforzi la collaborazione tra gli Enti coinvolti nei percorsi evolutivi dei minori con disabilità, orientata non solo alla presa in carico condivisa, ma alla definizione di un Progetto di Vita personalizzato e personalizzante.

Questo garantirebbe anche continuità assistenziale attraverso risposte coordinate anche ai bisogni della comunità territoriale, riconoscendo specificità e valore al contributo di ciascun ente, professionista, struttura.

Nello specifico, un'attenzione specifica sarà dedicata a:

- Poli territoriali di NPJA (ASST di riferimento)
- UVM (Unità di valutazione multidimensionale-D. Lgs 62) con la finalità di favorire l'integrazione fra le dimensioni sociali e quelle sociosanitarie dell'approccio alla salute delle persone in condizione di non autosufficienza o in condizione di fragilità sociosanitaria, con un'ottica generativa, che abbia nella centralità della persona (delle sue risorse e della sua visione) il fulcro della presa in carico.
- Piani di Zona degli Ambiti territoriali – Accordi di programma
- Servizi Sociali Comunali di riferimento
- Pediatri di libera scelta e medici di medicina generale

8. Ruolo delle famiglie

Il coinvolgimento delle famiglie rappresenta un pilastro centrale del progetto del “ Il granaio e i voli possibili”. Nessun intervento educativo o riabilitativo, per quanto ben strutturato, può realmente produrre effetti duraturi se non viene sostenuto e rinforzato all’interno del contesto familiare. Per questo, i genitori e i fratelli/sorelle non sono considerati semplici spettatori, ma **attori attivi, co-costruttori e protagonisti del percorso**.

8.1 Genitori: co-educatori e partner del progetto

I genitori sono i primi educatori dei loro figli, ma spesso si trovano a vivere un senso di solitudine e inadeguatezza di fronte alle sfide poste dalla disabilità. Il progetto “Il granaio dei voli possibili” intende trasformare questa fragilità in una risorsa, rendendo i genitori parte integrante del progetto.

Formazione e parent training

Attraverso incontri periodici di parent training, i genitori acquisiscono strumenti concreti per affrontare le difficoltà quotidiane: come gestire i comportamenti problema, come rinforzare le autonomie, come favorire la comunicazione. Le strategie utilizzate al centro vengono condivise con i genitori, che imparano ad applicarle in casa, garantendo così continuità e coerenza educativa.

Spazi di confronto

Il centro offre ai genitori anche spazi di confronto e di ascolto reciproco. Condividere esperienze con altre famiglie riduce il senso di isolamento e genera una rete di supporto che diventa parte integrante del progetto.

Riduzione del carico assistenziale

Un obiettivo implicito ma fondamentale è la riduzione del carico assistenziale dei genitori. Sapere che il figlio è seguito in un contesto sicuro, competente e stimolante, permette ai caregiver di recuperare tempo, energie e serenità, con effetti positivi sull’intero nucleo familiare.

8.2 Fratelli e sorelle: risorsa educativa e affettiva

Una delle innovazioni più significative del progetto è il riconoscimento del ruolo dei fratelli e delle sorelle. Spesso, nei percorsi tradizionali, i fratelli restano sullo sfondo: non sono destinatari diretti, eppure vivono quotidianamente l’esperienza della disabilità. Il rischio è che si sentano trascurati o, al contrario, sovraccaricati di responsabilità.

Il progetto “ Il granaio e i voli possibili” valorizza i fratelli e le sorelle in quanto **risorse preziose**, con un ruolo educativo e affettivo insostituibile:

- **Modelli di imitazione:** i bambini apprendono molto attraverso l'osservazione e l'imitazione. Vedere un fratello che si lava i denti, prepara lo zaino o gioca in gruppo diventa un potente stimolo motivazionale.
- **Facilitatori di relazioni:** i fratelli creano occasioni naturali di interazione e gioco, più spontanee e meno strutturate rispetto a quelle con gli adulti.
- **Riferimenti affettivi:** la relazione fraterna è spesso la più autentica, capace di resistere al tempo e di costituire una base sicura per l'autostima del minore con disabilità.

Per questo il progetto prevede **laboratori e attività specifiche** rivolti ai fratelli, che consentono loro di sentirsi parte del percorso, di sviluppare consapevolezza e di elaborare vissuti spesso complessi. Allo stesso tempo, si creano spazi di relazione condivisa in cui fratelli e sorelle possono rafforzare i legami e contribuire attivamente al consolidamento delle autonomie del minore.

8.3 Una famiglia protagonista

In questo modo, il progetto supera la logica che vede la famiglia come “portatrice di problemi” e la riconosce come **motore di cambiamento**.

- I genitori diventano partner educativi e co-educatori.
- I fratelli e le sorelle diventano risorse affettive ed educative.
- L'intera famiglia acquisisce strumenti, serenità e nuove prospettive.

Il risultato è una maggiore **coesione familiare**, un minor rischio di isolamento e un percorso di crescita che non riguarda solo il minore con disabilità, ma tutti i membri del nucleo.

9. Equipe multidisciplinare

Il valore del progetto “Il granaio e i voli possibili” non risiede soltanto negli spazi innovativi e nelle attività previste, ma soprattutto nelle *persone* che lo rendono possibile. La ricchezza dell’equipe multidisciplinare rappresenta una delle principali garanzie di qualità e innovatività del percorso. Ogni figura professionale contribuisce con competenze specifiche, che vengono integrate in un progetto unitario attraverso il coordinamento e la supervisione condivisa.

Educatori psico-pedagogico e sanitario

Sono il cuore pulsante delle attività quotidiane. Gli educatori progettano e conducono i percorsi di intervento accompagnando i minori nella routine giornaliera, stimolano autonomie, promuovendo esperienze e conoscenza, favoriscono la socializzazione. La loro presenza costante permette di costruire relazioni di fiducia, diventando riferimenti indispensabili per la crescita personale. E’ la figura professionale che, in base al progetto individualizzato e di vita di ciascun minore, creare sinergie con anche supporti in presenza, a scuola, al domicilio e sul territorio.

Operatori Socio-Sanitari (OSS)

Garantiscono supporto pratico e assistenziale, collaborando con gli educatori per la cura dei minori. Sono figure chiave nella gestione dei momenti più delicati (igiene, alimentazione, sicurezza), assicurando continuità tra aspetti educativi e bisogni di base.

Terapisti della riabilitazione

Lavora in ambito curativo-riabilitativo, collaborando alla valutazione delle potenzialità del minore, analizzando i bisogni e le istanze evolutive. Promuove interventi finalizzati ad un approccio che richiede un cambiamento culturale nella gestione del minore con disabilità nella sua complessità. Occuparsi, ad esempio, dei disturbi del comportamento non significa solo estinguere i comportamenti problematici, ma agire un’azione di cura preventiva per fattori di rischio che potrebbero incidere sull’adulto che diventerà.

Fisioterapisti

Svolgono attività mirate allo sviluppo motorio e neuromotorio, sia in palestra che in piscina riabilitativa. Intervengono con esercizi specifici, adattati alle esigenze di ciascun minore, e collaborano con educatori e famiglie per trasferire le abilità motorie nella vita quotidiana.

Psicologo

Offre supporto all’equipe, alle famiglie e ai minori stessi. Contribuisce alla valutazione iniziale, al monitoraggio degli obiettivi e alla gestione delle dinamiche emotive e relazionali.

Fornisce inoltre sostegno psicologico ai genitori, aiutandoli a gestire vissuti, emozioni e ad affrontare stress e fatiche legate alla disabilità, facendo anche emergere comportamenti virtuosi e di valore genitoriale.

Specialista CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa)

Introduce e supervisiona strumenti e strategie per favorire la comunicazione nei minori con difficoltà linguistiche. Grazie all'uso di simboli, immagini, tabelle e dispositivi digitali, garantisce a ogni bambino la possibilità di esprimersi e partecipare attivamente alle attività.

Analista del comportamento

Applica metodologie per insegnare nuove abilità e ridurre comportamenti disfunzionali. Collabora con educatori e genitori, offrendo strategie pratiche e supervisionando i progressi.

Tecnici informatici (supporto, formazione, sviluppo)

Sono figure innovative e rare in contesti educativi e riabilitativi. Un tecnico si occupa del **supporto operativo** (gestione quotidiana delle tecnologie), un secondo cura la **formazione degli operatori** per l'uso delle piattaforme e degli ambienti immersivi, mentre un terzo segue lo **sviluppo e l'adattamento dei contenuti digitali**, creando scenari personalizzati per le simulazioni.

Assistente sociale

Garantisce il collegamento con la rete dei servizi territoriali, supporta le famiglie nella gestione burocratica e favorisce l'integrazione con misure e progetti già attivi (es. Misura B1, voucher integrativi, ecc.).

Coordinatore del progetto

È responsabile della regia complessiva. Supervisiona il lavoro dell'equipe, assicura la coerenza metodologica, organizza la comunicazione con famiglie e scuole e garantisce il raggiungimento degli obiettivi.

Infermiere

Si occupa della salute dei minori, gestendo aspetti clinici di base e monitorando eventuali fragilità sanitarie. La sua presenza garantisce sicurezza e tranquillità a famiglie e operatori.

Un lavoro corale

L'equipe multidisciplinare lavora in **stretta sinergia**: ogni figura mette a disposizione le proprie competenze, ma l'efficacia deriva dall'integrazione. Le riunioni periodiche di equipe, i momenti di supervisione e la condivisione con le famiglie assicurano un percorso coerente e personalizzato per ciascun minore.

Il risultato è un modello di intervento che unisce dimensioni educative, cliniche, tecnologiche e sociali in un unico progetto unitario.

Infine, ruolo importante sarà quello determinato dalla presenza dei volontari, risorsa di supporto alle attività interne ma anche come ponte di connessione con le comunità territoriali, permettendo percorsi virtuosi di sperimentazione dello stare accanto con gratuità e servizio verso gli altri.

Orario CDD Progetto “Il granaio e i voli possibili” – fase sperimentazione
Per permettere l’inserimento scolastico la proposta iniziale di orario è quello di una frequenza per tre giornate, definite in base alle necessità della famiglia e della scuola con due possibili orari: 1) Dalle ore 9.30 alle ore 16.30 (21 ore) 2) dalle 9.30 alle ore 16.30 e dalle ore 13.00 alle ore 16.30 (monte ore - > = <i>18 ore settimanali, compatibili con voucher misura B1</i>)

Definizione della durata complessiva del Progetto- “ Il granaio e i voli possibili” avrà inizio il 3 novembre 2025 al 2 novembre 2026 e avrà una programmazione di 48 settimane di apertura.

10. Elementi di innovatività e integrazione

Il progetto “Il granaio e i voli possibili” si distingue nel panorama dei servizi per la disabilità per una serie di elementi di innovatività, sia sul piano metodologico, sia su quello organizzativo e tecnologico. La sua forza non risiede solo nella varietà delle attività offerte, ma soprattutto nella capacità di **mettere in rete competenze, strumenti e attori diversi**, generando un modello realmente nuovo di presa in carico.

10.1 Innovazione tecnologica ed educativa

Uno degli elementi più originali è l'utilizzo degli **ambienti immersivi multisensoriali**, che consentono di simulare in modo realistico situazioni della vita quotidiana. Attraversare un incrocio pedonale, fare la spesa, prendere un autobus o recarsi dal medico diventano esperienze guidate in un contesto sicuro, modulabile e ripetibile.

Questa innovazione tecnologica non sostituisce l'esperienza reale, ma la prepara e la potenzia, riducendo paure e ansie, facilitando l'apprendimento e rendendo possibile una generalizzazione più rapida. L'uso di queste tecnologie nei servizi educativi e riabilitativi è ancora poco diffuso in Italia: il progetto innovativo “ Il granaio e i voli possibili” si propone quindi come **pioniere di un approccio sperimentale**, che può diventare modello replicabile anche in altri territori.

10.2 Integrazione di spazi esperienziali

Il progetto non si limita agli ambienti immersivi, ma integra diverse tipologie di spazi esperienziali: la **piscina riabilitativa**, che stimola motricità, regolazione emotiva e benessere psicofisico; il **giardino sensoriale**, che favorisce la calma, la consapevolezza corporea e l'esplorazione naturale; i **laboratori domestici e scolastici**, che traducono abilità teoriche in competenze concrete.

Questa combinazione di spazi rappresenta un unicum: ogni area del centro è pensata come **contesto di apprendimento**, e l'intero edificio diventa un “ambiente educativo diffuso”, in cui ogni momento e ogni luogo offrono opportunità di crescita.

10.3 Centralità della famiglia e valorizzazione dei fratelli

Un altro elemento di innovatività è l'attenzione rivolta non solo ai genitori, ma anche ai fratelli e alle sorelle dei minori. Includere i fratelli come destinatari diretti di attività dedicate significa riconoscere che la disabilità è un fenomeno che coinvolge l'intero nucleo familiare.

In molti servizi tradizionali, i fratelli rimangono invisibili. Qui, invece, vengono valorizzati come **facilitatori naturali di apprendimenti** e come punti di riferimento affettivo fondamentali. Questa scelta produce benefici sia per il minore con disabilità, che sperimenta un rapporto fraterno più ricco e inclusivo, sia per i fratelli stessi, che trovano spazi di riconoscimento e di crescita personale.

10.4 Multidisciplinarietà e figure innovative

L'equipe del progetto non è composta solo da figure educative e riabilitative tradizionali, ma integra **professionisti innovativi** come lo specialista della Comunicazione Aumentativa Alternativa, l'analista del comportamento e i tecnici informatici. Quest'ultimo aspetto, in particolare, rappresenta una novità assoluta: avere figure dedicate allo sviluppo di contenuti digitali e alla personalizzazione degli ambienti immersivi significa disporre di un know-how tecnologico che arricchisce e potenzia il percorso educativo.

La multidisciplinarietà non è un semplice elenco di competenze, ma un modo di lavorare realmente integrato: riunioni di equipe, definizione condivisa degli obiettivi, monitoraggio comune dei progressi e comunicazione costante con le famiglie.

10.5 Integrazione con scuole e territorio

Il progetto è pienamente inserito nella rete dei servizi e delle comunità locali. Le scuole vengono coinvolte attraverso protocolli di collaborazione che garantiscono continuità educativa: ciò che si sperimenta al centro viene riportato in classe e viceversa. I servizi sociosanitari partecipano al percorso con momenti di confronto e coordinamento, evitando duplicazioni e frammentazioni. La comunità territoriale – biblioteche, musei, associazioni sportive, oratori – diventa a sua volta parte integrante del progetto, accogliendo i minori in attività condivise e contribuendo alla costruzione di una **comunità educante**.

10.6 Allineamento con le politiche regionali

Gli elementi innovativi del progetto rispondono in modo diretto alle priorità indicate dal **Piano Sociosanitario Regionale 2024–2028** della Regione Lombardia, che sottolinea la necessità di sviluppare modelli integrati, di valorizzare l'autonomia e di sostenere le famiglie. Il Centro Diurno "Il Granaio" non solo si colloca all'interno di queste linee, ma le anticipa e le arricchisce con soluzioni originali e replicabili, rappresentando un modello che può essere proposto come **buona pratica regionale**.

10.7 Una nuova visione dei servizi

In sintesi, l'innovatività del progetto non sta solo negli strumenti utilizzati, ma nella **visione complessiva**:

- il minore è visto come persona con potenzialità, non come "portatore di bisogni";
- la famiglia è riconosciuta come risorsa e non come problema;
- la tecnologia è strumento educativo, non fine in sé;
- il territorio è parte della rete, non contesto esterno.

Questa nuova visione permette di superare la logica della frammentarietà dei servizi e di proporre un modello unitario, inclusivo e orientato al futuro.

11. Sostenibilità, trasferibilità e replicabilità

Uno dei punti di forza del progetto del CDD “Il granaio e i voli possibili” è la sua **sostenibilità a lungo termine**. Il progetto “Il Granaio dei voli possibili” vuole configurarsi come servizio stabile e non solo come sperimentazione a termine.

La sostenibilità si articola su più livelli:

- **Infrastrutturale e organizzativa**
- **Economica**
- **Sociale e comunitaria**

L’iniziativa non nasce come sperimentazione isolata, destinata a esaurirsi con la fine del finanziamento, ma come modello capace di consolidarsi e sostenersi nel tempo e di generare un impatto duraturo sul territorio.

11.1 Sostenibilità infrastrutturale e organizzativa

Il progetto si basa su **infrastrutture permanenti** già presenti presso la Fondazione Angelo Custode: la piscina riabilitativa, il giardino sensoriale, gli spazi educativi e gli ambienti immersivi multisensoriali. Queste strutture, una volta realizzate e attrezzate, rimangono a disposizione in modo continuativo, senza la necessità di ulteriori investimenti strutturali.

La sostenibilità è garantita anche dall’organizzazione interna: il centro dispone di un’equipe stabile di operatori, già formati o in corso di formazione, che assicura continuità e qualità del servizio. Inoltre, il progetto prevede la creazione di un **sistema di monitoraggio e valutazione** che permetterà di raccogliere dati, evidenziare risultati e dimostrare l’impatto, facilitando così l’accesso a futuri finanziamenti e partnership.

11.2 Sostenibilità economica

Il modello economico del progetto si fonda su un mix di fonti: contributi regionali, cofinanziamento della Fondazione e, in prospettiva, compartecipazioni proporzionate e sostenibili da parte dei destinatari, in linea con le normative sui LEA. La possibilità di integrare diverse linee di finanziamento (sanitarie, sociali, scolastiche) garantisce la stabilità economica del progetto, riducendo il rischio di dipendenza da un’unica fonte.

Infine, la Fondazione svolgerà azione di fundraising per sensibilizzare il territorio a sostenere un servizio che vuole essere parte integrante del suo tessuto sociale.

11.3 Trasferibilità

Il progetto è concepito come **modello trasferibile**:

- Attraverso il coinvolgimento attivo delle famiglie, delle scuole, delle associazioni e del volontariato territoriale genera un senso di corresponsabilità che alimenta la continuità del progetto e ne assicura la radicazione nel tessuto sociale bergamasco.

- Gli ambienti immersivi multisensoriali possono essere adattati ad altri contesti, con scenari personalizzati in base alle esigenze locali.
- La piscina riabilitativa e il giardino sensoriale rappresentano soluzioni replicabili in altre strutture, anche in versioni più semplici.
- I laboratori scolastici, domestici e di socializzazione possono essere riprodotti in scuole, centri diurni e comunità alloggio.

La trasferibilità non riguarda solo gli spazi, ma anche le metodologie: parent training, coinvolgimento dei fratelli, uso della CAA e strategie di generalizzazione possono essere applicati in diversi contesti con minimi adattamenti.

11.4 Replicabilità

Il progetto non è pensato come “prodotto finito”, ma come **modello replicabile**. La sua modularità consente di estrarre singoli componenti (es. laboratori domestici, percorsi per fratelli, ambienti immersivi) e di implementarli gradualmente in altri centri.

La replicabilità è rafforzata da tre fattori:

1. **Documentazione sistematica:** ogni attività viene descritta, monitorata e valutata, creando un patrimonio di conoscenze utile per futuri adattamenti.
2. **Formazione operatori:** il know-how viene trasmesso a educatori, terapisti e insegnanti, che possono diffondere le pratiche anche oltre il Centro.
3. **Rete territoriale:** la collaborazione con scuole e servizi crea le condizioni per estendere il modello ad altri contesti educativi e comunitari.

11.5 Una buona pratica provinciale e regionale

Grazie a questi elementi, il progetto “Il granaio e i voli possibili” si propone come **buona pratica provinciale e regionale**: un progetto sostenibile, trasferibile e replicabile, che può diventare riferimento per altri territori e contribuire allo sviluppo di politiche innovative per la disabilità.

12. *Impatto atteso*

Il progetto “ Il granaio e i voli possibili” è stato concepito non solo come un insieme di attività, ma come un modello capace di **generare impatti concreti, misurabili e duraturi**. Esso riguarda i minori, le famiglie, i servizi sociosanitari e scolastici, e l’intera comunità territoriale.

12.1 **Impatto sui minori**

Il beneficio principale atteso riguarda i bambini e i ragazzi che parteciperanno al progetto.

Attraverso percorsi strutturati e personalizzati, i minori potranno:

- **Sperimentare, conoscere e sviluppare autonomie quotidiane:** lavarsi, vestirsi, utilizzare correttamente le posate, riordinare i propri oggetti, gestire piccoli compiti domestici. Queste competenze riducono la dipendenza dagli adulti e aumentano la dignità personale.
- **Gestire e potenziare aspetti comunicativi e comportamentali:** saper riconoscere e modificare i comportamenti disfunzionali e incrementare quelli adeguati; individuare e rilevare aspetti comunicativi espressi attraverso l’utilizzo delle immagini, espressioni, movimenti del corpo, vocalizzi, ecc.; fornire strumenti di comunicazione affinché possano essere espressi bisogni e desideri, ecc.
- **Migliorare le competenze relazionali e sociali:** partecipare a giochi di gruppo, attività motorie, uscite sul territorio, sperimentarsi nell’ambiente sensoriale e immersivo, permetterà esperienze di conoscenza del mondo che li circonda, imparando a viverlo con maggiore competenza e serenità e riducendo isolamento e marginalità.
- **Accrescere il benessere psicofisico:** attività in piscina, nel giardino sensoriale e nei laboratori creativi favoriranno rilassamento, regolazione emotiva e autostima.
- **Aumentare la capacità di generalizzazione:** ciò che viene appreso al CDD sarà trasferibile nella vita quotidiana, rendendo più fluida la transizione tra contesto protetto e realtà esterna.

In sintesi, l’impatto atteso sui minori è la costruzione di percorsi di vita di qualità, nel rispetto della loro complessità, valorizzandone le potenzialità e la loro capacità di apprendere e agire un cambiamento quando sentono di far parte del contesto e lo possono vivere appieno.

12.2 **Impatto sui genitori**

I genitori sono spesso i principali caregiver dei figli con disabilità, con un carico assistenziale e psicologico molto elevato. Il progetto mira a produrre su di loro un impatto positivo in diversi modi:

- **Riduzione dello stress:** sapere che il figlio è inserito in un contesto sicuro e competente consente ai genitori di recuperare energie e serenità.

- **Empowerment educativo:** attraverso il parent training, i genitori acquisiscono strumenti concreti per sostenere la crescita del figlio, riducendo il senso di inadeguatezza e aumentando la fiducia nelle proprie capacità.
- **Rete di supporto:** gli incontri con altri genitori e con i professionisti creano una rete di condivisione che contrasta l'isolamento sociale e psicologico.
- **Continuità educativa:** la collaborazione con il centro favorisce la coerenza tra interventi educativi, scuola e vita domestica.

L'impatto atteso è quello di **rafforzare le famiglie** non solo come contesto di cura, ma come **motore di crescita e di inclusione**.

12.3 Impatto sui fratelli e sorelle

Coinvolgere fratelli e sorelle produce benefici diretti e indiretti:

- **Maggiore inclusione nella vita familiare:** i fratelli non si sentono esclusi, ma riconosciuti come parte attiva del progetto.
- **Crescita personale:** partecipare a laboratori e attività dedicate permette loro di sviluppare empatia, consapevolezza e competenze relazionali.
- **Rapporto fraterno più forte:** le esperienze condivise diventano terreno fertile per costruire una relazione affettiva solida, che continuerà anche nell'età adulta.

L'impatto è duplice: miglioramento della qualità della vita del minore con disabilità e benessere psicologico dei fratelli stessi, che si sentono valorizzati e non trascurati.

12.4 Impatto sui servizi sociosanitari e scolastici

Il progetto ha effetti significativi anche sulla rete dei servizi:

- **Riduzione della frammentarietà:** grazie alla collaborazione tra centro, scuole e servizi sanitari, si evitano duplicazioni e discontinuità.
- **Migliore inclusione scolastica:** le scuole possono beneficiare delle metodologie sperimentate al centro, trasferendole in classe.
- **Alleggerimento del sistema sanitario:** sviluppare autonomie riduce il ricorso a interventi sanitari di emergenza o a ricoveri impropri, producendo un risparmio per il sistema. Una maggiore attenzione alle condizioni di salute quotidiane, attraverso anche un lavoro di supporto e di sostegno verso la famiglia per l'azione preventiva e di rispetto dei follow-up programmati, favorirà la diminuzione degli accessi in pronto soccorso e, di conseguenza, le ospedalizzazioni.

12.5 Impatto sulla comunità

Il progetto contribuisce alla costruzione di una **comunità educante**. Attraverso uscite sul territorio, collaborazioni con associazioni, musei, biblioteche e oratori, i minori con disabilità diventano parte della vita comunitaria e la comunità stessa impara a riconoscere e valorizzare la diversità. L'impatto culturale e sociale atteso è quello di una società più inclusiva, consapevole e accogliente.

12.6 Un cambiamento sistemico

L'impatto complessivo del progetto va oltre i singoli beneficiari: si traduce in un cambiamento sistemico, in cui minori, famiglie, scuole e comunità collaborano in una logica di rete. Questo consente non solo di migliorare la qualità della vita dei partecipanti, ma anche di creare un modello replicabile che arricchisce il territorio e contribuisce allo sviluppo delle politiche regionali sulla disabilità.

13. Conclusioni

Il progetto innovativo "Il granaio e i voli possibili" parte integrante del CDD IL GRANAIO della Fondazione Angelo Custode rappresenta un **modello innovativo e coraggioso** di presa in carico globale.

Non un semplice servizio assistenziale, ma un **laboratorio di vita**, dove ogni bambino e ragazzo con disabilità viene accompagnato a sviluppare le proprie potenzialità attraverso percorsi personalizzati, esperienze concrete e relazioni significative.

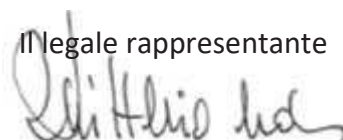
La forza del progetto risiede nella sua **visione integrata**:

- il minore è visto come persona con capacità da valorizzare, non solo come portatore di fragilità;
- la famiglia è protagonista, con genitori formati e fratelli valorizzati come risorsa educativa e affettiva;
- la tecnologia e gli ambienti immersivi sono strumenti al servizio dell'educazione, non fini a sé stessi;
- la comunità diventa parte del percorso, costruendo una rete che sostiene e accoglie.

Il progetto si propone di generare un impatto reale: minori più autonomi, famiglie più forti, servizi più integrati, comunità più inclusive. Ma guarda anche oltre, proponendosi come **buona pratica replicabile** a livello regionale e nazionale.

Il CDD "Il Granaio" quindi, non è soltanto un luogo: è una **visione di futuro**, in cui i bambini e i ragazzi con disabilità possano crescere in dignità, autonomia e partecipazione, e in cui le loro famiglie possano sentirsi meno sole, più competenti e parte di una comunità educante e il progetto innovativo "Il granaio e i voli possibili", rappresenta la fase di avvio di questo percorso di vita in divenire.

Il legale rappresentante



**CONVENZIONE PER LA REGOLAMENTAZIONE TRA LE PARTI DELLA COPROGETTAZIONE
RELATIVA ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI
PARTNER PER LA COPROGETTAZIONE PER LO SVILUPPO E LA DEFINIZIONE DEI MODELLI
INNOVATIVI PREVISTI AI SENSI DEL PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO
2024/2028 E DELLA DGR N. 3720/2024 – ATTUAZIONE DELLA DGR XII/4481 DEL 03.06.2025.**

- Tra l'**Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo**, nella persona del Dott. Massimo Giovanni Giupponi, in qualità di Direttore Generale pro tempore, domiciliata presso la sede in Via Gallicciolli, 4, 24121 – Bergamo (BG), P.IVA / CF: 04114400163 - d'ora innanzi anche solo denominato "ATS" o "Amministrazione precedente"

e

- L'Ente **Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.**, nella persona del Dott. Giovanni Tosi, in qualità di Legale Rappresentante, con sede in sede legale in Via Rovelli, 28/l, 24125 - Bergamo (BG), C.F./P.IVA.: 01727120162 - d'ora innanzi anche solo denominata "Ente partner" o "Soggetto attuatore"

di seguito ATS Bergamo e L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. saranno congiuntamente definite "parti";

per la seguente Area progettuale:

☐ **Area della presa in carico delle persone con demenza**

☒ **Area della Salute Mentale**

☐ **Area della Disabilità e non autosufficienza**

.....

* * *

PREMESSO CHE

- con l'adozione del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 recante "Codice del Terzo Settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106", in breve CTS, l'istituto della coprogettazione ha assunto un ruolo fondamentale nei rapporti tra la Pubblica Amministrazione e gli Enti del Terzo Settore (di seguito ETS);
- la coprogettazione è definita come il processo attraverso il quale la Pubblica Amministrazione definisce ed eventualmente realizza specifici progetti di servizio o di

intervento finalizzati a soddisfare bisogni individuati anche all'esito della precedente fase di programmazione;

RICHIAMATI

- l'art. 118, co. 4, della Costituzione, introdotto dalla L. cost. n. 3/2001, di riforma del Titolo V della Costituzione, ha riconosciuto il principio di sussidiarietà orizzontale, accanto a quello di sussidiarietà verticale, ai fini dell'esercizio delle funzioni amministrative;
- l'art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017, recante il “Codice del Terzo Settore” (in avanti anche solo “CTS”), che disciplina, relativamente alle attività di interesse generale, previste dall'art. 5 del CTS, l'utilizzo degli strumenti della co-programmazione, della coprogettazione e dell'accreditamento e, in particolare, ai commi 1 e 3, prevede che:
 - «1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e coprogettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonché delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona»;
 - «3. La coprogettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2»;
- le Linee Guida dell'ANAC in materia di affidamento di servizi sociali;
- la Legge n. 241/1990 “Legge sul Procedimento Amministrativo”;
- il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72 del 31 marzo 2021, con il quale sono state adottate le “Linee Guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore”, disciplinato negli articoli 55-57 del decreto legislativo n. 117/2017, allo scopo di supportare gli enti pubblici nella concreta applicazione degli articoli 55, 56 e 57;

DATO ATTO CHE ATS BERGAMO

con Avviso di manifestazione d'interesse indetto ai sensi dell'art. 55 del D.lgs. n. 117/2017 e s.m.i. pubblicato sul sito web ATS Bergamo, nella sezione “Bandi e gare”, in data 28/08/2025, ATS Bergamo ha indetto Avviso per la selezione di Enti gestori di UdO sociali e/o sociosanitarie e sanitarie, cui affidare una delle aree ivi indicate, previste nella DGR XII/4481 del 03/06/2025, per l'attuazione di quanto contenuto nel documento definitivo frutto di co-progettazione;

RICHIAMATE

- la Deliberazione ATS n. 588 del 28/08/2025 di approvazione dell'Avviso pubblico e dei relativi Allegati ai fini della ricezione delle domande di partecipazione da parte di Enti gestori di UdO sociali e/o sociosanitarie e sanitarie volte alla istruttoria ad evidenza pubblica di co-progettazione;
- la Deliberazione ATS n. 630 del 26/09/2025 di nomina della Commissione Valutatrice;
- la Deliberazione ATS n. 747 del 19/11/2025 di esito della prima fase di selezione e di ammissione degli enti alla fase di coprogettazione con la quale si motiva la scelta di selezionare gli Enti in prima posizione utile nelle relative graduatorie per area, come indicato nel citato Avviso pubblico;

RILEVATO

che la verifica del possesso dei requisiti dei Soggetti Attuatori autodichiarati nell'ambito della procedura ad evidenza pubblica ha dato esito positivo e pertanto può procedersi con la sottoscrizione della presente Convenzione mediante la quale regolare i reciproci rapporti fra le parti.

Tanto premesso,

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – Premesse

Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente atto.

Art. 2 – Oggetto della Convenzione

1. Oggetto della convenzione, sottoscritta fra le Parti, è la regolamentazione del rapporto di collaborazione, finalizzato alla realizzazione degli interventi descritti nel Progetto Definitivo.
2. In ragione di quanto precede, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. assume l'impegno di apportare agli interventi tutte le necessarie migliorie, che saranno concordate, nel corso del rapporto convenzionale per assicurare la migliore tutela dell'interesse pubblico e dei soggetti beneficiari dell'intervento, fermo restando quanto previsto dall'Avviso pubblico e dai relativi Allegati, e nello spirito tipico del rapporto di collaborazione attivato con la co-progettazione.

Art. 3 – Durata della Convenzione

1. La presente convenzione ha validità dalla data di sottoscrizione per la durata di 1 anno, salvo eventuali proroghe previste a seguito dell'approvazione di successivi provvedimenti regionali o nazionali e fermo restando la necessità di effettuare verifiche intermedie promosse da ATS Bergamo e finalizzate ad accertare l'efficacia degli interventi nel frattempo avviati.

Art. 4 – Risorse messe a disposizione dalle parti

1. Per realizzare le finalità e gli obiettivi degli interventi, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. mette a disposizione le risorse strumentali (attrezzature e mezzi), umane proprie (personale dipendente e/o prestatori d'opera intellettuale e/o di servizio, ecc., operanti a qualunque titolo) e finanziarie specificate nel Progetto Definitivo (Allegato 1).
2. Per la realizzazione degli interventi previsti, ATS Bergamo metterà a disposizione le risorse specificate al successivo art. 5, precisando fin d'ora che l'importo

corrispondente alle risorse, a vario titolo, messe a disposizione dall'Amministrazione procedente, costituisce il massimo importo erogabile dalla stessa.

3. Le risorse umane, impiegate nelle attività, sono quelle previste nel già citato Progetto Definitivo e il personale ingaggiato dall'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e dai partner di progetto, operanti a qualunque titolo nelle attività progettuali, risponde direttamente del proprio operato.
4. Il Responsabile Coordinatore di Progetto, Dott. Raffaele Casamenti, Responsabile Progetti Territoriali dell'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. sarà il Referente per i rapporti con ATS Bergamo, che vigilerà sullo svolgimento delle attività secondo modalità e termini ritenuti efficaci.
5. Con la sottoscrizione della presente Convenzione, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. si impegna a rispettare e a far rispettare ai partner di progetto tutte le vigenti norme contrattuali, regolamentari, previdenziali, assicurative e di sicurezza dei luoghi di lavoro. Il rapporto con il personale dipendente o i prestatori d'opera intellettuale o di servizio o i collaboratori ad altro titolo individuati, è regolato dalle normative contrattuali, previdenziali, assicurative, fiscali vigenti in materia.

Art. 5 – Procedura di co-progettazione aperta

1. Ai fini di coordinare le azioni e procedere alla continua integrazione e diversificazione delle tipologie e modalità di intervento l'ATS di Bergamo e l'Ente si impegnano a mantenere aperta la co-progettazione, per l'intera durata del Progetto.
2. Le verifiche e gli aggiornamenti tra le parti verranno effettuati a cadenza periodica (minimo trimestrale).
3. Verrà data particolare evidenza operativa alle seguenti aree progettuali:
 - Accessibilità;
 - Innovazione;
 - Sostenibilità;
 - Trasferibilità.

Dovranno essere inoltre sviluppate le azioni progettuali rispetto all'evoluzione riferita ai LEA/NSG individuati nel progetto e di seguito riportati:

- art.25: Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;
 - art. 26: Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali;
 - art. 28: Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche;
 - D26C: Tasso di ospedalizzazioni per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne;
 - D27C: Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria;
 - D29C: Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti;
4. ATS si riserva la facoltà di chiedere al Soggetto attuatore la partecipazione in qualunque momento al Tavolo di co-progettazione.

Art. 6 – Somme liquidabili per la realizzazione degli interventi

1. L'importo massimo riconosciuto all'Ente per l'espletamento delle attività individuate dalla presente convenzione è stabilito in € 360.545,23 a titolo di contributo economico e verrà erogato secondo le modalità e le tempistiche qui di seguito riportate:
 - anticipazione pari al 40% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale accompagnata dalla dichiarazione di conservazione della

documentazione di spesa, nelle more del recepimento del Decreto di riparto regionale e conseguente disponibilità sul Bilancio Sociosanitario di ATS Bergamo;

- saldo intermedio pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione intermedia riferita all'attivazione delle azioni previste nel progetto definitivo;
 - saldo finale pari al 30% del totale delle risorse regionali previste dal budget progettuale, a seguito della valutazione positiva della rendicontazione finale delle spese effettive sostenute.
2. Qualora, in esito a controlli, si evidenziassero irregolarità o costi rendicontati riconosciuti inferiori alle somme liquidate, l'aggiudicatario si impegna a restituire quanto indebitamente percepito.
 3. La corresponsione dei singoli importi sarà inoltre subordinata all'accertamento della regolarità contributiva dell'Ente, attestata da certificazione DURC in corso di validità.

Art. 7 – Assicurazioni

L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e gli Enti partner di progetto provvedono alla copertura assicurativa di legge delle risorse umane impiegate a qualunque titolo nelle attività di cui alla presente Convenzione. L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e gli Enti partner di progetto sono responsabili civilmente e penalmente dei danni di qualsiasi natura che possano derivare a persone o cose legate allo svolgimento delle attività previste dal Progetto Definitivo. In conseguenza di ciò, ATS Bergamo è sollevata da qualunque pretesa, azione, domanda che possa derivare, direttamente o indirettamente, dalle attività della presente Convenzione.

Art. 8 – Divieto di cessione

1. È vietato cedere anche parzialmente la presente Convenzione, pena l'immediata risoluzione della stessa e il risarcimento dei danni e delle spese causate all'ATS di Bergamo. L'esecuzione delle azioni è in capo al solo Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., salvo per le attività derivanti da rapporti di partenariato, individuati in sede di presentazione della proposta progettuale e approvate in sede di documento progettuale definitivo.
2. L'Accordo di Partenariato, presentato dall'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. e agli atti dell'Amministrazione procedente, sarà oggetto di aggiornamento entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della presente Convenzione.
3. Con la sottoscrizione della presente Convenzione, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. assume l'impegno – in attuazione del principio di buona fede – di comunicare ad ATS Bergamo le criticità e le problematiche che dovessero insorgere al fine di poter scongiurare, ove possibile, le ipotesi previste dal precedente comma.

Art. 9 – Monitoraggio delle attività oggetto della convenzione e rendicontazione

1. ATS Bergamo assicura il monitoraggio quali-quantitativo sulle attività svolte dall'Ente, attraverso la verifica periodica del perseguimento degli obiettivi in rapporto alle attività oggetto della Convenzione, riservandosi di apportare tutte le variazioni che dovesse ritenere utili ai fini della buona riuscita delle azioni ivi contemplate, senza che ciò comporti ulteriori oneri a carico dell'Ente, il quale è tenuto ad apportare le variazioni richieste.
2. ATS Bergamo è tenuta al presidio, al controllo della rendicontazione puntuale sia sul piano dei contenuti tecnici sia sul piano amministrativo e gestionale degli interventi e delle attività svolte dagli Enti attuatori indicati nell'Accordo di Partenariato.

3. Nello specifico, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. trasferirà a tutti gli Enti attuatori, partner progettuali, attestati da relativo Accordo di Partenariato agli atti di ufficio dell'Amministrazione procedente, a seguito di suddetta procedura, le somme relative alla realizzazione del progetto entro i limiti del *budget* destinato da ATS, con obbligo di rendicontazione, e, in ogni caso, previa verifica della regolarità relativa agli adempimenti previdenziali, assicurativi e assistenziali e comunque entro la somma massima messa a disposizione.
4. In proposito, la rendicontazione delle spese è necessaria in ragione della riconducibilità delle risorse riconosciute agli ETS ai contributi, di cui all'art. 12 della legge n. 241/1990 (a conferma di tale orientamento le Linee Guida Ministeriali sul rapporto fra PA ed Enti del Terzo Settore – DM 72/2021); pertanto, la relativa attività, sulla scorta degli orientamenti univoci della giurisprudenza amministrativa e contabile, dovrà essere analitica ed inerente alle attività svolte, posto che le amministrazioni pubbliche devono controllare il corretto impiego delle risorse (art. 93, comma 3, lett. e), CTS.
5. A conclusione delle attività, oggetto del partenariato e di successivo avviso, i Soggetti attuatori presenteranno – entro e non oltre 30 giorni – una relazione tecnica conclusiva, nella quale saranno declinate nel dettaglio le attività svolte.
6. ATS Bergamo cura il monitoraggio quali-quantitativo sulle attività svolte dall'Ente capofila (e, di riflesso, dagli Enti partner), attraverso la verifica periodica del perseguimento degli obiettivi in rapporto alle attività oggetto della Convenzione.
7. Per la rendicontazione dei costi di personale sarà necessaria la presentazione della lettera di incarico, del timesheet, del cedolino/fattura, della dichiarazione attestante il costo orario e della quietanza di pagamento.
8. Nell'ambito del piano finanziario previsionale del progetto potranno essere riconosciute solo le spese relative a prestazioni sociosanitarie/sanitarie comprese quelle per il personale sanitario, in armonia a quanto previsto dal DPCM 12/1/2017. Tutte le spese ammissibili dovranno essere necessarie e coerenti con lo sviluppo della progettualità.
9. Nel rispetto del divieto del doppio finanziamento, il medesimo costo di un intervento non può essere rimborsato due volte a valere su fonti di finanziamento pubbliche o anche di diversa natura o entrata da compartecipazione dell'utente.
10. È prevista però la possibilità di cumulare all'interno di un unico progetto fonti finanziarie differenti “a condizione che tale sostegno non copra lo stesso costo” (divieto di doppio finanziamento).
11. Non è possibile utilizzare posti già contrattualizzati con il SSR per l'erogazione del progetto innovativo. Pertanto, nel caso il progetto preveda interventi di natura residenziale il soggetto proponente dovrà candidare per lo svolgimento delle attività una struttura accreditata con il SSR con posti non già occupati al momento dell'avvio del progetto.
12. In caso di utilizzo di spazi di strutture Sociosanitarie o sanitarie (accreditati nel caso di interventi residenziali) è necessario che, al momento della presentazione della comunicazione di avvio del progetto, gli spazi siano a disposizione esclusiva del progetto stesso o con evidenza di soluzioni organizzative tali da garantire la non commistione con eventuale utenza presente.
13. Le parti danno reciprocamente atto che potrà essere riconvocato il Tavolo di coprogettazione per ridefinire quanto utile e/o necessario alla luce degli esiti di monitoraggio periodici.
14. L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., nel rispetto delle tempistiche e modalità previste, presenterà, unitamente alla rendicontazione delle spese, le relazioni

intermedie e il DURC in modo che ATS possa svolgere le attività di controllo ai sensi degli articoli 92 e 93 del CTS.

- 15.A conclusione delle attività, oggetto del partenariato l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. presenterà, entro 60 giorni, una relazione tecnica conclusiva, nella quale saranno declinate nel dettaglio le attività svolte.

Art. 10 – Trattamento dei dati personali

- a. Le Parti si impegnano a rispettare quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018 e s.m.i. e, in generale, dalle normative in materia di trattamento dei dati personali.
- b. Ai sensi della vigente disciplina di settore ATS Bergamo e l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. in qualità di capofila del Progetto sono titolari autonomi del trattamento dei dati. Altri Enti partner saranno responsabili del trattamento dei dati dietro espressa pattuizione con l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.
- c. Ciascuna delle parti garantisce il rispetto delle disposizioni di legge, in particolare la liceità dei trattamenti di dati da essa effettuati, compresi quelli effettuati in titolarità autonoma. Le parti adottano tutte le misure tecniche e organizzative necessarie affinché i diritti degli interessati, in particolare ai sensi degli articoli 12 a 22 del GDPR, possano essere garantiti in qualsiasi momento entro i termini di legge.
- d. Le parti conservano i dati personali in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e se necessario, le parti si forniscono reciprocamente le informazioni necessarie nella rispettiva area funzionale.
- e. I Responsabili del trattamento si impegnano a:
 - I. Trattare i dati solo per finalità o le finalità sopra specificate e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali;
 - II. Trattare i dati conformemente alle istruzioni documentate dal Titolare del trattamento annesso al presente contratto;
 - III. Garantire la riservatezza dei dati a carattere personale trattati nell'ambito del presente contratto;
 - IV. Controllare che le persone autorizzate a trattare i dati a carattere personale in virtù del presente contratto:
 - si impegnino a rispettare la riservatezza o siano sottoposti ad un obbligo legale appropriato di segretezza;
 - ricevano la formazione necessaria in materia di protezione dei dati a carattere personale;
 - V. Tenere conto di ogni aspetto del GDPR fin dalla fase di prima progettazione in ogni progetto di trattamento dati che gli venga richiesto dal Titolare e fornire la necessaria consulenza qualora il progetto venga disegnato e realizzato dal Titolare stesso o da terzi incaricati;
- f. Il Responsabile del trattamento può ricorrere ad un altro Responsabile del trattamento (di seguito "l'ulteriore Responsabile del trattamento") per gestire attività di trattamento specifiche. In questo caso, informa con congruo preavviso e per iscritto il Titolare del trattamento di ogni cambiamento ravvisato riguardante l'aggiunta o la sostituzione di altri Responsabili. L'ulteriore Responsabile del trattamento deve rispettare gli obblighi del presente contratto per conto e secondo le istruzioni del Titolare del trattamento.
- g. Il Responsabile del trattamento assiste il Titolare del trattamento nella realizzazione di analisi d'impatto relative alla protezione dei dati, conformemente all'articolo 35.
- h. Il Responsabile del trattamento assiste il Titolare del trattamento nella consultazione preventiva dell'autorità di controllo, prevista dall'articolo 36 del GDPR.

- i. Il Responsabile del trattamento s'impegna a mettere in opera le misure tecniche e organizzative che garantiscono un livello di sicurezza adattato al rischio.
- j. Il Responsabile del trattamento mette a disposizione del Titolare del trattamento la documentazione necessaria per dimostrare il rispetto di tutti gli obblighi e per permettere la realizzazione di revisioni, comprese le ispezioni, da parte del Titolare del trattamento o di un altro revisore che lui ha incaricato, e contribuire alla realizzazione di queste revisioni.
- k. ATS Bergamo e l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., in qualità di Titolari del trattamento s'impegnano a:
 - I. Vigilare durante la durata di tutto il trattamento, sul rispetto degli obblighi previsti dal Regolamento europeo sulla protezione dei dati da parte del Responsabile del trattamento;
 - II. Supervisionare il trattamento, comprese le revisioni e le ispezioni da parte dei rispettivi Responsabili del trattamento.

Art. 11 - Codice di Comportamento

L'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. dichiara di essere edotto degli obblighi derivanti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 (Delibera n 470 del 10/07/2025) - reperibile sul sito internet istituzionale dell'Ente: www.ats-bg.it - e di impegnarsi, pena la risoluzione della Convenzione, ad osservare gli obblighi di condotta previsti dai sopracitati documenti per quanto compatibili.

Art. 12 – Referenti

Per i rapporti con l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., ATS Bergamo individua quale referente il Direttore della SC Programmazione Percorsi di presa in carico nelle Aree Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità, Dott.ssa Laura Randazzo.

Per i rapporti con ATS Bergamo, l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R., individua quale referente il Responsabile Progetti Territoriali dell'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R, Dott Raffaele Casamenti.

Art. 13 – Risoluzione della Convenzione

- a. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1454 del Codice Civile, la presente Convenzione può essere risolta dalle parti in ogni momento, previa diffida a adempiere di 15 giorni a mezzo PEC, per grave inadempimento degli impegni assunti;
- b. Ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, costituiscono clausole risolutive espresse, le seguenti ipotesi:
 - interruzione non motivata delle attività;
 - difformità sostanziale nella realizzazione degli interventi, secondo quanto previsto nel Progetto Definitivo;
 - qualora l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R. si renda colpevole di frode;
 - nelle ipotesi sopraindicate, la Convenzione può essere risolta di diritto, con effetto immediato, a fronte della dichiarazione dell'ATS di Bergamo, trasmessa a mezzo PEC, di volersi avvalere della clausola risolutiva espressa.

Art. 14 – Rinvii normativi

Per tutto quanto non espressamente previsto dalla presente Convenzione si fa riferimento al Codice Civile ed alle disposizioni di legge vigenti ed applicabili in materia ed a quelle richiamate negli atti di cui alle Premesse.

Art. 15 – Controversie

Qualunque contestazione o vertenza dovesse insorgere tra le parti sarà rimessa alla giurisdizione del giudice competente. Foro competente è il Foro di Bergamo.

Art. 16 – Allegati

Sono da considerarsi quale parte integrante e sostanziale della presente Convenzione i seguenti atti e documenti:

- All. 1 - Progetto Definitivo come risultante da tavolo di coprogettazione;
- All. 2 - Accordo di Partenariato (da trasmettere in versione definitiva entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo convenzionale all'indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-bg.it, all'attenzione della Direzione del Dipartimento PIPSSS (mail PEO: direzione.pipss@ats-bg.it).

Per ATS di Bergamo

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Massimo Giovanni Giupponi

.....

Per l'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Dott. Giovanni Tosi

.....

Il sottoscrittore nella qualità di Legale Rappresentante dell'Ente Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.,

dichiara

di avere perfetta e particolareggiata conoscenza delle clausole convenzionali e di tutti gli atti ivi richiamati e, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 c.c., dichiarano di accettare espressamente tutte le condizioni e patti ivi contenuti (artt. 6-10-11-12).

Bergamo,

Esente da bollo ai sensi dell'art. 82 comma 5 del D.lgs. 117/2017.

Ufficio ATS competente: Dipartimento PIPSSS - e-mail: direzione.pipss@ats-bg.it – Tel. 035 358 070

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo

Via F. Gallicciolli, 4 – 24121 Bergamo – Tel. 035385111 – fax 035385245 - C.F./P.IVA 04114400163

Responsabile del procedimento: Direttore Dipartimento PIPSSS, Dott. Iorio Riva