

## 1. Casa della salute e Medicina di Iniziativa

### Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UO Cure primarie , Direzione Assistenza Tecnica e Riabilitativa , Unita attività socio sanitarie , distretto</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Al fine di rispondere in maniera efficace ai mutamenti epidemiologici e sociali si rende necessario rafforzare l'assistenza primaria intesa come insieme di servizi facilmente accessibili e fruibili, integrati ,centrati sul bisogno della persona in tutte le sue dimensioni bio-psico-sociali, erogati da comunità di professionisti interdisciplinari e multiprofessionali in collaborazione con i pazienti e le loro famiglie. Pertanto le Case della Salute rappresentano quei luoghi riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui operano comunità di professionisti, che secondo uno stile di lavoro per équipe multiprofessionali e interdisciplinari, la formazione continua , garantiscono l'accesso e l'erogazione dell'assistenza primaria, in integrazione tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali, con la collaborazione di pazienti, caregiver, associazioni di volontariato e altre forme di organizzazione.</p> <p>L'Azienda USL di Bologna ha previsto di sviluppare le Case della salute quali articolazioni organizzative territoriali cui è affidato il compito di coordinare le azioni che interessano i livelli di assistenza e cura che vanno dalla prevenzione, promozione della salute, self-care, ed il sostegno alle cure informali, al livello dell'assistenza primaria strettamente connessa con la cronicità , al livello delle cure intermedie a lungo termine e della integrazione socio sanitaria fino al livello dell'integrazione del sistema ospedaliero con funzioni specifiche territoriali. Per adempiere a questo compito, le Cds diventano la sede privilegiata di analisi continua dei bisogni della popolazione del distretto, il punto di snodo e coordinamento dei punti ospedalieri e territoriali , i luoghi di sperimentazione e applicazione di strumenti di condivisione progettuale e gestionale con le organizzazioni attive nella comunità al fine di coinvolgere i diversi gruppi di popolazione interessati a iniziative di medicina di iniziativa e da ultimo i luoghi dello sviluppo di un approccio basato sulla presa in carico del cittadino mediante interventi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promozione della salute ed attività di prevenzione individuale e collettiva,</li> <li>• rafforzamento del coordinamento (mono e multidisciplinare) all'interno delle reti professionali locali, anche mediante l'adozione di strumenti di condivisione delle informazioni rilevanti,</li> <li>• definizione e verifica di specifici percorsi di cura ed assistenza (PDTA e coordinamenti disciplinari) volti a garantire la massima continuità assistenziale in condizioni di appropriatezza organizzativa;</li> </ul> <p>La casa della salute rappresenta dunque una opportunità in grado di rispondere alla committenza distrettuale mediante soluzioni organizzative a rete che, coinvolgono soggetti di varie enti , associazioni e singoli cittadini .</p> <p>Nel documento di programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera nell'area metropolitana di Bologna , viene evidenziato come le caratteristiche geografiche e sociali del territorio bolognese abbiano consentito di individuare ambiti territoriali omogenei di circa 60-80.000 abitanti, in cui sono state programmate e nate le Case della salute fra cui anche la casa della salute delle Terre d'Acqua.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>La Casa della salute delle Terre d'acqua ha la sua sede principale ( " Barberini " ) a Crevalcore ed una serie di sedi collegate rappresentate dalle altre strutture sanitarie nei vari comuni del territorio (Calderara di Reno, Sala Bolognese, Anzola, San Giovanni In Persiceto , Sant'Agata</p>

	<p>Bolognese, San Matteo della Decima ). Tale organizzazione assume un ruolo di riferimento a valenza distrettuale coerente con la numerosità della popolazione , l'omogeneità del territorio la distribuzione delle strutture sanitarie e dei professionisti , compreso le reti sociali dei comuni .Pertanto lo sviluppo della Casa della Salute rappresenta un'opportunità di innovazione all'assistenza primaria , non solo strutturale e di contesto ma prima di tutto culturale che vuole rinnovare la modalità di approccio al paziente e le modalità di lavoro dei professionisti operanti in essa . Rappresenta una occasione per sviluppare inoltre strumenti e modelli assistenziali di prossimità e di integrazione dei servizi sociali e sanitari per contrastare la fragilità e la presa in carico della cronicità mediante la medicina di iniziativa ed iniziative di prevenzione e promozione della salute volte a contrastare i principali fattori di rischio delle patologie croniche fino ai ricoveri impropri in ospedale .</p> <p>Ad oggi oltre alla offerta minima prevista per ogni Casa della Salute , nella sede principale “ Barberini “ sono presenti medici di medicina generale associati in gruppo che si alternano nella gestione di un ambulatorio della continuità assistenziale il sabato mattina , un'associazione di pediatri di libera scelta , un ambulatorio della cronicità , un servizio di distribuzione diretta dei farmaci , una radiologia accreditata ( Medipass ) un centro diurno per disabili , una casa residenza anziani con posti letto prevalentemente dedicati ad assistere pazienti in dimissione dall'ospedale , uno sportello per il SERDP ed un ambulatorio per i disturbi cognitivi . Sono presenti volontari a supporto informativo dei servizi di prenotazione ed incasso ticket .</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Assistiti dell'azienda Ausl</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire la presa in carico del paziente e la continuità dell'assistenza mediante l'applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali ( con particolare riferimento al percorso diabete e scompenso ) , il coinvolgimento dei coordinamenti disciplinari specialistici e delle reti cliniche integrate intra ed interdistrettuali , nonché mediante il sostegno dell'applicazione del nuovo accordo con la medicina generale per la presa in carico della cronicità e della fragilità mediante l'integrazione multiprofessionale e la stesura del Pai ;</li> <li>• partecipazione al progetto regionale di valutazione per l'evidenza di impatto delle case della salute sui professionisti ;</li> <li>• Implementare l'offerta specialistica tesa a consolidare il percorso di autosufficienza intrapreso in particolare nelle discipline correlate ai pdta (cardiologia , diabetologia, geriatria ) ;</li> <li>• consolidare l'esperienza sperimentale avviata di integrazione sociale – sanitaria nell'ambito della sede principale della casa della salute con l'apertura dello sportello sociale e conseguente sperimentazione del governo delle cure intermedie ;</li> <li>• promuovere un'azione di sviluppo sulle sedi sanitarie dei comuni periferici , che garantiscono un'assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute mediante lo sviluppo di competenze multiprofessionali ( ambulatori infermieristici della cronicità , medici di medicina generale ) sia legate ai Pdta specifici quali ad es il diabete che in relazione alla presa in carico dei pazienti fragili ( componente sociale ) ;</li> <li>• sviluppare un coordinamento delle iniziative di promozione sui sani stili di vita e di prevenzione sulle complicanze delle principali patologie croniche, con particolare riferimento al Piano della prevenzione regionale in collaborazione con tutte le associazioni del territorio e tutti i portatori di interesse ( comprese le scuole ) , rivolte a tutte le fasce di età dei cittadini, mediante anche il coinvolgimento del comitato consultivo misto ed in tutte le sedi spoke delle Case della salute ;</li> <li>• Elaborare un progetto di fattibilità relativo all'implementazione degli orari dei servizi nell'ambito della sede principale della casa della salute ( domenica ) per rispondere in modo adeguato ai bisogni episodici evitando accessi impropri al pronto soccorso ;</li> <li>• sviluppare un progetto specifico relativo all'intervento della psicologia di base volto a migliorare la presa in carico a fronte di patologie croniche</li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Le attività integrate vedranno il coinvolgimento dei servizi sociali dei comuni e degli amministratori locali</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Enti Locali ; Unione dei Comuni, Comitato di Distretto ; Ufficio di Piano , Comitato consultivo misto , servizi sociali territoriali associazioni di cittadini , volontariato</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>UO Cure primarie , Direzione Assistenza Tecnica e Riabilitativa , Unità attività socio sanitarie , direzione del distretto</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

## Indicatori locali: 1

---

**1°: Evidenza di iniziative di programmazione partecipata a di coinvolgimento della comunità ( pazienti, caregiver, associazioni di volontariato) nella realizzazione degli interventi**

**Descrizione:** Numero iniziative di programmazione partecipata a di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi sulla casa della salute

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 2 / anno - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2/ anno

- **Obiettivo 2019:** 3/ anno

- **Obiettivo 2020:** 3/ anno

## 2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

### Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	Applicare gli standard nazionali previsti dalla Legge 135/2012 e dal DM 70/2015, contestualizzandoli alla realtà regionale (DGR 2040/2015).
<b>Descrizione</b>	<p>Riorganizzazione delle attività ospedaliere in: Ospedali distrettuali e Ospedali con funzioni specializzate in area metropolitana.</p> <p>Le attività fondamentali del livello ospedaliero con funzioni distrettuali riguardano i servizi di Pronto soccorso e di Emergenza, l'area medica comprensiva delle competenze internistiche, geriatriche, riabilitative e organizzata per intensità di cura, l'area chirurgica generale e specialistica per gli interventi di media e bassa complessità, l'area materno-infantile.</p> <p>Alcune strutture ospedaliere, oltre a svolgere un ruolo come presidi con funzioni distrettuali per un determinato bacino d'utenza di riferimento, assolvono anche funzioni di alta specializzazione per ambiti territoriali più vasti, funzioni che richiedono tecnologie e competenze di secondo livello (ad esempio: Cardiologia con emodinamica interventistica, Neurochirurgia, Rianimazione pediatrica e neonatale etc...). Si tratta degli ospedali di grandi dimensioni, nella nostra provincia Ospedale Maggiore, IRCCS Istituto della Scienze Neurologiche Bellaria, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna e Ospedale di Imola, con funzioni di riferimento per l'area metropolitana.</p> <p>Riorganizzazione delle attività territoriali Il territorio bolognese, sulla base delle caratteristiche geografiche e sociali, viene ridefinito in ambiti territoriali omogenei di circa 60-80.000 abitanti, a ciascuno dei è garantito un set di servizi "di base" sufficientemente esteso, con standard qualitativi elevati ed integrati con l'offerta dei grandi ospedali, che concentrano la propria attività sulle funzioni di secondo e terzo livello.</p> <p>Si ottengono così 15 ambiti di popolazione con bisogni di salute e caratteristiche logistiche territoriali omogenei con 15 comunità professionali e 15 Case della salute corrispondenti.</p> <p>Nelle Cure Intermedie sono ricomprese le attività di presa in carico a lungo termine della popolazione anziana, l'assistenza domiciliare, gli ambulatori infermieristici, la rete delle cure palliative, le attività della geriatria territoriale, gli Ospedali di Comunità (OSCO) ed i letti tecnici assimilabili agli OSCO presso gli altri presidi ospedalieri, i PCAP (Punti di Coordinamento della Assistenza Primaria) e la CEMPA (Centrale Metropolitana Post Acuzie), le attività del DSM-DP che comportano una presa in carico a lungo termine, domiciliarietà, semiresidenzialità, residenzialità etc...</p>
<b>Destinatari</b>	Assistiti Azienda USL
<b>Azioni previste</b>	<p>I Distretti hanno definito i loro programmi attuativi della riorganizzazione sviluppando tre dimensioni: territoriale, Cure intermedie ed ospedaliera, dettagliando per gli specifici territori le azioni che devono essere messe in atto.</p> <p>Per il Distretto Pianura Ovest, il documento di riorganizzazione e programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera è stato approvato in Giunta dell'Unione/Comitato di Distretto il 20 ottobre 2017 e in data 18 dicembre dello stesso anno in CTSS, assieme a quello aziendale e degli altri Distretti.</p> <p>Gli obiettivi triennali della programmazione sono rivolti ad affrontare i nuovi bisogni sanitari, assistenziali, sociali emergenti della popolazione e comporta occuparsi di richieste di salute, dovendo tener conto di molteplici aspetti legati alla numerosità dei pazienti, alla diversità dei</p>

	<p>bisogni e delle richieste, alle tipologie degli interventi e all'organizzazione degli stessi, che si traducono in una significativa complessità istituzionale e organizzativa. Tale complessità impone una ridefinizione dei modelli assistenziali, che investano l'intero sistema delle cure e dell'assistenza che, come sopra citato, vedano una programmazione su tre dimensioni macro che devono integrarsi nella logica sistemica di offerta dei servizi.</p> <p>Gli obiettivi territoriali prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lo sviluppo delle Case della salute che per il Distretto è identificata nella CdS di Terre d'Acqua, nella sede principale "Barberini " a Crevalcore, e sedi collegate (altre strutture sanitarie negli altri Comuni). Tale sviluppo comprende azioni che si rivolgono alla: <ul style="list-style-type: none"> <li>rafforzamento della comunità professionale,</li> <li>all'empowerment della comunità dei cittadini e delle associazioni, alle reti integrate dei servizi, sanitari e sociali, all'applicazione di strumenti di integrazione professionale Ospedale/Territorio quali Reti cliniche, PDTA, coordinamenti specialistici, accordo con la Medicina Generale, alle progettualità verso la fragilità e la cronicità e la medicina d'iniziativa.</li> </ul> </li> <li>Altri obiettivi interessano il rilancio dei programmi di prevenzione, l'integrazione sociosanitaria, la promozione di azioni per il raggiungimento di almeno il 70% di autosufficienza specialistica distrettuale.</li> </ul> <p>Gli obiettivi di cure intermedie prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la definizione organizzativa del team di cure intermedie quale snodo organizzativo della relazione ospedale territorio e della continuità di cura</li> <li>lo sviluppo della Rete delle Cure palliative</li> <li>lo sviluppo e l'integrazione professionale della assistenza domiciliare integrata, ambulatori infermieristici, geriatria territoriale, socio – sanitaria</li> <li>l'attivazione graduale di 8 letti tecnici di cure intermedie che potranno prevedere modalità d'accesso dal domicilio o dalla CRA, dal Pronto Soccorso, da Dimissioni Ospedaliere</li> <li>lo sviluppo di PDTA che coinvolgono setting di cura ospedale territorio e in particolare il PDTA stroke afferente alla medicina riabilitativa</li> <li>l'attivazione di percorsi che interessano con efficacia le dimissioni protette e lo sviluppo di sinergie tra Pronto soccorso e Centro salute mentale, sociosanitario, Geriatria territoriale, ambulatori infermieristici.</li> </ul> <p>Gli obiettivi e le azioni relativi alla dimensione ospedaliera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interessano l'Ospedale SS. Salvatore a S. Giovanni in Persiceto quale ospedale di prossimità di riferimento al Distretto. In particolare sono rivolte: <ul style="list-style-type: none"> <li>alla riorganizzazione degli spazi per aree omogenee al fine di migliorarne i percorsi di accesso e le zone d'attesa</li> <li>all'implementazione progettuale di diversificazione della degenza medica per intensità di Cura, alta, media bassa intensità</li> <li>al riassetto dell'Area chirurgica ( Hub &amp;Spoke ) nel contesto della rete chirurgica Aziendale metropolitana che rafforza la " mission " dell'Ospedale quale ospedale Spoke ovvero elettivo per interventi programmati di media e bassa complessità, creazione del programma chirurgico della media e bassa intensità</li> <li>al consolidamento dell'attività oculistica e allo sviluppo di progettualità verso un Stone Center per la calcolosi urologica</li> <li>ad azioni di miglioramento organizzativo teso a ridurre il tempo d'attesa al Pronto soccorso e gestione efficace della dimissione.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Direzione</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Enti Locali ; Unione dei Comuni, Comitato di Distretto ; Ufficio di Piano , Dipartimenti ospedalieri e territoriali</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Direzione distrettuale Cure Primarie</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

### 3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

**Riferimento scheda regionale**

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL di Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Rispondere ai bisogni assistenziali complessi e di lungo periodo modificando l'attuale sistema di offerta centrato sull'assistenza in regime di acuzie e prestata in strutture ospedaliere, mettendo in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa sia a livello "orizzontale", con la creazione di team multi professionali (modelli a rete multiprofessionali), che "verticale" (sistemi assistenziali integrati con l'ospedale),</p> <p>Le Cure intermedie rappresentano un'area strategica per le attività di presa in carico e accompagnamento di fragili, cronici, disabili e non autosufficienti, ricomprendendo in questo livello le attività di presa in carico a lungo termine degli anziani. Si definiscono sulla base della epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, che garantiscano, per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale, assicurata dai professionisti riuniti in Team multiprofessionali (Infermieri, medici di medicina generale, fisioterapisti, assistenti sociali etc).</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Le Cure intermedie rappresentano l'insieme di servizi e attività che riguardano la transizione dei pazienti dall'ambito ospedaliero al domicilio ( inteso anche come posto di residenza abituale con la famiglia e possibilmente definitiva) e parallelamente da una competenza esclusivamente clinica ( tipica della fase acuta) ad una presa in carico di carattere multiprofessionale e contraddistinta da attività prevalentemente assistenziali. Il concetto si applica all'assistenza sia di pazienti post acuti che richiedono supporto in fase di riabilitazione in strutture territoriali, poiché sottoposti al rischio di nuovo ricovero, sia a pazienti cronici stabilizzati, prevalentemente assistiti sul territorio, che corrono il rischio di ospedalizzazione se non adeguatamente monitorati.</p> <p>Si caratterizzano come un sistema di servizi gestito in maniera integrata da organizzazioni sanitarie e sociali, collocato a ponte fra l'assistenza primaria ed il livello ospedaliero, in grado di collegare tra loro diverse aree del sistema di assistenza sanitaria e sociale (servizi di comunità, ospedali, MMG, operatori del sociale) e così come definito nel documento aziendale " Cure Intermedie e Ospedali di Comunità nell'Azienda USL di Bologna", approvato dalla CTSS ricomprendono le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>assistenza domiciliare;</li> <li>ambulatori infermieristici;</li> <li>rete delle cure palliative;</li> <li>geriatria territoriale;</li> <li>servizi socio-sanitari</li> </ul> <p>letti tecnici assimilabili agli OSCO presso i presidi ospedalieri;</p> <p>Le Cure intermedie rappresentano l'insieme di servizi e attività che riguardano la transizione dei pazienti dall'ambito ospedaliero al domicilio ( inteso anche come posto di residenza abituale con la famiglia e possibilmente definitiva) e parallelamente da una competenza esclusivamente clinica ( tipica della fase acuta) ad una presa in carico di carattere multiprofessionale e contraddistinta da attività prevalentemente assistenziali. Il concetto si applica all'assistenza sia di pazienti post acuti che richiedono supporto in fase di riabilitazione in strutture territoriali, poiché sottoposti al rischio di nuovo ricovero, sia a pazienti cronici stabilizzati, prevalentemente assistiti sul territorio, che corrono il rischio di ospedalizzazione se</p>

	<p>non adeguatamente monitorati.</p> <p>Si caratterizzano come un sistema di servizi gestito in maniera integrata da organizzazioni sanitarie e sociali, collocato a ponte fra l'assistenza primaria ed il livello ospedaliero, in grado di collegare tra loro diverse aree del sistema di assistenza sanitaria e sociale (servizi di comunità, ospedali , MMG, operatori del sociale) e così come definito nel documento aziendale " Cure Intermedie e Ospedali di Comunità nell'Azienda USL di Bologna" , approvato dalla CTSS ricomprendono le seguenti attività:</p> <p>assistenza domiciliare; ambulatori infermieristici; rete delle cure palliative; geriatria territoriale; servizi socio-sanitari</p> <p>letti tecnici assimilabili agli OSCO presso i presidi ospedalieri; Ospedali di Comunità (OSCO);</p> <p>Gli Ospedali di comunità sono strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non possono ricevere a domicilio.</p> <p>Si accede alle Cure intermedie previa valutazione della unità valutativa multidimensionale (team delle cure intermedie TCI)</p> <p>Viene redatto il Piano di assistenza individualizzato (PAI) prima dell'accoglienza nelle SCI Ospedali di Comunità (OSCO);</p> <p>Gli Ospedali di comunità sono strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non possono ricevere a domicilio.</p> <p>Si accede alle Cure intermedie previa valutazione della unità valutativa multidimensionale (team delle cure intermedie TCI)</p> <p>Viene redatto il Piano di assistenza individualizzato (PAI) prima dell'accoglienza nelle SCI.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Pazienti non acuti</p> <p>Adulti over 18 (anziani/disabili)</p> <p>Pazienti prevalentemente anziani con multimorbidità provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili con condizioni che richiedono assistenza infermieristica continuativa o programmabili</p> <p>Pazienti che necessitano di ri-attivazione motoria o riabilitazione</p> <p>Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente , comunque non meritevoli di ricovero presso ospedale per acuti</p> <p>Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi</p> <p>Necessità formazione/educazione/addestramento del paziente e del caregiver prima dell'accesso a domicilio.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Dare gradualmente seguito agli obiettivi e alle azioni contenute nel documento PATRO e nel documento aziendale sulle Cure intermedie e ospedali di comunità</p> <p>In ogni distretto:</p> <p>realizzare in ogni distretto un punto di coordinamento unico TCI (composto da infermieri, assistente sociale medico clinico e altri professionisti di volta in volta necessari) presso ognuna delle 15 CdS programmate e preferibilmente collocato nella CdS principale.</p> <p>prevedere la realizzazione di letti territoriali in ogni distretto derivandoli da: pl aggiuntivi negli ospedali di prossimità, dalla riconversione di posti letto di lungodegenza in letti tecnici di OsCo presso Ospedali distrettuali; dalla rimodulazione in Case di Cura accreditate o CRA, di pl con modalità assistenziali e di gestione tipiche dell'OsCo.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Co- progettazione ufficio direzione distrettuale e uffici di piano, partecipazione di CCM, associazioni di pazienti, associazioni di volontariato; successiva approvazione Comitato di distretto ;coinvolgimento dei Servizi Sociali nel percorso assistenzial</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Comuni, Azienda ospedaliera, Universitaria, Rizzoli , ASP, CRA, Ospedalità privata.</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>DCP, Dip. Medico, DATER, UASS</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

---

### **1°: Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio**

**Descrizione:** N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 1 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 1
- **Obiettivo 2020:** 1

### **2°: Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio**

**Descrizione:** Tipologia dei percorsi attivati

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** n.d. - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** attivazione team cure intermedie
- **Obiettivo 2019:** percorsi attivi: - dimissioni protette in CRA; - dimissioni protette a domicilio; - dimissioni protette in altro ospedale
- **Obiettivo 2020:** piena attività dei percorsi



## 4. Budget di salute

### Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Budget di salute</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Si propone di consolidare l'esperienza applicativa dei Progetti Personalizzati con Budget di Salute del DSM DP, iniziata con gli utenti della salute mentale e/o con problemi di dipendenza, estendendo tale esperienza alla condivisione, alla collaborazione e alla co-progettazione con i Comuni e con le Unioni dei Comuni afferenti al Distretto Pianura Ovest. Sul piano operativo, metodologico ed organizzativo è fondamentale lavorare in modo multi e interprofessionale mettendo in relazione operatori di servizi diversi con conoscenze e competenze diverse ma importanti in quanto risorse. L'UVM può essere il luogo che integra informazioni, conoscenze, competenze, risorse e le traduce in un progetto individualizzato con obiettivi, interventi ed esiti.</p> <p>Quindi è importante sperimentare la progettazione e la valutazione dei progetti personalizzati con Budget di Salute in una struttura organizzata come l'UVM come anche definire in modo condiviso criteri e parametri, bisogni e requisiti, procedure, strumenti e metodologie che sostengono, orientano e regolano attività, percorsi, relazioni e responsabilità.</p> <p>In un secondo momento sarà possibile promuovere e realizzare progetti personalizzati con risposte adeguate alle problematiche specifiche e ai bisogni, anche di altre tipologie di utenza quali gli utenti della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, delle USSI Disabili Adulti, con problemi di marginalità e anziani. La costruzione di tale tipo di attività e percorsi riabilitativi consentono anche a queste tipologie d'utenza sicuramente il recupero e l'acquisizione di abilità, di competenze e di autonomie comportamentali e relazionali volte al miglioramento del funzionamento personale e sociale. Inoltre è l'ottica della partecipazione attiva della persona, della famiglia nonché di altri attori pubblici come i Servizi socio-sanitari sociali e soprattutto del mondo della cooperazione sociale, dell'associazionismo e del volontariato che offre un'occasione per l'attivazione positiva e costruttiva della comunità nel suo complesso. E in questo spazio di partecipazione e di coinvolgimento che si possono favorire e promuovere atteggiamenti inclusivi, non stigmatizzanti e di effettiva cittadinanza cercando di ridurre la condizione di isolamento ed emarginazione di queste persone.</p> <p>Se tutti i soggetti della rete dei servizi e non, garantiscono una loro effettiva collaborazione ed integrazione, con il Budget di salute è possibile fornire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo per i bisogni sociali e di salute del singolo utente, che allo stesso tempo può risultare vantaggiosa per la comunità, riducendo le situazioni di cronicità e di marginalità al suo interno.</p> <p>Inoltre con la partecipazione delle associazioni dei familiari, del volontariato, del privato sociale è possibile lavorare per sostenere la domiciliarità e il lavoro di cura con e delle famiglie. È un percorso di empowerment e di capacitazione per la persona in carico e per la sua rete sociale.</p> <p>Infine la formazione continua deve essere il luogo dove si apprendono e si costruiscono idee e cose nuove ma dove si fa anche manutenzione e miglioramento dell'esistente con la partecipazione di tutti, nessuno escluso.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'idea di coprogettazione e di cogestione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati con Budget di Salute, nasce nel 2013, nel DSM DP di Bologna, dopo un confronto ed un'elaborazione comune tra gli operatori sui temi della riabilitazione tradizionale, della sua evoluzione, dei risultati, dei rischi di cronicità, della necessità di un cambiamento dei percorsi</p>

	<p>svolti fino ad allora e del miglioramento degli esiti. Contemporaneamente in Regione Emilia Romagna, la Consulta regionale per la salute mentale aveva istituito un gruppo di lavoro composto da familiari, professionisti delle Aziende USL e della Regione per approfondire la metodologia del Budget di salute e che ha condotto nel 2015 al varo delle Linee d'indirizzo regionali. A fine 2013 viene emesso un bando di gara europea e a metà 2014, l'AUSL di Bologna affida ad un RTI di Cooperative Sociali A e B, lo svolgimento delle attività riabilitative socio-educative in favore degli utenti dei Centri di Salute Mentale, nell'ambito di aree specifiche di attività quali il lavoro, la socialità/affettività e l'abitare/domiciliarità.</p> <p>Tale modalità gestionale prevede il superamento degli interventi per singole e isolate prestazioni (a retta) e promuove progetti ad elevata integrazione socio-sanitaria (budget di salute) con il Terzo Settore (Cooperazione Sociale), utilizzando anche le reti comunitarie di supporto rese disponibili sul territorio (enti locali, volontariato, altri soggetti) al fine di favorire il contrasto alle disabilità, il miglior funzionamento personale e sociale dell'utente e la sua massima inclusione nel tessuto sociale di appartenenza.</p> <p>Il progetto terapeutico riabilitativo personalizzato diventa il fulcro intorno al quale ruotano i vari soggetti coinvolti ed è la cornice di senso e di significati che introduce cultura, pratiche e organizzazione secondo metodologie di lavoro innovative e un modello unitario, condiviso e integrato.</p> <p>L'insieme di finalità e di obiettivi è ben più di una sommatoria di bisogni, di azioni, di risposte. È un insieme di obiettivi e di interventi che variano al variare dei bisogni dell'utente che è direttamente coinvolto – come la sua famiglia – in tutte le fasi progettuali, realizzative e valutative sia rispetto agli aspetti operativi sia a quelli sociali ed economici. I progetti riabilitativi orientati verso il budget di salute sono un percorso che prevedono anche un cambiamento degli schemi culturali e professionali tradizionali degli operatori e dei Servizi e pertanto richiedono un processo di formazione continua e condiviso orizzontalmente tra professionisti dei servizi pubblici, operatori della cooperazione sociale e stakeholders.</p> <p>Nel 2015/2016 vi è stata la grande trasformazione nel DSM DP di 713 percorsi riabilitativi (37 utenti del DSM pianura Ovest ) costruiti e condotti con le vecchie metodologie riabilitative, in altrettanti progetti personalizzati con BdS. È stato un passaggio gestito internamente e in proprio ma adesso - come da indicazione delle Linee d'indirizzo regionali - sarà necessario promuovere una maggiore integrazione anche attraverso nuove forme organizzative e di relazione tra i soggetti territoriali del Distretto Pianura Ovest.</p> <p>Il Budget di salute esige la creazione di un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di garantire efficacia, efficienza, continuità e appropriatezza nelle azioni. Infine il concetto Budget di salute non deve essere inteso in modo riduttivo facendo riferimento alla sola dimensione economica, bensì bisogna ricondurlo ad un'idea di integrazione delle risorse umane, delle tecnologie, degli spazi, delle relazioni singole e di rete. Si tratta della definizione di tutti gli aspetti che concorrono a costruire il percorso di una presa in carico integrata, che non necessariamente si traducono in termini economici.</p> <p>A questo proposito, il percorso formativo iniziato nel 2014 dal DSM DP con i suoi partner attuali, potrebbe prevedere un allargamento ad altri soggetti nel momento in cui procederà a potenziare la dimensione di integrazione socio-sanitaria coinvolgendo maggiormente e a pieno l'Ente Locale e altri soggetti.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Utenti dei Centri di Salute Mentale, SerDP, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, USSI Disabili adulti, con problemi di marginalità, anziani</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidare l'uso dello strumento con gli elementi qualificanti delle linee di indirizzo per i percorsi già in atto nel DSM DP di Bologna;</li> <li>- incentivare, l'applicazione del Budget di salute per soggetti giovani, agli esordi , per utenti dei Centri di Salute Mentale, SerDP, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, e per utenti con progetti già condivisi tra Dsp Dp ed USSI Disabili Adulti, Anziani e con problemi di marginalità;</li> <li>- sperimentare l'applicazione dello strumento con nuove tipologie di utenza, con riferimento metodologico a procedure e strumenti già consolidati negli specifici percorsi (Scheda di Progetto Personalizzato, Sistema Informativo di raccolta ed elaborazione dati e Vademecum del DSM DP di Bologna);</li> <li>- sviluppare il lavoro di gruppo con i referenti AUSL con i referenti dei servizi sociali e di Asp per l'applicazione di Progetti personalizzati con Budget di Salute in casi trattati dalla UVM distrettuale;</li> <li>- promuovere azioni formative ed informative a livello locale distrettuale, con il coinvolgimento di operatori degli ambiti sanitario, sociale, terzo settore e di associazioni di utenti e familiari.</li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Politiche sanitarie Politiche sociali</p>

<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL di Bologna, Comuni, Unioni dei Comuni e Ufficio di Piano Distretto Pianura Ovest , Stakeholder (familiari, utenti), Terzo settore (cooperazione Sociale, volontariato)
<b>Referenti dell'intervento</b>	DSM Pianura Ovest
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori della sanità, del sociale, del terzo settore

## Indicatori locali: 3

### 1°: Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali

**Descrizione:** Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** - Competenze professionali degli assistenti sociali stante i requisiti previsti dalla legge nazionale e regionale per accesso alle misure sociali -

Misure e opportunità offerte dalle reti del territorio - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Verifica percorsi in essere

- **Obiettivo 2019:** Verifica percorsi in essere

- **Obiettivo 2020:** Verifica percorsi in essere

### 2°: Incidenza

#### pazienti SerDP con budget di salute

**Descrizione:** N. pazienti SerDP con BDS/tot. Pazienti SerDP

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Pazienti avviati a percorso sperimentale - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

### 3°: Progetti

#### personalizzati con BDS attivati dall'UVM

**Descrizione:** N. pazienti CSM con BDS con valutazione multiprofessionale (in UVM)/anno

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Costruzione del processo - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Avvio del processo

- **Obiettivo 2019:** 5 casi

- **Obiettivo 2020:** 5 casi

## 5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Le previsioni demografiche tra il 2010 e il 2030 stimano che in Emilia Romagna gli over 65 saranno più del 20% della popolazione totale ed un terzo avrà più di 80anni. Nelle ultime indagine Passi d'Argento in Emilia-Romagna si è passati da un 78% ad un 94% di ultra 64enni con limitazioni che riceve aiuto da un familiare per svolgere le attività della vita quotidiana, quindi circa 300mila persone svolgono regolarmente attività di aiuto nel contesto familiare. Si stima che un caregiver familiare svolga mediamente 7 h/gg di assistenza diretta e 11 ore di sorveglianza, per una media di 8-10 anni nel caso di persone anziane non autosufficienti, per tutta la vita nel caso di disabilità congenita grave. Tale attività può quindi avere un impatto negativo sulla salute di chi assiste, ma anche sul suo nucleo familiare, oltre che sulla persona accudita (es. stanchezza fisica, stress emotivo, isolamento sociale...). E' pertanto necessario definire un programma integrato per il riconoscimento, la valorizzazione e il supporto del caregiver familiare a tutela della salute e del benessere psico-fisico dello stesso.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Emerge la necessità di riconoscere il ruolo sociale del caregiver, dando valore all'esperienza di cui è portatore, ma nel contempo fornendo supporto e formazione alle attività di assistenza che il caregiver presta. E' importante, quindi, programmare servizi e attività per offrire momenti di sollievo e che permettano di affrontare le situazioni di emergenza che si possono venire a creare.</p>
<b>Destinatari</b>	Caregiver familiari, famiglie e operatori
<b>Azioni previste</b>	<p>Condividendo le indicazioni regionali, a livello territoriale si è attivi e si implementeranno le seguenti azioni:</p> <p>promozione dell'integrazione della figura del caregiver con il servizio di assistenza domiciliare prevedendo formazione ed addestramento finalizzati al corretto svolgimento del lavoro di cura e il supporto utile ad evitare l'isolamento e il rischio del burnout;</p> <p>sensibilizzare la comunità attraverso il suo coinvolgimento anche tramite campagne di informazione coordinate dai Servizi Territoriali (es: Caregiver day);</p> <p>consolidamento territoriale di progetti specifici definiti e realizzati in collaborazione con il terzo settore, finalizzati alla formazione, al supporto, alla prevenzione e alla promozione della salute del caregiver (es: Caffè Alzheimer, gruppi di auto mutuo aiuto, Concorso di idee E-care; Punto d'Incontro; ...);</p> <p>supporto consulenziale in collaborazione con lo Sportello SOSTengo (ambito aziendale).</p> <p>Mediante l'attività di presa in carico da parte dei servizi sociali, sanitari e socio sanitari con la definizione del PAI si potrà prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione di assistenza familiare a supporto del caregiver mediante il ricorso ad agenzie per il lavoro che hanno stipulato convenzione con AUSL a garanzia della qualità del servizio e dei tempi rapidi di attivazione;</li> <li>- attivazione di servizi assistenziali a supporto delle famiglie nella fase immediatamente conseguente la dimissione ospedaliera;</li> <li>- inserimenti di sollievo in CRA della durata di un mese all'anno;</li> </ul>

	<p>- supporti domiciliari nelle operazioni più complesse di cura, con l'attivazione di interventi dell'OSS nell'ambito dell'assistenza domiciliare accreditata;</p> <p>- attivazione dell'assistenza domiciliare infermieristica che può prevedere interventi educativi a favore dei caregiver, prestazioni tecnico assistenziali e presa in carico continuativa. Nel caso di interventi domiciliari infermieristici di tipo educativi a favore di persone gravemente non autosufficienti attivazione di contestuale accesso di un OSS del servizio accreditato di assistenza domiciliare per assicurare supporto sociosanitario al caregiver nei casi più complessi;</p> <p>- supporto e sostegno nella quotidianità con attivazione di piani assistenziali che prevedano l'assenza da casa nelle ore diurne del congiunto assistito mediante l'inserimento in centro diurno;</p> <p>- forme di supporto economico a sostegno della domiciliarità: assegno di cura e contributo aggiuntivo, interventi economici per l'adattamento domestico, contributi economici a supporto dell'attivazione di pacchetti di assistenza familiare con eventuale mediazione di Agenzie per il lavoro ex art. 4, comma 1, lett. a D.Lgs. 276/2003 per la somministrazione di assistenti familiari;</p> <p>- percorso formativo assistenti familiari (badanti) su piattaforma e-learning regionale Self, diffusione dello strumento in contesti di piccoli gruppi.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche sociali</p> <p>Politiche sanitarie</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni, Azienda USL, Terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Nadia Marzano</p> <p>Ufficio di Piano - Unione Terred'Acqua</p> <p>nadia.marzano@terredacqua.net</p> <p>051 6813009</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori sociali, operatori sanitari

## Indicatori locali: 5

### 1°: Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver

**Descrizione:** Ricognizione degli enti del terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** No

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

### 2°: Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver

**Descrizione:** Numero enti del terzo settore e dei soggetti di interesse coinvolti in percorsi di valorizzazione/sostegno del caregiver

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 3

### 3°: Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver

**Descrizione:** Numero progetti e iniziative per benessere e salute caregiver

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 1 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 1
- **Obiettivo 2020:** 1

**4°: Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate**

**Descrizione:** Numero iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 1
- **Obiettivo 2020:** 1

**5°: Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate**

**Descrizione:** Numero iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 1
- **Obiettivo 2020:** 1

## 6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

### Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL - Distretto Pianura Ovest</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;E;</b>

<b>Razionale</b>	La condizione di disabilità è spesso espressione di bisogni eterogenei, quando poi la si associa ad ulteriori elementi di svantaggio, quali: l'indebolimento dei legami familiari spesso dovuti all'avanzare dell'età dei genitori; problemi di salute; il passaggio all'età adulta o alla fase anziana; difficoltà economiche; rischio di esclusione sociale; aumenta anche il livello di gravità e complessità.
<b>Descrizione</b>	In analogia con la programmazione regionale, all'interno della programmazione locale si intendono svolgere attività volte al potenziamento delle abilità e competenze delle persone con disabilità per il mantenimento e l'acquisizione di nuove autonomie, in particolare in riferimento alla gestione della vita quotidiana. Oltre all'inclusione sociale e al miglioramento della qualità della vita delle persone con disabilità, attraverso la realizzazione di un progetto personalizzato di vita e di cura, ciò che a livello locale ci si prefigge è di far conoscere la sperimentazione di percorsi di autonomia finalizzati al benessere delle persone stesse con disabilità, ma anche delle loro famiglie; creare quindi dei contesti di confronto e scambio di esperienze quali occasioni di socializzazione, per offrire nuove e possibilmente ripetute opportunità, anche al di fuori della presenza della famiglia.
<b>Destinatari</b>	Popolazione con disabilità certificata
<b>Azioni previste</b>	Partendo dalle azioni indicate dal Piano Regionale, a livello locale si sono svolti alcuni incontri aperti alla cittadinanza nei quali è stato affrontato il tema attraverso il confronto, sollecitato da alcune domande chiave. Da tale confronto sono emerse alcune proposte : Organizzazione e conduzione di un incontro con tutte le associazioni locali che si occupano di disabilità e i cittadini interessati al tema per presentare le esperienze di autonomie attive ed attivabili sul territorio. Un momento di confronto e conoscenza che possa aiutare non solo la persona con disabilità, ma soprattutto le loro famiglie, per dar loro un sostegno e un'ipotesi di progettualità "vera" sul percorso del "dopo di noi" . Attraverso la presentazione di strutture e strumenti pratici e concreti per affrontare le azioni quotidiane (es. peer to peer support) Mappatura dei possibili spazi già disponibili o che potrebbero essere utilizzati in ambito distrettuale, quali luoghi di socializzazione, scambio e relazione tra le persone con disabilità, ma anche per i loro familiari . Luoghi dove si possa sperimentare la crescita personale, il benessere, l'autostima, la consapevolezza delle proprie potenzialità e dei propri limiti Creazione di un coordinamento locale affinché possa esserci maggiore divulgazione, comunicazione, conoscenza e scambio tra diverse realtà locali che si occupano della disabilità. Un coordinamento che possa mettere in rete e in condivisione sia le iniziative, gli spazi e le attività Maggiore coinvolgimento delle scuole del territorio, già in fase precoce (già dalla secondaria di primo grado) affinché la vera integrazione sociale e la cultura dell'autonomia inizi già a scuola attraverso un processo culturale educativo, con la realizzazione di percorsi strutturati in collaborazione con le associazioni locali, i Servizi sanitari, sociali e sociosanitari.
<b>Eventuali interventi/Politiche</b>	Politiche sanitarie

<b>integrate collegate</b>	Politiche sociali Politiche educative
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sanitari Servizi sociali Terzo settore Familiari/cittadini
<b>Referenti dell'intervento</b>	UASS Distretto Pianura Ovest
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori sanitari, operatori sociali

---

**Totale preventivo 2018: € 122.048,00**

---

- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): 122.048,00€

---

## Indicatori locali: 7

---

### 1°: N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016

**Descrizione:** N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2016

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 2 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

### 2°: N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016

**Descrizione:** N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera b) DM 23.11.2016

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 3 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 8

- **Obiettivo 2019:** 8

- **Obiettivo 2020:** 8

### 3°: N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016

**Descrizione:** N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera c) DM 23.11.2016

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 1 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

### 4°: N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016

**Descrizione:** N. persone destinatarie di interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2016

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0



**5°: N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016**

**Descrizione:** N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2016

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 2 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

**6°: N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti**

**Descrizione:** Definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** Sì - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

**7°: Realizzazione di eventi pubblici di promozione e sensibilizzazione**

**Descrizione:** N. eventi pubblici di promozione e sensibilizzazione

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 1 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

## 7. Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete di cure palliative

### Riferimento scheda regionale

7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>- La LEGGE 15 marzo 2010, n.38, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. La legge garantisce, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. La legge vuole garantire un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali: a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine.</p> <p>La DGR 560/2015 e la DGR 1770/2016 relative ai requisiti di accreditamento della Rete delle Cure Palliative recita: La RLCP è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'azienda USL; laddove sul territorio insista anche una Azienda Ospedaliera la rete sarà unica. Tale rete è finalizzata ad erogare cure palliative e di fine vita, sulla base delle indicazioni contenute all'art. 5 della Legge 38 del 2010, con percorsi di presa in carico e di assistenza di cure palliative "finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici". La funzione di coordinamento è affidata ad un professionista specificatamente dedicato che opera all'interno di una struttura dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza. Le finalità delle RLCP, fra le altre, sono: garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno sanitario e sociale e l'avvio di un percorso di cure palliative, la tempestività della risposta e l'individuazione del percorso assistenziale appropriato; attivare un sistema di erogazione di Cure Palliative nei 4 nodi della rete in ospedale, in ambulatorio, in hospice e al domicilio; definire e attuare nell'ambito della rete percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative, garantendo la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi setting, delle reti e dei percorsi assistenziali esistenti. In tale ottica possono essere coinvolti le organizzazioni del mondo del volontariato e del nonprofit operanti nel settore cure palliative, con le quali le Aziende Sanitarie potranno sviluppare programmi per attività integrative; promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate. Le cure palliative domiciliari sono erogate dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD). L'équipe dell'UCPD è composta da Medico di Medicina Generale (MMG), da infermiere e medico palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione del PAI. L'équipe dell'UCPD, utilizzando strumenti di valutazione, individua in quale livello - di base o specialistico - il paziente può trovare la risposta più adeguata ai suoi bisogni clinico-assistenziali. Gli interventi dell'équipe dell'unità di cure palliative domiciliari devono essere programmati 7 giorni su 7, garantendo la pronta disponibilità medica sulle 24 ore anche attraverso la collaborazione dei medici di continuità assistenziale, solo se opportunamente formati. Gli infermieri che compongono l'UCPD sono dedicati, intendendo per dedicati infermieri specificatamente formati e che dedicano il loro tempo-lavoro alle cure palliative.</p>
------------------	---

Nella rete locale di cure palliative è garantito l'accesso e la continuità delle cure attraverso un unico punto di governo dell'accesso alla rete, strumento fondamentale per raggiungere sia l'obiettivo dell'accesso equo sia l'obiettivo della continuità. Per garantire l'equità d'accesso dovranno essere garantiti percorsi formativi per permettere ai professionisti delle strutture invianti l'acquisizione di competenze atte a saper riconoscere il paziente che necessita di cure palliative, le modalità e i tempi per attivare i nodi della rete. La riorganizzazione della rete prevede la definizione e la descrizione delle caratteristiche e delle funzioni: 1) del coordinatore della rete e del gruppo di coordinamento; 2) dei nodi che compongono la rete - nodo ospedale, nodo ambulatorio, nodo hospice e nodo domicilio; 3) dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), per garantire cure palliative domiciliari di base e specialistiche; 4) dell'unità di valutazione palliativa multidimensionale e multiprofessionale per garantire l'equità di accesso alla rete; 5) della figura dell'infermiere case manager, punto di riferimento per paziente e famiglia, facilitatore delle relazioni tra i diversi setting assistenziali.

STATO dell'ARTE dei Nodi della Rete delle CP nell'Area Metropolitana Bolognese: NODO OSPEDALE. Descrizione del processo: "-Diagnosi, valutazione, trattamento dei sintomi incluso il dolore e la sofferenza psicologica del paziente.-Accompagnamento del paziente e dei familiari nel percorso di consapevolezza di diagnosi e prognosi, accettazione della fase avanzata di malattia, sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche, incluso la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici (End of Life care). -Supporto all'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici.- Facilitazione dell'attivazione della rete delle cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio." (DRG 560/2015) AD OGGI : Attivo presso il Bellaria, il Maggiore e dall'ottobre 2017 l'AOSP nella giornata del martedì NODO AMBULATORIO. Descrizione del processo :"-Diagnosi, valutazione, trattamento dei sintomi incluso il dolore e della sofferenza psicologica del paziente e dei familiari. -Accompagnamento del paziente e dei familiari nel percorso di consapevolezza di diagnosi e prognosi, accettazione della fase avanzata di malattia, sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche, incluso la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici. -Programmazione del percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete." (DRG 560/2015)

AD OGGI : l'AUSL di Bologna ha sviluppato un Progetto di Presa in carico in CURE PALLIATIVE PRECOCI e SIMULTANEE( CPP) . L'attività ambulatoriale con la Presa in Cura di Cure Palliative Precoci, iniziata nel 2011, è arrivata a completa sistematizzazione e con il supporto di un nuovo sistema informatizzato creato ad hoc per il progetto, con la possibilità di raccolta dati sistematica dal 2013. Per l'attività di Cure Palliative Precoci è stata realizzata la Centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative e sono stati attivati/sistematizzati 12 ambulatori per Presa in Cura in Cure Palliative Precoci, 5 dei quali in collaborazione con il terzo settore ( ANT e Fondazione Hospice MTC Seragnoli), distribuiti equamente nell'ambito dell'Area metropolitana dell'AUSL di Bologna per favorire l'accesso in prossimità della propria abitazione. Sono stati presi in carico 520 pazienti e famiglie nel 2013; 862, nel 2014 ,883 nel 2015 e 854 nel 2016. Sono stati seguiti in ambulatorio 343 pazienti e famiglie nel 2013 , 529 nel 2014 , 606 nel 2015 e 532 nel 2016. Sono stati presi in carico in consulenza: 142 pazienti e famiglie nel 2013, 185 nel 2014 , 185 nel 2015 e 160 nel 2016. Il decesso in ospedale (escludendo la presa in carico per le Cure di fine vita - End Of Life- in Ospedale) appare confermato basso per i pazienti presi in carico in Cure Palliative Precoci nell'anno 2016: dei 377 pazienti deceduti al 31/12/2016 degli 854 presi in carico in Cure Palliative Precoci solo l'17 % muore in Ospedale. NODO DOMICILIARE: AD OGGI attivo solo ADI non specialistica e l'attività specialistica di ANT. NON DISPONIBILE personale INFERMIERISTICO e MEDICO DEDICATO dell'AUSL come richiesto per le Cure Palliative Domiciliari: DA SVILUPPARE ALLA LUCE della DGR 560/2015 e e la DGR 1770/2016 relativa ai requisiti di accreditamento della Rete delle Cure Palliative Dei circa 3115 pazienti residenti e non residenti deceduti per patologia oncologica nel 2015 :

AUSL Bologna -

A) 1.017 (32,6%) sono assistiti con ANT B)833 (26,7 %) che decedono per neoplasia ( pari al 26,7%) è in una TAD dell'AUSL : 156 con una ADI 3, 301 con una TAD Infermieristica Continuativa, 111 con una TAD Infermieristica Occasionale, 143 con una TAD AD Programmata e 33 con una TAD ADR ; C) 1.265 (40,6%) non sono seguiti in nessuna forma di TAD NODO HOSPICE Descrizione del processo :-Garantisce le cure palliative in regime residenziale a malati, che non possono essere assistiti temporaneamente o in via continuativa al proprio domicilio, attraverso equipe dedicate e specificatamente formate. Il malato e la sua famiglia in hospice possono trovare sollievo nei momenti di difficile gestione della malattia per motivi clinici, psicologici, sociali. (DRG 560/2015) AD OGGI Personale erogante: la Fondazione Hospice Seragnoli , non profit accreditato, attualmente gestisce i 58 posti letto dei tre Hospice che insistono sul territorio dell'Azienda USL di Bologna (Hospice di Bentivoglio- 30 PL; Hospice del Bellaria – 13 PL; Hospice di Casalecchio- 15 PL) .

Descrizione

Riorganizzazione della rete delle cure palliative sulla base Legge 15 marzo 2010, n.38 e delle

	DGR 560/2015 e DGR 1770/2016
<b>Destinatari</b>	Malati, familiari
<b>Azioni previste</b>	<p>1- NUOVA PROPOSTA di RIORGANIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE 1) La CENTRALE DI COORDINAMENTO della RETE delle CURE PALLIATIVE EFFETTUA a) l'attività di Coordinamento ;b) l'attività di Valutazione Primaria Multiprofessionale; c) l'attività di autorizzazione dei ricoveri in hospice; d) l'attività di autorizzazione della presa in carico domiciliare di cure palliative di base e specialistica;e) l'attività di formazione:f) AUDIT ;g) raccolta dati per i Flussi informativi 2) 15 EQUIPE DI 3 FIGURE PROFESSIONALI DEDICATE + MMG , MISTE (PUBBLICO/PRIVATO NON PROFIT) per la VALUTAZIONE della PRESA in CARICO, per le CONSULENZE OSPEDALIERE e per l'EROGAZIONE di cure palliative nei diversi nodi Per l'erogazione nell'ambito dei 4 nodi (Ospedale, Ambulatorio, Domiciliare e Hospice - quest'ultimo in gestione alla Fondazione Hospice Seragnoli) Le equipe multidisciplinari saranno 15 (una equipe dedicata ogni 60.000 abitanti) come da modello riorganizzativo territoriale Aziendale (CASE DELLA SALUTE: Come comunità di pratiche cliniche :6 Distretti e 50 Comuni ) UNA EQUIPE DEDICATA OGNI 60.000 ABITANTI : 1 equipe composta di base relativamente all'AUSL: 1 MEDICO , 3 INFERMIERI e 1 PSICOLOGO ( questi professionisti del Pubblico verranno poi integrati nella TRIPLETTA PUBBLICO – PRIVATO SOCIALE da professionisti del Terzo Settore) che si occupa dei 3 NODI (Ospedale , Ambulatorio, Domicilio) NUOVA ATTIVITÀ FRA OSPEDALE E TERRITORIO : Il processo è trasversale all'Azienda e si sviluppa nel contesto dei 9 Ospedali aziendali, 6 Distretti, Azienda Ospedaliera e IOR, 50 Comuni (2018) , 8 Ospedali Privati Accreditati e CRA ed RP ( 2019) presenti sul nostro territorio. La Rete delle Cure Palliative sarà attiva nell'ambito degli Ospedali di Comunità ( OsCo) che saranno attivati nell'AUSL di Bologna con CONSULENZE, da parte dell'equipe multi professionale,per la valutazione, la presa in carico e per l'eventuale cure di fine vita (End of Life) in Cure Palliative. NODO OSPEDALE: DA IMPLEMENTARE a Step in tutti gli ospedali aziendali (2018) e ampliare la disponibilità alle CRA e alle Case di Cura Private ( lungodegenze) (2019). NODO AMBULATORIO: Buono sviluppo e ottimi risultati : ATTIVITA' PIONERISTICA riconosciuta come tale a livello nazionale. DA IMPLEMENTARE sulla base dei risultati nel Paziente Oncologico, nel MALATO NON ONCOLOGICO ( BPCO- FIBROSI POLMONARE- SCOMPENSO CARDIOCIRCOLATORIO- DEMENZA) e in Pianura OVEST ( ove ad oggi Non è presente) NODO HOSPICE: IMPLEMENTARE L'INTEGRAZIONE con Processi di AUDIT CLINICI con il Coordinamento della RCP all'interno degli Hospice NODO DOMICILIARE per la PRESA IN CARICO DOMICILIARE ( UCPD della DRG 560/2015 ) DI BASE E SPECIALISTICA (anche all'interno delle strutture CRA ed RP).</p> <p>La definizione del livello di Base o Specialistico è compito dell'equipe multi professionale mista (vedi punto 2/a) DA RIORGANIZZARE : • Livello CP Di Base: erogato dal MMG e personale infermieristico dedicato ( DA IMPLEMENTARE) • Livello Specialistico dedicato ( Privato non profit – ANT) invariato da utilizzare al meglio per la finalità di CURE PALLIATIVE • Livello Specialistico dedicato PUBBLICO da ORGANIZZARE DA FARE: 1)Riallocare formalmente 2 o 3 degli Specialisti Territoriali dal Dipartimento di Cure Primarie alla Rete delle Cure Palliative 2) Avviare il CONCORSO per MEDICI PALLIATIVISTI ( in attivazione) Complessivamente 9 medici palliativisti a tempo pieno 3)Riallocare i 30 Infermieri ( oltre ai 6 INFERMIERI già individuati di cui 3 riallocati alla Rete nel gennaio 2018 4)Riallocare attuando percorsi di MOBILITA', gli Psicologi in Cure Palliative, dal Dipartimento di Cure Primarie alla Rete delle Cure Palliative 5)Implementare IL PROCESSO di AUTONOMIZZAZIONE, TRASVERSALIZZAZIONE e INTERAZIENDALIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE 6) Implementare l'informatizzazione trasversale 7) Acquisire spazi nelle diverse sedi ( AOSP compresa) automezzi e telefoni per il personale 8) PROGETTO H 24 ( vedi di seguito) da realizzare a REGIME di PERSONALE MEDICO 2- NUOVA PROPOSTA di RIORGANIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE ATTIVITA' 7/7 giorni - H24 ( SOLO DALLA FINE 2019 A REGIME CON IL PERSONALE MEDICO) ACCESSI PS N RICOVERI durante Ultima TAD : La migliore performance relativa agli indicatori di significato negativo N ACCESSI PS durante Ultima TAD prima del decesso e N RICOVERI durante Ultima TAD prima del decesso ( dai quali vanno esclusi i ricoveri programmati per l'esecuzione di chemioterapia ) è dell'ANT, le peggiori sono riferibili alle TAD Infermieristiche e alle TAD AD Programmata e ADR ( 2,3 Media tutti Ricoveri/ N Deceduti e 1,3 Media Accessi PS/ N Deceduti) TUTTAVIA , Pur escludendo i ricoveri programmati (97) per l'esecuzione di chemioterapia, ( 729 – 97 + 196 ) 828 Pazienti su 1.017 , pari all'81,4 dei Pazienti seguiti dall'ANT ha un ricovero ospedaliero e/o un accesso al PS durante la presa in carico, nonostante siano 36 i Medici ANT che seguono i pazienti al domicilio nell'Area Bolognese e che si dividono le guardie diurne, notturne e festive.. L'Attività 7/7 giorni - H24 richiede una disponibilità di personale che in questa fase rendono la guardia attiva non attuabile L'attività di consulenza telefonica /intervento domiciliare h24 ai pazienti in Assistenza Domiciliare è attiva solo per i pazienti in carico all'ANT e rappresenta un elemento fortemente condizionante la scelta dei pazienti dei familiari e dei medici. Tutti i pazienti NON oncologici chiamano il 118 in</p>

	<p>caso di necessità e anche per i pazienti non oncologici in Cure Palliative va garantita la reperibilità H24 PROPOSTA di SOLUZIONE Organizzare una rete di Intervento 7/7 giorni - H24 in collaborazione con il DIPARTIMENTO di EMERGENZA. CREARE 2 CIRCUITI DI REPERIBILITÀ</p> <p>Reperibilità telefonica per consigli telefonici ai pazienti, ai familiari 1: CIRCUITO di REPERIBILITÀ 1 . Reperibilità telefonica per i Pazienti in Cure Palliative Precoci Ambulatoriali: cellulare a disposizione della persona malata e della famiglia per consigli telefonici e urgenze. La persona malata e la famiglia chiamano il Medico Reperibile al Cellulare REPERIBILITÀ RETE CP: il Medico Reperibile, che attraverso un PC collegato con VPN agli Applicativi aziendali, valuta alla luce anche della scheda clinica del paziente, le indicazioni terapeutiche e consiglia la terapia che il familiare può attuare. Solo nel caso sia necessario l'intervento del 118, il Medico Reperibile chiama direttamente il 118 e comunica con l'operatore per concordare: Infermiere, auto medica o autoambulanza per trasferimento in PS. Contestualmente il Medico Reperibile in Cure Palliative invia via mail alla Centrale del 118 : a)esito della telefonata, b)decisioni prese e c)prescrizioni terapeutiche.</p> <p>L'operatore che interviene a domicilio contatta telefonicamente il medico Reperibile di Cure Palliative al Cellulare REPERIBILITÀ RETE CP. 2: CIRCUITO di REPERIBILITÀ 2 . Reperibilità telefonica per i Pazienti in Cure Palliative Domiciliari : I telefoni (il telefono dell'abitazione ed 1 cellulare) di riferimento della persona malata e del care giver vengono segnalati alla Centrale operativa del 118 come PAZIENTI in CURE PALLIATIVE. 2A) La persona malata e la famiglia chiamano il Medico Reperibile al Cellulare REPERIBILITÀ RETE CP: il Medico Reperibile, che attraverso un PC collegato con VPN agli Applicativi aziendali, valuta alla luce anche della scheda clinica del paziente, le indicazioni terapeutiche e consiglia la terapia che il familiare può attuare. Solo nel caso sia necessario l'intervento del 118, il Medico Reperibile chiama direttamente il 118 e comunica con l'operatore per concordare: Infermiere, auto medica o autoambulanza per trasferimento in PS. Contestualmente il Medico Reperibile in Cure Palliative invia via mail alla Centrale del 118 : a)esito della telefonata, b)decisioni prese e c)prescrizioni terapeutiche.</p> <p>L'operatore che interviene a domicilio contatta telefonicamente il medico Reperibile di Cure Palliative al Cellulare REPERIBILITÀ RETE CP. 2B) La persona malata e la famiglia chiamano il 118 . Il 118 identifica il numero segnalato come CURE PALLIATIVE risponde al numero chiamante e se si conferma che la chiamata avviene da quel numero per il Malato in Cure Palliative, il 118 contatta il Medico Reperibile e passa la telefonata e segue il circuito 2A. L'Operatore del 118 che interviene al domicilio per una chiamata per un Paziente non conosciuto dalla Rete delle Cure Palliative, ma potenzialmente (dopo avere parlato con la famiglia) da approccio in Cure Palliative, segnala il paziente e la famiglia alla Rete delle Cure Palliative per eventuale successiva presa in carico. 3- NUOVA PROPOSTA di RIORGANIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE DISTRETTO di Pianura Ovest N. Residenti: 83.080 UNA EQUIPE DEDICATA OGNI 60.000 ABITANTI : 1 équipe composta di base relativamente all'AUSL: 1 MEDICO , 3 INFERMIERI e 1 PSICOLOGO ( questi professionisti del Pubblico verranno poi integrati nella TRIPLETTA PUBBLICO – PRIVATO SOCIALE da professionisti del Terzo Settore) che si occupa dei 3 NODI (Ospedale , Ambulatorio, Domicilio) Personale dell'AUSL richiesto: 1,2 Medico dedicato 3,2 Infermieri dedicati 1 psicologo 2 automezzi a disposizione</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Azienda AOSP, Fondazione Hospice MTC Seragnoli, Fondazione ANT, IOR , CRA , RP e ospedali privati (lungodegenze)</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Dipartimenti oncologico, DATER, Cure primarie , Emergenza, Medico, Infantile, Chirurgico</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

## 8. Medicina di genere

### Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La medicina genere-specifica affronta le disuguaglianze di salute per quanto riguarda sintomi, diagnosi, prognosi e trattamenti delle malattie.</p> <p>L'approccio orientato alla medicina di genere intende modificare le prassi organizzativo/professionali concretizzando l'appropriatezza delle cure nel rispetto del diritto di equità di trattamento sia per gli uomini sia per le donne. In questa prospettiva sono da valorizzare le esperienze che producono azioni di educazione alle differenze, in quanto accrescono la capacità di chi opera in ambito sanitario di offrire risposte genere-specifiche, e quindi più aderenti alla specificità della persona.</p> <p>Già nel 2000 l'OMS ha inserito la Medicina di Genere nell'Equity Act e affermato che il principio di equità implica che la cura sia appropriata al singolo genere, evidenziando una sostanziale misconoscenza e sottovalutazione della diversità femminile. Oggi la Medicina di Genere sta ancora avendo uno sviluppo moderato, nonostante la sua promozione e la sensibilizzazione della popolazione -soprattutto dei professionisti sanitari- siano sempre più importanti per la Sanità Pubblica in termini di tutela dei cittadini, conciliandosi con il passaggio verso una medicina personalizzata che dovrà considerare tutti i fattori di rischio dell'essere umano: l'etnia, lo stile di vita, la storia personale, i profili di rischio e le predisposizioni genetiche.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Per implementare la medicina di genere è prioritario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- offrire un'informazione corretta ed equa sulle differenze di genere nelle problematiche di salute e sull'approccio di genere nella cura e nell'assistenza;</li> <li>- realizzare un'attività formativa professionale permanente per fornire le conoscenze specifiche connesse alla diversità di genere;</li> <li>- promuovere percorsi di ricerca, prevenzione, diagnosi, cura farmacologica e riabilitazione orientate all'equità di genere;</li> <li>- impostare bilanci di genere</li> <li>- valutare statisticamente il peso dei due generi nell'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<p>La comunità professionale sanitaria e socio-sanitaria</p> <p>I gestori dei servizi sanitari e socio-sanitari</p> <p>I cittadini e gli utenti dei servizi</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Creazione di un gruppo di lavoro aziendale "Medicina di genere ed equità", multidisciplinare e multiprofessionale. Si ritiene fondamentale la divulgazione dei principi della medicina di genere e dell'etica della cura coinvolgendo associazioni (es., Medicina Europea di Genere) ed esperti che già promuovono questo approccio.</p> <p>Il gruppo di lavoro individuerà iniziative di divulgazione rivolte a tutti i destinatari sopracitati. Tra queste iniziative si propone innanzitutto la predisposizione di un questionario sulla MdG, rivolto specificamente agli operatori aziendali.</p> <p>Successivamente si implementeranno le indicazioni operative estrapolate a livello regionale dalla sperimentazione in un territorio.</p> <p>Si precisa che è previsto un coordinamento regionale di supporto per analizzare le azioni trasversali, promuovere iniziative di confronto, supportare l'introduzione, nel momento di</p>

	elaborazione del piano aziendale delle azioni sull'equità, di strumenti equity oriented, quali ad esempio la scheda di valutazione Eqia, per rilevare ex ante l'impatto sul genere delle azioni previste dal piano.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Integrazione con il livello regionale, con il Dipartimento di Sanità Pubblica e con i servizi distrettuali sanitari e sociali per le azioni di rafforzamento della cultura orientata alle differenze di genere. Piano Attuativo Locale dell'Azienda USL Bologn
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Direzione Generale Cura alla Persona, alla Salute e al Welfare della Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria e sociale regionale, Comitati di Distretto, UdP, CTSS
<b>Referenti dell'intervento</b>	DSM Epidemiologia psichiatrica e public health
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## 9. Azioni di contrasto alla crisi economica

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Il contesto di provincia del Distretto Pianura Ovest porta ad avere sul territorio poche situazioni di persone che vivano in condizioni di povertà estrema e di homelessness. Tuttavia le ricadute della recente crisi economica sono visibili anche su questo territorio nell'impoverimento di molte famiglie, i cui componenti adulti si sono ritrovati senza lavoro, oppure in famiglie che hanno subito uno sfratto, fenomeno fortemente in crescita in tutti i nostri comuni. Da qui l'esigenza di coordinare un piano di azioni condiviso tra i 6 comuni di Terred'Acqua per affrontare le situazioni di emergenza che si presentano ai servizi sociali.
<b>Descrizione</b>	Obiettivi delle azioni previste sono: contrastare gli effetti della crisi economica e sostenere il reddito delle famiglie in comprovata difficoltà a causa della riduzione o perdita del lavoro di uno o più membri; sostenere il reddito delle famiglie in comprovata difficoltà tramite provvedimenti di riduzione/esenzione di rette e contro il rischio di sfratto o sospensione delle utenze per morosità; sostenere la mobilità per le persone in condizione di fragilità sociale
<b>Destinatari</b>	Person e nuclei familiari in difficoltà economica a seguito degli effetti della crisi del mercato del lavoro quali licenziamenti, mobilità, ricorsi alla cassa integrazione guadagni ordinaria, straordinaria o in deroga, in contratto di solidarietà. Person e adulte disoccupate, inoccupate, con basso profilo e senza qualifica professionale in carico ai servizi sociali territoriali
<b>Azioni previste</b>	Pres a carico da parte degli servizi sociali comunali, elaborazione del PAI-Piano di assistenza individuale o familiare. Erogazione contributi per il trasporto pubblico locale a sostegno delle persone in condizione di fragilità sociale. Predisposizione ed erogazione di misure di sostegno al reddito/dispositivi per l'accesso al lavoro (indennità di frequenza per la formazione, tirocini formativi, rimborso titoli di viaggio dei mezzi pubblici, inserimenti lavorativi, ecc.). Interventi economici per prevenire procedure di sfratto e/o interruzioni di utenze, derivanti da morosità. Provvedimenti di riduzione, esenzione, rateizzazione tariffe e rette per i servizi per minori ed adulti. Sperimentazione di servizi tesi al soddisfacimento dei bisogni primari (es. consegna pasti), gestiti in maniera innovativa, secondo un approccio di prossimità. Azioni di contrasto al sovraindebitamento delle famiglie. Pronto intervento sociale (PRIS)
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, politiche economiche, della casa e del lavoro
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sociali dei Comuni, Centri di formazione professionale, Centro per l'impiego, aziende pubbliche e private, organizzazioni di categoria e del mondo del lavoro, terzo settore,



	cooperative sociali
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano: Nadia Marzano Tel: 051 6813009 Email: nadia.marzano@terredacqua.net
<b>Risorse non finanziarie</b>	Assistenti sociali e operatori dei servizi dei Comuni, formatori ed operatori della formazione e dell'impresa for/non profit

---

## Totale preventivo 2018: € 298.175,03

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **52.163,88 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **137.298,36 €**
- Quota Fondo povertà regionale LR24/16: **96.897,79 €**
- Fondo mobilità **11.815,00 €**

---

## Indicatori locali: 2

---

### 1°: N. persone senza dimora prese in carico

**Descrizione:** N. persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 2
- **Obiettivo 2019:** 2
- **Obiettivo 2020:** 2

### 2°: N. persone adulte in carico ai servizi sociali

**Descrizione:** N. persone adulte in carico ai servizi sociali per le quali sono stati erogati degli interventi

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 100
- **Obiettivo 2019:** 100
- **Obiettivo 2020:** 100

## 10. Equità in tutte le politiche: metodi e strumenti

### Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano un tema cruciale per le politiche pubbliche, in quanto le variabili socio-economiche sono in relazione con le condizioni di salute e con l'utilizzo dei servizi. Infatti i processi di salute e malattia non rappresentano fenomeni meramente biologici e non si presentano in modo casuale, ma si distribuiscono nella popolazione come risultato di dinamiche socio-culturali e politico-economiche più ampie: è stato ad esempio dimostrato che vi è una sistematica maggiore incidenza di mortalità e morbilità nelle classi socio-economiche più basse, e i peggiori esiti in salute, legati alla presenza di barriere di accesso ai servizi, colpiscono in particolar modo i gruppi di popolazione più vulnerabili e discriminati (sulla base della classe sociale, del sesso/genere e dell'orientamento sessuale, della provenienza geografica, etc.). Vanno intraprese, quindi, azioni di politica pubblica intersettoriali, ma occorre anche considerare azioni di sistema che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative, spostando la questione da ciò che influisce sullo stato di salute ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale. In altre parole, occorre analizzare come i processi dell'organizzazione dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e come possono produrre una eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale.</p> <p>Le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità consistono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- politiche e programmi intersettoriali;</li> <li>- assunzione di un approccio intercategoriale, non targettizzante;</li> <li>- assunzione di pratiche empowering;</li> <li>- lavoro di rete;</li> <li>- promozione di comportamenti pro-attivi.</li> </ul>
<b>Descrizione</b>	<p>Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale è necessario prevedere:</p> <p>a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma al sistema servizi nel suo complesso.</p> <p>b) azioni rivolte sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni, cioè agli operatori (diversity management), sia all'esterno, cioè ai fruitori dei servizi (utenti, familiari).</p> <p>E' importante dare un nuovo impulso al coordinamento aziendale (Board equità), affinché assicuri coerenza dell'applicazione pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione aziendale, gestione/amministrazione ed erogazione dei servizi .</p> <p>Il board avrà a disposizione strumenti/metodologie equity oriented, toolkit regionale sulla predisposizione del Piano delle azioni sull'equità e supporti formativi metodologici.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Utenti e operatori dei servizi, in quanto portatori di differenze individuali multiple, con attenzione alle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili (ad esempio, persone in povertà o a rischio di esclusione sociale in relazione a condizioni di migrazione, di precarietà lavorativa, di discriminazione legata al genere, disabilità ecc.).</p>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione del referente aziendale dell'equità e attivazione del Board aziendale sull'equità</li> <li>- Elaborazione del piano delle azioni sull'equità</li> </ul> <p>(<a href="http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-3">http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-3</a>)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formazione dei professionisti e dei decisori all'utilizzo di strumenti e metodologie equity oriented (es. Eqia) per valutare indirizzi, programmazione e interventi (<a href="http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/eqita-in-pratica/toolkit/toolkit-5/intro">http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/eqita-in-pratica/toolkit/toolkit-5/intro</a>)</li> <li>- Utilizzo di Eqia per valutare indirizzi, programmazione e interventi</li> <li>- Formazione relativa all'approccio diversity management, a seguito di una prima sperimentazione a livello regionale di progetti di ricerca-intervento.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	L'adozione di strategie e la messa in campo di azioni/strumenti di gestione dell'equità si basa sulla condivisione di politiche integrate, sul lavoro di rete e sul coinvolgimento dei diversi attori coinvolti (empowerment individuale, organizzativo e comun
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Direzione Generale Cura alla Persona, alla Salute e al Welfare della Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria e sociale regionale, Comitati Distretto, UdP, CTSS, associazioni di utenti, associazioni di volontariato, servizi sociali territoriali.
<b>Referenti dell'intervento</b>	DSM Epidemiologia psichiatrica e public health
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## 11. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	L'arrivo e la permanenza sul territorio di persone provenienti da Paesi terzi rappresenta un fenomeno strutturale ed in aumento, che necessita di risposte adeguate, in un'ottica preventiva, promozionale e di inclusione.
<b>Descrizione</b>	<p>Garantire informazione/orientamento/accesso alla rete dei servizi e delle opportunità territoriali alla popolazione immigrata.</p> <p>Accompagnare il processo d'integrazione con un piano distrettuale per l'apprendimento della lingua italiana per gli immigrati stranieri adulti.</p> <p>Favorire l'inserimento scolastico degli alunni stranieri neoarrivati.</p> <p>Promuovere la salute ed il benessere anche con l'intervento di mediazione interculturale nei servizi, con particolare riferimento alla salute delle donne e dei minori.</p> <p>Favorire e accompagnare la piena integrazione nella comunità locale delle seconde e terze generazioni dei cittadini immigrati</p> <p>Favorire l'inserimento lavorativo delle donne immigrate</p> <p>Sostenere i processi di associazionismo e di cittadinanza attiva della popolazione immigrata.</p> <p>Collaborare con i soggetti gestori dei CAS</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Alunni stranieri inseriti nelle scuole (primaria e secondaria) e le loro famiglie.</p> <p>Nuclei familiari che si rivolgono a Sportelli sociali / servizi comunali</p> <p>Adulti immigrati stranieri</p> <p>Giovani di seconda generazione</p> <p>Gruppi di donne immigrate</p> <p>Associazioni di cittadini immigrati e nativi</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Interventi di alfabetizzazione e sostegno all'apprendimento della lingua italiana (lingua 2) nelle scuole per alunni stranieri neoarrivati.</p> <p>Interventi di mediazione linguistica e interculturale nelle scuole e nei servizi comunali.</p> <p>Laboratori di intercultura per bambini e genitori</p> <p>Azioni di orientamento/tutoring per favorire l'accesso a opportunità formative/occupazionali nel territorio.</p> <p>Percorsi di sensibilizzazione alla cittadinanza attiva ed empowerment dei gruppi/associazioni presenti nel territorio.</p> <p>Adozione di un protocollo distrettuale per l'inserimento a scuola degli alunni stranieri neoarrivati.</p> <p>Partecipazione ai progetti di ambito metropolitano 'Trame educative per nuove comunità', finanziato dalla Fondazione 'Con i bambini' e teso al contrasto della povertà educativa nella fascia 3-5 anni</p> <p>Corsi di italiano.</p> <p>Percorsi di formazione per gli operatori degli Sportelli sociali sul tema dell'intercultura.</p> <p>Partecipazione ai bandi regionali e nazionali (CASPER, FAMI).</p>

	Implementare progetti di volontariato in cui coinvolgere gli ospiti dei CAS Adesione al progetto metropolitano SPRAR (si rimanda alla scheda in allegato per il dettaglio) da parte dei Comuni di Anzola dell'Emilia, Calderara di Reno, Crevalcore, Sala Bolognese
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Programmi distrettuali per il contrasto alla povertà. Interventi di politica attiva per il lavoro. Azioni di sostegno alla genitorialità.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sociali e scolastici comunali; istituti scolastici del territorio Sportelli sociali/servizi educativi comunali, scuole, enti di formazione professionale, servizi sanitari, associazioni e volontariato locale, terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano: Nadia Marzano Tel: 051 6813009 Email: nadia.marzano@terredacqua.net
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori dei servizi comunali e dei servizi sanitari Operatori e volontari (terzo settore) Alfabetizzatori e mediatori culturali Insegnanti e formatori Operatori del Centro per l'impiego Educatori

**Totale preventivo 2018: € 35.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **35.000,00 €**

## Indicatori locali: 2

### 1°: N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA

**Descrizione:** Partecipazione al bando SPRAR per posti MSNA

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

### 2°: N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale

**Descrizione:** Partecipazione al bando SPRAR per richiedenti e titolari di protezione internazionale

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

## 12. Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali, di abilità

### Riferimento scheda regionale

14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità

### Riferimento scheda distrettuale: Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Promuovere le pari opportunità, contrastare le discriminazioni e valorizzare le capacità nelle differenze.
<b>Descrizione</b>	Si registra la necessità di lavorare per diffondere una cultura delle differenze, il contrasto agli stereotipi, la promozione delle pari opportunità, l'educazione al rispetto ed alla valorizzazione delle differenze, al fine di raggiungere l'obiettivo di avere una società più giusta ed inclusiva, in cui le differenze siano da considerare una risorsa ed in un'ottica di prevenzione dei fenomeni di sessismo, violenza, razzismo, omofobia. Si intende anche offrire dei servizi che favoriscano dei momenti di effettiva integrazione, anche nei confronti di ragazzi con disabilità.
<b>Destinatari</b>	Tutti i cittadini e le cittadine del distretto
<b>Azioni previste</b>	-Partecipazione al Coordinamento metropolitano per le pari opportunità, composta dai referenti dei servizi sociali e sanitari e delle associazioni che si occupano di contrasto alla violenza, di educazione al genere e di promozione delle pari opportunità (vd. scheda allegata). -Partecipazione al progetto metropolitano 'Una rete in azione', per la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni di emarginazione sociale, di discriminazione e violenza sulle donne -Attuazione di interventi di informazione rivolti alla cittadinanza e di formazione, mirata e congiunta, rivolti a operatori sociali e ai vari attori della 'rete' dei servizi - Attività natatoria per ragazzi disabili, per favorire l'inserimento e la socializzazione nella classe
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Enti locali Città metropolitana Associazioni che si occupano di contrasto alla violenza di genere e di promozione delle pari opportunità
<b>Referenti dell'intervento</b>	
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 7.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **7.000,00 €**

## Indicatori locali: 1

---

**1°: N. centri interculturali attivi**

**Descrizione:** N. centri interculturali attivi

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 1 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

### 13. Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi

**Riferimento scheda regionale**

15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Nove mesi di gravidanza, più i primi due anni di vita: sono in tutto circa mille giorni, importantissimi non solo per lo sviluppo e la crescita del feto prima e del bambino poi, ma anche per la salute di tutta la vita.</p> <p>I primi 1000 giorni di vita rappresentano la fase della vita in cui si è più sensibili agli stimoli che provengono dall'ambiente esterno. Moltissimi fattori, infatti, possono modificare in modo stabile la capacità di adattamento e di programmazione dell'organismo infantile, influenzando in modo permanente la qualità della sua vita di adulto.</p> <p>I primi 1000 giorni rappresentano, dunque, un'importante finestra di opportunità per gettare le basi di una buona salute.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il distretto intende promuovere azioni a sostegno dei neogenitori e dei bambini in fascia 0/3 attraverso lo sviluppo ed il potenziamento dei servizi esistenti, la cura della rete e delle collaborazioni tra di essi, la sperimentazione di progetti innovativi, la formazione destinata agli operatori dei servizi 0/6.</p> <p>In particolare si intende promuovere la condivisione delle conoscenze fra gli operatori e fra i neogenitori; sostenere i neogenitori, anche attraverso la rivalutazione del ruolo paterno ed il coinvolgimento di entrambe le figure genitoriali; favorire l'azione di osservazione da parte dei servizi e di lettura precoce del disagio.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Donne e coppie in preconcezione e gravidanza</p> <p>Bambini 0/3 anni e loro genitori</p>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promozione dello spazio post parto dell'Azienda USL/distretto Pianura Ovest, per la cura dell'allattamento, ma non solo.</li> <li>- Valorizzazione del consultorio familiare.</li> <li>- Realizzazione di brochure informativa sui servizi destinati alla prima infanzia da inviare ai genitori di tutti i nuovi nati.</li> <li>- Consolidamento del sistema dei servizi 0/3.</li> <li>- Formazione e coordinamento pedagogico sullo 0/6.</li> <li>- Partecipazione al progetto metropolitano Trame educative, presentato sul bando della Fondazione 'Con i bambini', sul contrasto alla povertà educativa, con particolare attenzione ai nuclei stranieri.</li> <li>- Coinvolgimento dei pediatri di comunità.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche educative per la prima infanzia</p> <p>Politiche sanitarie</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Operatori educativi e sociali dei Comuni, ASP Seneca, Azienda USL (in particolare consultorio familiare e pediatri), terzo settore, scuole</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Nadia Marzano</p> <p>Ufficio di piano</p>



	051 6813009 nadia.marzano@terredacqua.net
<b>Risorse non finanziarie</b>	Assistenti sociali, pedagogiste, educatori, psicologi, ostetriche, pediatri, insegnanti

## Indicatori locali: 3

### 1°: Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS

**Descrizione:** Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Sì
- **Obiettivo 2019:** Sì
- **Obiettivo 2020:** Sì

### 2°: N. donne per cui è stata richiesta una valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)

**Descrizione:** Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Sì
- **Obiettivo 2019:** Sì
- **Obiettivo 2020:** Sì

### 3°: N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)

**Descrizione:** N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2
- **Obiettivo 2019:** 2
- **Obiettivo 2020:** 2

## 14. Sostegno alla genitorialità

### Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'affermarsi di una società sempre più individualistica, dai legami sociali fragili, istituzionalmente e psicologicamente meno autorevole ha reso l'essere genitori oggi un ruolo difficile e complesso. Per questo motivo sviluppare azioni di sostegno per i genitori che affrontano le difficoltà connesse alla crescita dei figli nelle differenti fasi della vita è diventato sempre più importante.</p> <p>Un genitore, nell'accompagnare la crescita dei propri figli, affronta situazioni continuamente nuove, che richiedono sempre più risposte adatte e creative.</p> <p>Un genitore, nell'accompagnare la crescita dei propri figli, affronta situazioni continuamente nuove, che richiedono sempre più risposte adatte e creative.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Ruolo dei servizi dev'essere quello di supportare i genitori e le famiglie nel loro percorso di vita, in particolare nelle fasi di transizione (nel momento dell'arrivo di un nuovo nato, in caso di separazione, di perdita del lavoro e di difficoltà economica, nella fase adolescenziale dei figli, nelle situazioni di carico assistenziale elevato legate all'accudimento di una persona non autosufficiente, in situazioni di particolare difficoltà).</p> <p>I servizi, inoltre, possono mettere in campo delle azioni tese a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, attraverso l'offerta di servizi dedicati.</p> <p>I servizi possono promuovere interventi e attività che supportino i genitori: facendo scoprire loro le proprie qualità, risorse e competenze rafforzando la fiducia in se stessi e recuperando l'autorevolezza necessaria al proprio ruolo; favorendo il confronto e la condivisione di esperienze e difficoltà insite nel ruolo genitoriale; diffondendo nuove pratiche educative e imparando a gestire i conflitti con i figli; individuando strategie per facilitare la comunicazione all'interno della famiglia; sostenendo anche azioni di solidarietà e sostegno attraverso la promozione dell'affido familiare.</p>
<b>Destinatari</b>	Famiglie con figli piccoli, adolescenti e giovani adulti
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azioni a sostegno dell'integrazione dei servizi sanitari, sociali ed educativi e del pubblico con il privato sociale.</li> <li>- Servizi a sostegno dei primi mille giorni di vita (percorso gravidanza, spazio 0-6, nidi d'infanzia, servizi integrativi per l'infanzia).</li> <li>- Percorsi formativi destinati ai genitori, ma anche agli operatori dei servizi sociali, educativi, scolastici e sanitari.</li> <li>- L'ora del tè, incontri destinati a genitori di adolescenti.</li> <li>- Coordinamento pedagogico e progettazione di servizi/interventi per il supporto alla genitorialità ed i minori.</li> <li>- Promozione di opportunità, iniziative e servizi per l'orientamento, la consulenza e la formazione dei genitori sulla relazione educativa ed il rafforzamento delle competenze genitoriali, realizzati in ambito scolastico ed extrascolastico (sportelli d'ascolto e consulenza; centri bambini e famiglie).</li> <li>- Iniziative di promozione dell'agio e della socialità dei bambini e degli adolescenti nell'ambito della comunità locale, con il coinvolgimento del sistema integrato dei servizi sociali, educativi,</li> </ul>

	<p>scolastici e formativi, sanitari, culturali, sportivi e ricreativi (laboratori teatrali e di espressività; rassegne, mostre e spettacoli; attività ludiche, ricreative, culturali e sportive).</p> <p>- Interventi per la promozione della salute e degli stili di vita sani, con approccio preventivo rispetto ai comportamenti a rischio, anche in chiave interculturale (laboratori; attività educative di gruppo).</p> <p>- Attività per l'accoglienza prolungata presso i servizi educativi e le scuole del territorio.</p> <p>- Attività con i minori nei tempi pomeridiani extra-scuola.</p> <p>- Azioni di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, come l'erogazione di contributi a favore delle famiglie con figli frequentanti i centri estivi.</p> <p>- Azioni di promozione e sensibilizzazione sull'istituto dell'affido familiare.</p> <p>- Partecipazione ai progetti metropolitani presentati alla Fondazione 'Con i bambini': 'Trame educative', 'Ice: incubatore di comunità educante', 'Nuove generazioni'</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sociosanitarie, culturali ed interculturali, dell'istruzione, di orientamento e formazione professionale.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sociali, educativi, sanitari, scolastici, per la formazione
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Nadia Marzano</p> <p>Ufficio di Piano - Unione Terred'Acqua</p> <p>051 6813009</p> <p>nadia.marzano@terredacqua.net</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori dei servizi sociali, sanitari, educativi, scolastici, formatori

## Totale preventivo 2018: € 169.931,00

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **40.000,00 €**
- Altri fondi regionali (L.R. 14/2008 e Fondo conciliazione): **129.931,00 €**

## Indicatori locali: 4

### 1°: Attività di rete dei consultori familiari a sostegno della genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni

**Descrizione:** Attività di rete dei consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** No
- **Obiettivo 2019:** Sì
- **Obiettivo 2020:** Sì

### 2°: N. incontri del gruppo di sostegno per genitori di adolescenti

**Descrizione:** N. incontri del gruppo di sostegno per genitori di adolescenti

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 9 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 9
- **Obiettivo 2019:** 9
- **Obiettivo 2020:** 9

### 3°: Realizzazione incontri formativi/informativi sull'adolescenza

**Descrizione:** N. incontri informativi per genitori di adolescenti

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 4
- **Obiettivo 2019:** 2
- **Obiettivo 2020:** 2

**4°: Contributi a favore di famiglie con figli frequentanti i centri estivi**

**Descrizione:** N. di contributi a favore di famiglie con figli frequentanti i centri estivi

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 420
- **Obiettivo 2019:** 500
- **Obiettivo 2020:** 500

## 15. Progetto adolescenza e giovani adulti

### Riferimento scheda regionale

17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il contesto sociale postmoderno in cui viviamo ha reso la fase dell'adolescenza un periodo della vita ancor più delicato rispetto al passato. Oltre ad affrontare un momento di grandi cambiamenti, gli adolescenti ed i giovani oggi si trovano nelle condizioni di doversi confrontare con le sfide poste dalla nostra società competitiva, tecnologica, precaria, consumistica, narcisistica.</p> <p>Chi sono gli adolescenti ed i giovani di oggi? Sono i giovani svegliati e ormai disillusi che ci raccontano le cronache, con la testa persa dentro lo smartphone o i videogiochi, o i ragazzi svegli capaci di inventarsi start-up e di sognare di cambiare il mondo?</p> <p>E' questa la scommessa che la società tutta è chiamata a giocare: la comunità deve adoperarsi perché a prevalere sia la seconda ipotesi. E', inoltre, importante cercare di rispondere a quelli che sono i bisogni che gli adolescenti ed i giovani oggi pongono agli adulti che li circondano. Una recente recente ricerca ci dice che i ragazzi, da un lato, desiderano affetto, dall'altro chiedono libertà e comprensione. Gli adolescenti di oggi sembrano aver bisogno non tanto di informazioni – tra internet e televisione sono immersi in un costante flusso informativo che permette loro, in tempo reale e su qualsiasi argomento, di trovare informazioni pressoché su ogni cosa – quanto piuttosto di un punto fermo con cui confrontarsi e rielaborare le informazioni apprese, per riuscire a “capire”, oltre che semplicemente “sapere”: di un ruolo, dunque, pienamente “formativo” ed “educativo”.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>A seguito dell'adozione da parte della Regione Emilia-Romagna delle Linee di indirizzo regionali per l'adolescenza, anche nel distretto Pianura Ovest è stato costituito il Tavolo adolescenza, costituito da operatori dei servizi educativi, culturali e sociali dei Comuni, dell'ASP Seneca, dei vari servizi sanitari, del privato sociale. E' nato anche un gruppo di continuità terapeutica che si confronta sull'analisi e la condivisione dei singoli casi.</p> <p>Il tavolo adolescenza distrettuale, oltre a svolgere una funzione di cura e facilitazione della rete tra i vari servizi, svolge anche delle attività di programmazione di servizi ed interventi. E' stato realizzato, ad esempio, un seminario territoriale sul tema dell'adolescenza. E' stato avviato un gruppo rivolto a genitori di adolescenti. Sono in corso di realizzazione dei percorsi formativi destinati agli operatori dei vari servizi, agli insegnanti, ai genitori. Si stanno attivando dei servizi sperimentali rivolti ad adolescenti, con l'obiettivo di coinvolgere anche soggetti del terzo settore, incluse le società sportive.</p> <p>Nel campo delle politiche giovanili, i Comuni dell'Unione, ormai da anni, condividono alcune azioni, tra cui la realizzazione del festival dei giovani, nella sua declinazione di 'Aspettando il festival' ed il 'Giù di festival', che lavora sui temi della cittadinanza attiva, del protagonismo giovanile, del contatto fra i giovani, le scuole ed il mondo del lavoro, la promozione della cultura europea e della conoscenza delle opportunità offerte ai giovani dall'Europa.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Preadolescenti, adolescenti, giovani adulti, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori dei servizi socio-sanitari-educativi-scolastici-formativi e del terzo settore, le comunità di riferimento</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>- Tavolo distrettuale adolescenza - Gruppo terapeutico interistituzionale</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ricerca sullo stato di benessere/malessere degli adolescenti e seminario sull'adolescenza realizzato con gli adolescenti</li> <li>- L'ora del tè, gruppo per genitori di adolescenti</li> <li>- Ciclo di seminari formativi per genitori</li> <li>- Ciclo di seminari formativi per operatori dei servizi sociali, educativi, culturali, sanitari e per insegnanti sul tema del ritiro sociale e, più in generale, dei nuovi bisogni dei nuovi adolescenti</li> <li>- Sperimentazione del progetto 'Con la testa nei piedi', sull'uso della montagnaterapia per i ragazzi a rischio di ritiro/dispersione scolastica e/o con forte deprivazione sociale e culturale, e di altri eventuali progetti innovativi</li> <li>- Aggiornamento e monitoraggio del Protocollo distrettuale per il contrasto alla dispersione scolastica ed al disagio</li> <li>- Adozione di un protocollo per l'accoglienza degli alunni stranieri neo-arrivati a scuola</li> <li>- Organizzazione di punti di accesso distrettuali dedicati agli adolescenti</li> <li>- Organizzazione del Giù di festival e dell'Aspettando il festival, festival dei giovani di Terred'Acqua che affronta il tema dell'orientamento, del lavoro, dell'Europa e del volontariato con le scuole, le imprese e le organizzazioni di volontariato del territorio</li> <li>- Sostegno alle attività organizzate dai centri giovanili comunali</li> <li>- Realizzazione del progetto 'Comunità competente', progetto di prevenzione dalla dipendenze</li> <li>- Partecipazione ai progetti metropolitani presentati alla Fondazione 'Con i bambini': 'ICE, incubatore di comunità educante' e 'Nuove generazioni'</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Tutti gli ambiti del sociale, sanitario, educativo, scolastico, formativo e del privato sociale che si occupano di adolescenti
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni, Azienda USL, ASP Seneca, Terzo settore, scuole, enti di formazione
<b>Referenti dell'intervento</b>	Nadia Marzano Ufficio di Piano - Unione Terred'Acqua 051 6813009 nadia.marzano@terredacqua.net
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori di tutti i servizi sociali, sanitari, educativi, scolastici, formativi e del privato sociale che si occupano di adolescenti

## Totale preventivo 2018: € 92.649,73

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **25.000,00 €**
- AUSL (*Interventi di prossimità*): **40.000,00 €**
- Altri fondi regionali (*LR 14/2008 - Geco 6 - Fondi Carisbo*): **27.649,73 €**

## Indicatori locali: 8

### 1°: Incontri formativi sull'adolescenza

**Descrizione:** N. incontri formativi per operatori

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 5
- **Obiettivo 2019:** 2
- **Obiettivo 2020:** 2

### 2°: Incontri formativi sull'adolescenza

**Descrizione:** N. incontri formativi per insegnanti

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 3 - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 7
- Obiettivo 2019: 3
- Obiettivo 2020: 3

### **3°: Realizzazione progetti sperimentali**

**Descrizione:** Realizzazione progetti sperimentali

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: Sì
- Obiettivo 2019: Sì
- Obiettivo 2020: Sì

### **4°: Aggiornamento e monitoraggio del protocollo per il disagio ed il contrasto alla dispersione scolastic**

**Descrizione:** Aggiornamento e monitoraggio del protocollo per il disagio ed il contrasto alla dispersione scolastic

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** Sì - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: Sì
- Obiettivo 2019: Sì
- Obiettivo 2020: Sì

### **5°: Realizzazione del festival dei giovani**

**Descrizione:** Realizzazione del festival dei giovani

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** Sì - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: Sì
- Obiettivo 2019: Sì
- Obiettivo 2020: Sì

### **6°: Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 LR 14/2008)**

**Descrizione:** Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 LR 14/2008)

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: No
- Obiettivo 2019: Sì
- Obiettivo 2020: Sì

### **7°: Presenza di un coordinamento distrettuale del 'Progetto adolescenza'**

**Descrizione:** Costituzione del coordinamento distrettuale del 'Progetto adolescenza'

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** Sì - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: Sì
- Obiettivo 2019: Sì
- Obiettivo 2020: Sì

### **8°: N. punti di accesso dedicati agli adolescenti**

**Descrizione:** Numero punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** Sì - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: Sì
- Obiettivo 2019: Sì
- Obiettivo 2020: Sì

## 16. Spazio Giovani Adulti

### Riferimento scheda regionale

18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La DGR 1722 del 6 novembre 2017, dal titolo “Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti”, prevede, in applicazione del Piano nazionale della fertilità, una serie di obiettivi che includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L’informazione sull’evoluzione della fertilità e sui fattori e comportamenti che possono metterla a rischio</li> <li>• La promozione degli stili di vita sani ed adeguati in questo ambito</li> <li>• L’assistenza alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle malattie dell’apparato riproduttivo maschile e femminile che possono avere un ruolo nel determinare una condizione di sterilità o infertilità.</li> <li>• Il fornire strumenti per una pianificazione familiare consapevole</li> </ul> <p>Tra i presidi organizzativi che possono concorrere a questi risultati, sta sicuramente l’attivazione di uno Spazio rivolto alla popolazione 20 – 34 anni, nell’ambito del Consultorio Familiare (parimenti all’esperienza degli Spazi Giovani rivolta a ragazze e ragazzi dai 14 ai 19 anni), che permetta un accesso facilitato a una serie di percorsi informativi, diagnostici e terapeutici.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Lo Spazio Giovani Adulti svolgerà la sua funzione ad accesso libero (quindi senza necessità di impegnativa del medico) e tramite appuntamento.</p> <p>Gli ambiti di intervento saranno i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie sessualmente trasmissibili</li> <li>• Pianificazione familiare e contraccezione</li> <li>• Stili di vita e salute riproduttiva</li> <li>• Preconcezione</li> <li>• Dolore pelvico ed alterazioni mestruali (diagnosi e prevenzione dell’endometriosi e della micropolicistosi ovarica)</li> <li>• Problematiche sessuali e relazionali di coppia</li> <li>• Infertilità di coppia</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Donne e Uomini tra i 20 e i 34 anni
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riorganizzazione del sistema di offerta dei Consultori Familiari che preveda la definizione di un Consultorio per Distretto in cui aprire lo Spazio, con relativa fascia oraria di intervento con le modalità descritte</li> <li>2. Piano di comunicazione e lancio rivolto ai Medici di Medicina Generale, alle Istituzioni territoriali, alla Popolazione.</li> <li>3. Progetto di formazione rivolto agli operatori sanitari sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda Usl di Bologna, Comuni.
<b>Referenti dell'intervento</b>	consultori familiari
<b>Risorse non finanziarie</b>	



---

## Indicatori locali: 1

---

**1°: apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto**

**Descrizione:** apertura di uno spazio giovani per distretto

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** N - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

## 17. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

### Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL - Serdp Pianura Ovest</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	L'Italia è il sesto paese al mondo per volume di gioco d'azzardo ed il primo per perdite in base al reddito. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un aumento considerevole del volume delle giocate: si gioca al lotto, con le scommesse, con le lotterie, con i giochi online, ma soprattutto con le slot machine. La propensione al gioco è in aumento anche fra i millenials: nel 2016, il 44% dei ragazzi fra i 14 ed i 19 anni ha avuto almeno un'occasione di gioco.
<b>Descrizione</b>	Obiettivo delle azioni previste in questa scheda è quello di dare attuazione al Piano regionale triennale per il contrasto al gioco patologico, attraverso azioni di prevenzione, di cura e di riabilitazione. Il DSM dell'Azienda USL di Bologna ha scelto di non ripartire le risorse sui territori per creare un servizio specializzato di presa in carico e cura per le nuove dipendenze.
<b>Destinatari</b>	Cittadini, studenti ed insegnanti, personale sanitario, sociale, educativo e del terzo settore, giocatori patologici e loro familiari, esercenti di locali con gioco d'azzardo
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azioni di sensibilizzazione della popolazione attraverso l'organizzazione di eventi pubblici, anche attraverso il coinvolgimento del terzo settore per la co-costruzione di iniziative tese alla diffusione di una cultura di protezione rispetto al gioco d'azzardo, rivolte alla cittadinanza e a specifici target (centri sociali anziani, giovani, ecc.).</li> <li>Azioni di formazione e sensibilizzazione non solo degli esercenti, ma dell'insieme delle possibili 'antenne' del territorio (parrocchie, associazioni, Caritas, ecc.), perché possano divenire soggetti in grado di intercettare il bisogno ed indirizzarlo al sistema dei servizi di riferimento.</li> <li>- Azioni di formazione rivolte agli operatori dei servizi sociali e sanitari per migliorare la lettura del bisogno e le capacità di indirizzamento verso le risposte competenti più appropriate.</li> <li>- Potenziamento e trasformazione degli sportelli di consulenza territoriali LOOP anche in centri di ascolto per giocatori e loro familiari.</li> <li>Percorsi formativi (laboratori, spettacoli teatrali e proiezioni di pellicole) destinati agli studenti delle scuole del territorio, anche attraverso la realizzazione di percorsi di alternanza scuola/lavoro al fine di individuare dei peer educator con i quali realizzare alcune delle attività di prevenzione previste.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, politiche sanitarie, politiche educative, politiche per il commercio
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servizi sociali</li> <li>Servizi sanitari</li> <li>Scuole</li> <li>Terzo settore</li> </ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Davide Rambaldi</p> <p>Azienda USL - SERDP Pianura Ovest</p> <p>davide.rambaldi@ausl.bologna.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	Assistenti sociali ed educatori dei comuni e dei servizi sanitari, operatori del terzo settore,

insegnanti.
-------------

---

**Totale preventivo 2018: € 67.141,80**

---

- Programma gioco d'azzardo patologico: **67.141,80 €**

---

**Indicatori locali: 4**

---

**1°: Iniziative di sensibilizzazione**

**Descrizione:** N. iniziative di sensibilizzazione

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 1
- **Obiettivo 2020:** 1

**2°: Iniziative di formazione delle possibili 'antenne' sul territorio**

**Descrizione:** N. iniziative di formazione delle possibili 'antenne' sul territorio

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 3
- **Obiettivo 2020:** 3

**3°: Percorsi formativi per operatori**

**Descrizione:** N. percorsi formativi per operatori

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 1
- **Obiettivo 2020:** 1

**4°: Percorsi di peer education con le scuole**

**Descrizione:** N. percorsi di peer education con le scuole

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2
- **Obiettivo 2019:** 6
- **Obiettivo 2020:** 6

## 18. Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano

### Riferimento scheda regionale

20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL Bologna - Distretto Pianura Ovest</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Le politiche per l'invecchiamento sano hanno un ruolo centrale nella prevenzione delle malattie, delle disabilità e dell'erosione del benessere, tutti fattori che in genere trovano la massima concentrazione nei gruppi di età più avanzata. Vi sono alcune azioni di prevenzione rispetto alle quali le evidenze scientifiche hanno dimostrato che una loro attuazione appropriata è in grado di portare a successi rapidi. Lo stato di salute e il livello di attività in età avanzata sono il risultato delle condizioni di vita e delle azioni di un individuo nel corso di tutta la durata dell'esistenza. L'approccio all'invecchiamento sano attraverso l'intero corso dell'esistenza aiuta le persone a influenzare le modalità del proprio invecchiamento tramite l'adozione precoce di stili di vita più sani e l'adattamento ai cambiamenti connessi con l'età. Pertanto obiettivo di una politica di prevenzione ed accompagnamento all'invecchiamento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- permettere a un maggior numero di persone di vivere più a lungo in buona salute, restare attive più a lungo e contrastare le crescenti disuguaglianze esistenti in età avanzata;</li> <li>- favorire l'accesso a servizi sanitari e sociali di buona qualità per le persone che hanno necessità di assistenza e aiuto, allo scopo di rendere più equa l'aspettativa di vita sana;</li> <li>- migliorare la capacità degli anziani di entrambi i sessi di mantenere una piena integrazione nella società e vivere con dignità, a prescindere dallo stato di salute o di dipendenza</li> </ul>
<b>Descrizione</b>	<p>Le risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza sostengono l'insieme dei servizi sociosanitari (residenziali, semiresidenziali, domiciliari, economici) destinati alla popolazione anziana. All'interno della programmazione distrettuale dei servizi destinati a questa fascia di età, sono state condotte, in questi anni delle azioni specifiche destinate a favorire l'invecchiamento attivo, anche grazie alla collaborazione di soggetti del terzo settore. Alcune di queste azioni hanno trovato il loro contenitore naturale presso la Casa della salute di Terred'Acqua. Nello specifico si fa riferimento a attività di monitoraggio degli anziani fragili oppure a corsi tesi a favorire l'invecchiamento in salute (sulla memoria, su sani e corretti stili di vita), ecc.</p>
<b>Destinatari</b>	Popolazione anziana
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proseguire con i corsi di prevenzione sull'invecchiamento in salute</li> <li>- Sperimentare nuovi servizi ed interventi tesi a favorire la domiciliarità</li> <li>- Sviluppare la rete delle Case della salute su tutto il territorio, attraverso il modello hub/spoke, al fine di rendere i servizi sanitari prossimi anche a tutta la popolazione anziana</li> <li>- Sperimentazione della presenza del servizio sociale all'interno delle Case della salute, per favorire l'accesso ai servizi sociosanitari</li> <li>- Sperimentazione di un percorso di condivisione della presa in carico degli anziani fragili tra MMG ed assistenti sociali attraverso la definizione condivisa del PAI</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche sanitarie Politiche sociali</p>

<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sanitari Servizi sociali Terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Sabina Ziosi AUSL Bologna - Distretto Pianura Ovest
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori UASS Operatori Case della salute Assistenti sociali

## 19. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

### Riferimento scheda regionale

21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL - Distretto Pianura Ovest</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il FRNA, istituito nel 2007, ha messo ha disposizione dei territori, in maniera stabile negli anni, delle risorse economiche finalizzate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>consolidare e qualificare i servizi storici esistenti;</li> <li>garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarietà;</li> <li>garantire l'equità di accesso ai cittadini;</li> <li>garantire equità rispetto al sistema di compartecipazione della spesa ai servizi.</li> </ul> <p>Insieme all'accreditamento dei servizi sociosanitari, il FRNA, inoltre, ha favorito l'integrazione sociosanitaria tra i servizi ed ha contribuito alla qualificazione dei servizi destinati alla popolazione non autosufficiente</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Le modifiche intervenute e tuttora in corso nella nostra società (invecchiamento della popolazione, diminuzione del numero medio dei componenti familiari ed aumento delle famiglie unipersonali, l'aumento di alcune malattie degenerative) impongono ai servizi lo sforzo di tentare di dare nuove risposte, sempre più flessibili, alle esigenze della popolazione. Per questo motivo, nel distretto Pianura Ovest, oltre a garantire i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari finanziati dal FRNA, negli ultimi due anni sono state avviate delle sperimentazioni che si intende mantenere anche nei prossimi anni, avviandone, laddove possibile, di ulteriori.</p>
<b>Destinatari</b>	Anziani, famiglie
<b>Azioni previste</b>	<p>Mantenimento dei servizi in essere (servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, assistenza domiciliare, assegno di cura).</p> <p>Sperimentazione di nuovi servizi, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pacchetti domiciliari, ossia erogazione di contributi a famiglie che si avvalgono della collaborazione di assistenti familiari in regola, reperite attraverso agenzie interinali convenzionate, favorendo anche il contrasto al lavoro in nero, molto diffuso nell'ambito delle professioni di tipo assistenziale;</li> <li>estensione dell'orario e delle giornate di apertura di alcuni centri diurni per anziani (aperti fino alle 20 ed anche nei weekend), per offrire alle famiglie anche degli interventi di sollievo diurni;</li> <li>attività di formazione e qualificazione delle assistenti familiari, al fine di ridurre l'utilizzo del doppio operatore nel servizio di assistenza domiciliare;</li> <li>aumento delle ore di dimissioni protette, con la possibilità di invio diretto da parte del Pronto soccorso nel periodo estivo;</li> <li>aumento dei posti di sollievo in CRA nel periodo estivo;</li> <li>progettualità per il coordinamento di ore di attività socioassistenziale (UASS) per l'integrazione professionale nelle sedi delle Case della salute di Terred'Acqua (cure intermedie e continuità dell'assistenza);</li> <li>verifica e monitoraggio, attraverso la collaborazione di una RAA dell'ASP Seneca, dell'appropriatezza degli interventi di assistenza domiciliare attivati con doppio operatore;</li> </ul>

	implementazione dei servizi diurni a supporto di anziani affetti da demenza e dei loro familiari/caregiver (Punto di incontro, Café Alzheimer)
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sanitarie Politiche sociali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sanitari Servizi sociali Terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Sabina Ziosi Azienda USL - Distretto Pianura Ovest 051 6813004 sabina.ziosi@ausl.bologna.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Personale UASS Assistenti sociali

**Totale preventivo 2018: € 5.206.957,00**

- FRNA/FNA: 5.206.957,00 €

## Indicatori locali: 2

### 1°: N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia

**Descrizione:** Numero progetti innovativi di rete domiciliare

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 4 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 7

- **Obiettivo 2019:** 7

- **Obiettivo 2020:** 7

### 2°: N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia

**Descrizione:** Tipologia progetti innovativi rete domiciliare

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Ampliamento dell'offerta e della flessibilità dei servizi, anche in un'ottica di sollievo, verifica della loro appropriatezza - **Riferita al:**

- **Obiettivo 2018:** Ampliamento dell'offerta e della flessibilità dei servizi, anche in un'ottica di sollievo, verifica della loro appropriatezza

- **Obiettivo 2019:** Ampliamento dell'offerta e della flessibilità dei servizi, anche in un'ottica di sollievo, verifica della loro appropriatezza

- **Obiettivo 2020:** Ampliamento dell'offerta e della flessibilità dei servizi, anche in un'ottica di sollievo, verifica della loro appropriatezza

## 20. Sostegno ed integrazione sociale delle persone non autosufficienti

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La condizione di non autosufficienza è valutata misurando le capacità dell'individuo di svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana, distinguibili in attività per la cura del sé e attività strumentali.</p> <p>La condizione di non autosufficienza di una persona disabile si verifica a seguito di un evento morboso (un incidente o una malattia congenita o meno), dal quale deriva la condizione di limitazione nello svolgere attività considerate normali per una persona della stessa età (ISTAT). Per questa ragione, i disabili costituiscono un gruppo sociale variegato, all'interno del quale le differenti condizioni biologiche e socioeconomiche determinano specifici bisogni assistenziali, ai quali occorre sforzarsi di dare risposte specifiche e personalizzate.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Promuovere i diritti e le opportunità per le persone disabili (minori ed adulti) tramite il sistema integrato dei servizi educativi/scolastici/formativi, sociali, sportivi, culturali e ricreativi.</p> <p>Promuovere la salute ed il benessere sociale e la piena integrazione nella comunità locale delle persone disabili.</p> <p>Sostenere il ruolo e la funzione dei care-giver familiari.</p> <p>Sostenere la mobilità casa-lavoro delle persone disabili.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Bambini e ragazzi disabili in età scolare</p> <p>Giovani e adulti disabili</p>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi individuali e di piccolo gruppo in ambiente scolastico, extrascolastico e a domicilio per sostenere l'integrazione, l'apprendimento ed il successo scolastico dei bambini e ragazzi disabili</li> <li>- Interventi formativi, educativi, ricreativi, culturali, di socializzazione, orientati al sostegno delle autonomie personali ed allo sviluppo della rete di relazioni interpersonali dei giovani-adulti disabili</li> <li>- Promozione della figura dell'amministratore di sostegno</li> <li>- Interventi e attività di sostegno alla domiciliarità per persone non autosufficienti</li> <li>- Mantenimento dei servizi in essere (servizi residenziali e semiresidenziali per disabili, assistenza domiciliare, assegno di cura, laboratori protetti, gruppo appartamento per disabili)</li> <li>- Aumento dei posti di laboratorio protetto per disabili, per far fronte all'aumento dei casi in carico a seguito del passaggio della presa in carico dalla NPIA all'USSI disabili adulti;</li> <li>- Azioni di sostegno per caregiver familiari</li> <li>- Erogazione contributi a favore di persone disabili inserite al lavoro, con difficoltà negli spostamenti casa-lavoro</li> <li>- Erogazione di contributi finalizzati all'adattamento domestico</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche sociali e sociosanitarie</p> <p>Politiche sanitarie</p> <p>Politiche per l'istruzione, orientamento, formazione</p>



	Programmi per la promozione di diritti e opportunità
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni, AUSL, scuole ed enti di formazione, ASP Seneca, terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Nadia Marzano Ufficio di piano - Unione Terred'Acqua 051 6813009 nadia.marzano@terredacqua.net Sabina Ziosi UASS Distretto Pianura Ovest 051 6813004 sabina.ziosi@ausl.bologna.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori dei servizi sociali, sanitari ed educativi/scolastici

**Totale preventivo 2018: € 3.474.417,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **84.000,00 €**
- FRNA: **3.251.962,00 €**
- Progetto Home Care Premium - INPS: **120.000,00 €**
- Altri fondi regionali (*Fondo regionale disabili*): **18.455,00 €**

## Indicatori locali: 4

### 1°: Interventi individuali e di piccolo gruppo

**Descrizione:** N.interventi individuali e di piccolo gruppo

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 40 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 40
- **Obiettivo 2019:** 40
- **Obiettivo 2020:** 40

### 2°: Posti centri diurni disabili

**Descrizione:** N. posti centri diurni disabili

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 52 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 54
- **Obiettivo 2019:** 54
- **Obiettivo 2020:** 54

### 3°: Posti di laboratorio protetto per disabili

**Descrizione:** N. posti di laboratorio protetto per disabili

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 21 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 26
- **Obiettivo 2019:** 26
- **Obiettivo 2020:** 26

### 4°: Contributi per il trasporto casa lavoro di utenti disabili

**Descrizione:** N. contributi per il trasporto casa lavoro di utenti disabili

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 6
- **Obiettivo 2019:** 6

**- Obiettivo 2020: 6**

## 21. Prevenzione e sostegno minori in difficoltà

### Riferimento scheda regionale

- 14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità  
 16 Sostegno alla genitorialità  
 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Sostenere le nuove generazioni nel loro percorso di crescita e sviluppo, attraverso l'intervento coordinato dei vari servizi (educativo, sociale, sanitario), lavorando sia su degli interventi di promozione, che su interventi di sostegno, laddove se ne manifesti il bisogno, possibilmente in maniera precoce.
<b>Descrizione</b>	Rafforzare il sistema integrato dei servizi educativi, scolastici e formativi con la dimensione sociale, sanitaria, sportiva, culturale e ricreativa. Contrastare la dispersione e l'insuccesso scolastico; sviluppare il benessere e l'agio dei ragazzi a scuola e nell'extra scuola; sostenere la fase di scelta del proprio progetto formativo e di transizione al lavoro
<b>Destinatari</b>	Bambini e ragazzi fragili, con difficoltà psico-sociali, relazionali, socio-culturali Pedagogiste, educatrici, insegnanti
<b>Azioni previste</b>	Interventi, individuali e di piccolo gruppo, realizzati in ambiente scolastico o extrascolastico, per sostenere l'integrazione, la socializzazione, l'apprendimento ed il successo scolastico dei bambini preadolescenti ed adolescenti che presentano difficoltà e fragilità sociali, relazionali e di comportamento Interventi educativi, ricreativi e di socializzazione, orientati allo sviluppo delle autonomie, dell'autostima, delle competenze relazionali, espressive e comunicative dei bambini, preadolescenti ed adolescenti Coordinamento pedagogico e formazione degli operatori dei servizi educativi e scolastici
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche scolastiche, di orientamento e formazione. Programma per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi educativi, sociali e culturali dei Comuni, scuole, servizi Ausl (consultorio familiare, pediatria di comunità, medici di base, neuropsichiatria infantile, Sert), Asp Seneca/UOM (Unità operativa minori), organizzazioni del terzo settore, associazionismo e volontariato locale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Nadia Marzano Ufficio di Piano - Unione Terred'Acqua 051 6813009 nadia.marzano@terredacqua.net
<b>Risorse non finanziarie</b>	Pedagogisti, educatori, operatori sociali dei Comuni, insegnanti ed operatori scolastici, operatori dei servizi Ausl, operatori delle organizzazioni del terzo settore, mediatori culturali

**Totale preventivo 2018: € 81.546,05**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **60.000,00 €**
- Altri fondi regionali (*Fondi MIUR*): **21.546,05 €**

---

## Indicatori locali: 2

---

### **1°: Interventi educativi e ricreativi, individuali e di piccolo gruppo**

**Descrizione:** N. interventi educativi e ricreativi, individuali e di piccolo gruppo

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 20 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 30

- **Obiettivo 2019:** 30

- **Obiettivo 2020:** 30

### **2°: Percorsi formativi per pedagogiste, educatori, insegnanti**

**Descrizione:** Percorsi formativi per pedagogiste, educatori, insegnanti

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

## 22. Politiche di contrasto della povertà, sostegno all'inclusione attiva (SIA/REI-RES) e di avvicinamento al lavoro per persone fragili e vulnerabili (LR 14/2015)

### Riferimento scheda regionale

22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)  
23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE TERRED'ACQUA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La crisi economica globale che ha investito nel 2008 anche la nostra società, ha generato alti livelli di povertà assoluta e una diffusa mancanza di lavoro, fenomeni che si sono protratti a lungo, aumentando il numero di persone che si rivolgono ai servizi sociali per chiedere sostegno economico e per cercare lavoro. L'assoluta rilevanza di tali fenomeni ha indotto il sistema pubblico ad agire varando apposite misure: lo Stato ha avviato una misura nazionale di contrasto alla povertà, sperimentando il SIA-Sostegno per l'inclusione attiva, poi introducendo il REI-Reddito di inclusione; la Regione Emilia-Romagna ha istituito il RES-Reddito di Solidarietà per ampliare la platea dei beneficiari del REI in un'ottica universalista (inclusiva delle persone che non rientrano nella misura nazionale), oggi, che anche il REI ha superato i limiti anagrafici inizialmente previsti, ad integrazione del contributo previsto dal REI.</p> <p>Sul fronte del lavoro, la Regione ha approvato la LR 14/2015 (Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari), considerando che "il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità". Tale normativa mira a progettare insieme alle persone, impegnandole attivamente nell'attuazione di un progetto di vita personale, integrato e mirato, che promuova la formazione, l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale per superare la condizione di fragilità e sviluppare delle autonomie.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Questo intervento concerne l'attuazione delle misure nazionali e regionali del SIA/REI, RES e della LR.14/2015, con la messa in opera di una serie di azioni all'interno di un quadro organico ed integrato, in materia di contrasto alla povertà, formazione, orientamento e avviamento al mondo del lavoro, a favore di persone e famiglie fragili e/o in condizione di disagio sociale ed economico. Tale processo concerne, contestualmente e necessariamente, lo sviluppo di una 'rete' costituita dai servizi coinvolti e da tutti gli attori interessati (istituzionali e non: (EE.LL., Centri per l'Impiego, Ausl, enti di formazione, imprese del territorio, Terzo settore, OO.SS., ecc.), che offra un supporto costante alla realizzazione delle misure previste e consenta la sperimentazione di nuove sinergie. L'attuazione coordinata delle 3 misure (a partire dalle disposizioni normative) rafforza gli strumenti a disposizione per integrare le politiche sociali, sanitarie e del lavoro e favorire il perseguimento delle autonomie delle persone e delle famiglie: sperimentando percorsi innovativi, migliorando le competenze personali, fornendo strumenti utili alle persone per affrontare il disagio, rinsaldando i legami sociali e riconquistando gradualmente il benessere e l'autonomia. Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-assicurare l'attuazione delle misure nazionali e regionali di contrasto alla povertà e di sostegno al lavoro, in modo coordinato ed integrato</li> <li>-consolidare e supportare l'équipe multiprofessionale distrettuale prevista dalla L.R. 14/2015 (attiva anche per il REI e RES) a sostegno degli sportelli sociali.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persone/famiglie aventi i requisiti previsti dal SIA/REI, RES e LR 14/2015</li> <li>- Persone/famiglie fragili e/o in situazione di disagio sociale ed economico</li> </ul>

<p><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidare e sviluppare l'attuazione delle misure nazionali e regionali (SIA-REI e RES e LR 14/2015) sul piano distrettuale, valorizzando il ruolo dell'équipe distrettuale multi-professionale;</li> <li>- approvare/aggiornare il Piano Integrato Territoriale e relativo Accordo di programma di ambito distrettuale;</li> <li>- attivare una 'rete' stabile di relazioni e di confronto fra i diversi servizi e i soggetti interessati;</li> <li>- sperimentare nuove modalità utili ad intercettare il mondo delle imprese e di raccordo con le scuole;</li> <li>- promuovere lo sviluppo di una 'cultura del lavoro';</li> <li>- promuovere lo sviluppo di competenze di base (soft skills) e l'intervento di figure educative professionali;</li> <li>- individuare percorsi formativi mirati alle caratteristiche delle persone ed alle richieste di lavoro del territorio;</li> <li>- prevedere adeguate modalità di monitoraggio e verifica degli interventi;</li> <li>- prevedere interventi sociali a supporto delle persone prese in carico;</li> <li>- consolidare i sistemi informativi-informatici di supporto agli Sportelli sociali e all'équipe multi-professionale (per SIA-REI, RES, LR 14/2015);</li> <li>- promuovere modalità e strumenti efficaci di informazione e comunicazione a favore di singoli e famiglie sulle opportunità e le offerte disponibili nel territorio</li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Politiche sociali, sociosanitarie, abitative, del lavoro Piano povertà distrettuale</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Comuni Servizi sanitari Centro per l'Impiego Enti di formazione (Futura, Fomal) Soggetti attuatori del P.I.T. Città Metropolitana di Bologna Aziende del territorio Terzo Settore Asp Seneca</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Responsabile Ufficio di Piano: Nadia Marzano Tel: 051 6813009 Email: nadia.marzano@terredacqua.net Sergio Solazzo Tel. 051 6813412 email: ufficiodipiano@terredacqua.net</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>Personale dei servizi coinvolti (Ausl, Centro per l'Impiego, Comuni, Asp, Terzo Settore)</p>

**Totale preventivo 2018: € 637.638,52**

- Quota Fondo povertà nazionale: **210.788,40 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **73.989,92 €**
- **Fondi FSE POR - LR 14/2015: 320.782,00 €**
- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **32.078,20 €**

---

## Indicatori locali: 6

---

**1°: SIA/REI/RES domande presentate**

**Descrizione:** N. domande presentate per il SIA/REI/RES

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 135 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 85

- **Obiettivo 2019:** 85

- **Obiettivo 2020:** 85

**2°: SIA/REI/RES domande accolte**

**Descrizione:** N. domande accolte per il SIA/REI/RES

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 23 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 45

- **Obiettivo 2019:** 45

- **Obiettivo 2020:** 45

**3°: N. assunzioni effettuate con i bandi PON e la quota vincolata del Fondo**

**Descrizione:** N. assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

**4°: N. assunzioni effettuate con i bandi PON e la quota vincolata del Fondo**

**Descrizione:** N. assunzioni effettuate con la quota dedicata del fondo Povertà

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

**5°: N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi**

**Descrizione:** Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

**6°: N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi**

**Descrizione:** N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 3

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** 5

## 23. Politiche abitative integrate

### Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE TERRED'ACQUA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Le diverse problematiche abitative costituiscono un aspetto imprescindibile ai fini dell'inclusione sociale, strettamente connesso ai temi del lavoro e della povertà. Negli anni recenti di crisi economica queste interrelazioni hanno evidenziato la difficoltà della rete dei servizi a gestire sempre più numerose situazioni di emergenza abitativa (che richiedono soluzioni rapide e l'attivazione di risorse multiple). Il disagio abitativo chiede di essere affrontato in maniera organica e strutturata, sinergica e non emergenziale, nell'ottica dello sviluppo graduale delle autonomie da parte delle persone/famiglie. Il ricorso ad un'ampia 'rete' di servizi e di partner anche privati collaboranti è essenziale per sostenere il sistema pubblico, sotto una prospettiva di temporaneità e di sussidiarietà degli interventi, facendo ricorso anche a nuove forme dell'abitare (social housing; co-housing).</p> <p>Il settore strategico dell'Edilizia Residenziale Pubblica vede avviarsi una fase di riforma per ridefinire il patrimonio pubblico e la sua funzione (a partire dalla revisione dei parametri e dei criteri, per adeguare il sistema delle graduatorie comunali alla realtà e ai bisogni attuali, nonché attraverso la revisione degli strumenti normativi sulle politiche abitative, dopo la L. 80/2014 sul Piano Casa)</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'intervento ha una connotazione trasversale (in termini di integrazione sociale, lavorativa, abitativa) perché la crisi economica ha innescato spesso la perdita, anche temporanea, del lavoro e del reddito, con conseguenze negative sulle opportunità abitative. Pertanto ogni azione tesa verso l'autonomia personale e familiare impone di valutare a monte tutte le connessioni e le eventuali sinergie attivabili fra i diversi ambiti. Fra le iniziative previste c'è il progetto Abitare Solidale (di cui al protocollo d'intesa già sottoscritto nel 2017 fra AUSER e l'Unione Terred'acqua). Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-promuovere l'informazione e l'attenzione sul tema 'casa' e le possibili sinergie (fra i soggetti interessati e fra diverse politiche)</li> <li>-individuare nuove risorse a sostegno di percorsi di autonomia abitativa</li> <li>-verificare le risorse abitative presenti in Terred'acqua</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persone e nuclei familiari in condizioni di disagio abitativo/sociale/economico</li> <li>- Persone/famiglie coinvolte in percorsi SIA/REI, RES e LR 14/2015</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attuare iniziative informative e di sensibilizzazione sul tema della 'casa'</li> <li>- Sostenere il sistema dell'ERP-Edilizia residenziale Pubblica e dell'ERS-Edilizia Residenziale Sociale</li> <li>- Sostenere e sviluppare il progetto 'Abitare solidale' e la sperimentazione di altri percorsi di 'social housing' (collaborazione pubblico/privato)</li> <li>- Valorizzare le buone prassi in atto nel territorio distrettuale</li> <li>- Promuovere progetti personalizzati integrati (politiche abitative, formazione, lavoro, contrasto alla violenza di genere)</li> <li>- Promuovere la fruizione del patrimonio immobiliare privato</li> <li>- Stimolare la riflessione sul bisogno di spazi abitativi o di ospitalità temporanea per persone in condizione di fragilità e disabilità</li> </ul>



<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	- Politiche sociali, sociosanitarie, di contrasto alla povertà, del lavoro - Piano povertà distrettuale
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni Servizi Ausl Città Metropolitana di Bologna Terzo Settore Asp Seneca Agenzie e servizi del settore Acer
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano Nadia Marzano Tel. 051 6813009 Email: nadia.marzano@terredacqua.net
<b>Risorse non finanziarie</b>	Collaborazioni e sinergie fra pubblico e privato e fra soggetti del Terzo Settore

---

## Indicatori locali: 1

---

### 1°: Social housing e Abitare Solidale

**Descrizione:** Attuazione/sperimentazione di percorsi di 'social housing' (collaborazione pubblico/privato)

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

## 24. Contrasto alla violenza di genere

### Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE TERRED'ACQUA - UFFICIO DI PIANO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il riconoscimento, anche giuridico, del fenomeno della violenza contro le donne, quale violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali e del diritto alla salute, ha contribuito progressivamente a radicare nella nostra società l'obiettivo di contrastare la violenza contro le donne tramite l'attivazione di un sistema efficace di sensibilizzazione, prevenzione e protezione, con interventi strutturali piuttosto che estemporanei. Tale sistema coinvolge, in modo sinergico e sussidiario, diversi soggetti pubblici e privati (EE.LL., Ausl, Forze dell'Ordine, servizi giuridici, scolastici, sociali e strutture apposite come ad es. i Centri antiviolenza) con risultati positivi. Tuttavia, il fenomeno della violenza di genere appare oggi, anche nella nostra regione, di assoluta attualità e rilevanza ed aggravato dalle difficoltà economiche degli ultimi anni che, peggiorando le condizioni materiali e di vita delle donne, hanno ostacolato il ricorso a percorsi di uscita dalla violenza e di ricerca di autonomia (in particolare per le donne provenienti da ceti sociali medio/bassi, con enormi difficoltà di trovare un lavoro e un'autonomia abitativa)</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'intervento è rivolto ad individuare ed attuare azioni di sostegno alle donne vittime di violenza e contestualmente verso gli uomini maltrattanti. Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favorire l'accesso alla rete dei servizi da parte di donne e famiglie in situazioni di disagio o difficoltà;</li> <li>- promuovere l'informazione sul fenomeno della violenza di genere, l'ascolto e l'accoglienza (anche di tipo abitativo, temporaneo, nei casi più gravi) e la consulenza anche legale;</li> <li>- prevenire e contrastare fenomeni e forme di violenza, prevaricazione e discriminazione verso le donne;</li> <li>- affrontare i temi della salute, della prevenzione e della promozione di stili di vita sani, con attenzione alle differenze di genere, di generazione e interculturali.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<p>Donne vittime di violenza Nuclei familiari Uomini maltrattanti</p>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidare e sviluppare la rete dei servizi pubblici e privati per creare sinergie efficaci di contrasto alla violenza di genere</li> <li>- Mantenere e sviluppare gli attuali accordi esistenti a livello metropolitano e distrettuale (con enti e soggetti interessati)</li> <li>- Consolidare l'attività dei gruppi di 'auto-mutuo-aiuto attivi in ambito distrettuale</li> <li>- Promuovere interventi sulle problematiche abitative che riguardano donne vittime di violenza e i relativi nuclei familiari (in raccordo con altre politiche)</li> <li>- Attivare percorsi utili e facilitanti rivolti a donne vittime di violenza nell'ambito della ricerca del lavoro (in raccordo con altre politiche)</li> <li>- Favorire l'attuazione di progettualità a cura di soggetti del Terzo settore e/o realtà informali, sulla prevenzione, sensibilizzazione e contrasto alla violenza di genere, in particolare rivolti alle scuole e alla società civile</li> </ul>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sociosanitarie, abitative, lavorative, educative, interculturali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni (amministratori e referenti per le Pari Opportunità e sociale, sportelli sociali) Terzo Settore (associazioni, volontariato, cooperative) Asp Seneca Servizi Ausl
<b>Referenti dell'intervento</b>	Ufficio di Piano Sergio Solazzo Tel: 051 6813412 Email: ufficiodipiano@terredacqua.net
<b>Risorse non finanziarie</b>	Collaborazioni e sinergie con i soggetti del Terzo settore attivi nel territorio distrettuale

**Totale preventivo 2018: € 12.490,00**

Risorse comunali: **12.490,00 €** di cui:

- ANZOLA DELL'EMILIA: **1.851,37 €**
- CALDERARA DI RENO: **2.003,78 €**
- CREVALCORE: **2.030,46 €**
- SALA BOLOGNESE: **1.261,63 €**
- SAN GIOVANNI IN PERSICETO: **4.249,06 €**
- SANT'AGATA BOLOGNESE: **1.093,70 €**

**Indicatori locali: 6**

**1°: Accordo Metropolitano**

**Descrizione:** Mantenimento e sviluppo dell'Accordo Metropolitano per il contrasto della violenza sulle donne

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Accordo vigente (scadenza al 31/12/2019) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Pieno utilizzo dell'Accordo
- **Obiettivo 2019:** Pieno utilizzo dell'Accordo ed analisi/confronto finalizzata al suo rinnovo
- **Obiettivo 2020:** Rinnovo dell'Accordo

**2°: Convenzione con UDI**

**Descrizione:** Consolidamento della convenzione con UDI per lo Sportello di ascolto e accoglienza di donne vittime di violenza

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Accordo vigente - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Rinnovo della Convenzione su base triennale 2018-20 e pieno utilizzo
- **Obiettivo 2019:** Pieno utilizzo della Convenzione triennale 2018-20
- **Obiettivo 2020:** Pieno utilizzo della Convenzione triennale 2018-20 e analisi/verifica finalizzata al suo mantenimento futuro

**3°: Gruppi di Auto-mutuo-aiuto**

**Descrizione:** Consolidamento dei gruppi di auto-mutuo-aiuto rivolti a donne vittime di violenza e loro familiari

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** n. 2 gruppi di auto-mutuo-aiuto - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Consolidamento dell'attività dei gruppi
- **Obiettivo 2019:** Consolidamento e sviluppo dell'attività dei gruppi
- **Obiettivo 2020:** Consolidamento e sviluppo dell'attività dei gruppi

#### **4°: Percorsi facilitanti verso il lavoro**

**Descrizione:** Individuazione e attivazione di percorsi facilitanti di orientamento e ricerca del lavoro

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** da svolgere - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Verificare la possibilità di avviare percorsi facilitanti
- **Obiettivo 2019:** Avviare e sviluppare percorsi facilitanti
- **Obiettivo 2020:** Avviare e sviluppare percorsi facilitanti

#### **5°: Formazione**

**Descrizione:** Realizzazione di attività di informazione/di formazione sul tema del contrasto alla violenza di genere

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 1 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 1
- **Obiettivo 2020:** 1

#### **6°: Interventi sulle problematiche abitative**

**Descrizione:** Ideazione e attuazione di interventi/progettualità inerenti le diverse

problematiche abitative

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** da svolgere - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Verificare la possibilità di interventi e progettualità sulle politiche abitative
- **Obiettivo 2019:** Avviare interventi e progettualità sulle politiche abitative
- **Obiettivo 2020:** Avviare e sviluppare interventi e progettualità sulle politiche abitative

## 25. Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

### Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La Regione Emilia-Romagna nel definire le azioni del Piano Sociale e Sanitario ha identificato questo tema ponendo l'attenzione soprattutto sull'analfabetismo funzionale degli Italiani e quindi sulla difficoltà a comprendere i messaggi scritti e verbali che ricevono. L'ambito sanitario somma a questa difficoltà di base del cittadino anche l'utilizzo di un lessico medico o comunque tecnico ostico soprattutto quando è affiancato a uno stato emozionale provocato dalla malattia. Queste diverse componenti compromettono la capacità degli utenti nel recepimento e decodifica dei messaggi inviati dagli operatori. Si potrebbe quindi scomporre il tema dell'health literacy in 3 forme di intervento: 1) il miglioramento della comunicazione con i cittadini, 2) la formazione degli operatori all'uso di termini semplici e vicini alla quotidianità, 3) la revisione dei moduli utilizzati e della cartellonistica informativa tramite un percorso partecipato. Nell'affrontare questo tema si intende agire con il supporto e la collaborazione di tre settori: la comunicazione aziendale, la formazione degli operatori e la collaborazione del Terzo Settore. Data la vastità dell'argomento si ritiene importante agire per step successivi partendo dalla valutazione e dal successivo consolidamento di quanto già intrapreso sul piano comunicativo e formativo, individuando ambiti prioritari per caratteristiche, necessità e sensibilità. E' comunque intenzione del gruppo agire con un processo partecipato che coinvolga cittadini singoli e le loro forme organizzate e riconosciute (Comitati Consultivi Misti, Associazioni di patologia, comitati, caregiver).</p> <p>Affrontare il tema della comunicazione asimmetrica e della corretta comprensione dei messaggi trasmessi è alla base di molti problemi oggi importanti in sanità come l'adesione alle terapie, l'accesso ai servizi, i reclami, le intossicazioni e le reazioni avverse da farmaci, la possibilità di empowerment dei cittadini. In definitiva il lavoro può portare al migliore utilizzo delle risorse e la diminuzione dei rischi perché l'health literacy è una componente del complesso processo di Engagement, termine con il quale i Paesi anglosassoni definiscono la capacità di un prodotto/servizio di creare relazione stabili e durature con i propri utilizzatori (letteralmente: coinvolgimento)</p> <p>Lo spot con cui si definiscono gli obiettivi dell'Health Literacy è apparentemente semplice: ASK me 3 – sollecitazione con la quale i pazienti dovrebbero rivolgere 3 domande al personale sanitario al fine di comprendere bene il messaggio che ricevono: 1- Qual è il mio problema principale? 2) Che cosa devo fare? 3) Perché è importante che lo faccia?</p> <p>Si tratta quindi di individuare pochi elementi con i quali verificare l'effettiva comprensione del messaggio scritto e parlato da parte del paziente nei punti chiave del rapporto di cura. Per questo si ritiene indispensabile a questo percorso di miglioramento della comunicazione operatore sanitario-cittadino, la presenza dei rappresentanti dei cittadini.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Per prima cosa, partendo dall'analisi degli elogi e dei reclami condotta con i CCM si intende individuare l'eccellenza e la criticità della comunicazione fra Operatori sanitari e cittadini utenti di questa Azienda. Vista la complessità del territorio aziendale si intende procedere per sperimentazioni, individuando</p>

	<p>obiettivi annuali di diffusione ed implementazione delle azioni per sede di intervento (ospedale verso territorio) e per territorio (distretto verso comune). La comunicazione fra sanitari e cittadini è comunque spesso inquinata da informazioni imprecise derivate da fonti poco accreditate e poco attendibili per questo è importante avviare un processo aziendale di comunicazione trasparente verso gli utenti e di formazione degli operatori.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Cittadini in assistenza domiciliare e loro familiari, caregiver, pazienti, operatori SSR, Associazioni.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Composizione e nomina del gruppo di lavoro aziendale "Capirsi fa bene alla salute", multi professionale e rappresentativo di diversi setting di lavoro (ospedale, casa della salute, distretti, ...)</p> <p>Analisi delle principali tematiche di reclamo ed elogio pervenuto all'URP dei Distretti, rendendo anonime le segnalazioni.</p> <p>Dal lavoro precedente: individuazione di 2-3 discipline con priorità d'intervento.</p> <p>Individuazione e analisi di un campione di lettere di dimissione e referti di visite ambulatoriali specialistiche delle discipline selezionate che saranno analizzate rendendo anonimo sia l'assistito sia l'operatore, coinvolgendo nell'analisi gruppi di cittadini portatori di interesse specifico.</p> <p>Individuazione di "parole/espressioni/acronimi di difficile interpretazione" e restituzione dell'analisi agli operatori delle discipline coinvolte con percorso formativo professionalizzante.</p> <p>Avvio di un processo di rilettura e revisione dei moduli di consenso informato in uso procedendo ad eventuale modifica/adattamento.</p> <p>Studio di un mezzo di comunicazione efficace per condividere con i cittadini: lessico, informazioni, percorsi sanitari e sociosanitari e favorirne il coinvolgimento.</p> <p>Definizione di uno spazio dedicato all'HL nel sito aziendale.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Piano Regionale Prevenzione obiettivo 4.2 interventi situati per il sostegno dei caregiver</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Nel triennio 2017-2019 saranno coinvolti: i Comitati Consultivi Misti e Associazioni di Pazienti e famigliari aggregati per patologia.</p> <p>Si ritiene importante il coinvolgimento dei Distretti, Uffici di Piano e Comitati di Distretto.</p> <p>In fasi successive si ritiene di coinvolgere i seguenti dipartimenti: Oncologico, Medico, Servizi, Cure Primarie (CdS).</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Referente Promozione della salute, Relazioni con associazionismo, Sostegno alla fragilità</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 7

### 1°: N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente

**Descrizione:** N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

### 2°: N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi

**Descrizione:** N. professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0
- Obiettivo 2019: 1
- Obiettivo 2020: 1

**3°: N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi**

**Descrizione:** N. amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0
- Obiettivo 2019: 1
- Obiettivo 2020: 1

**4°: N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari**

**Descrizione:** N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0
- Obiettivo 2019: 1
- Obiettivo 2020: 1

**5°: N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari**

**Descrizione:** N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0
- Obiettivo 2019: 1
- Obiettivo 2020: 1

**6°: N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture**

**Descrizione:** N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0
- Obiettivo 2019: 1
- Obiettivo 2020: 1

**7°: N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione**

**Descrizione:** N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0
- Obiettivo 2019: 1
- Obiettivo 2020: 1

## Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL di Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'Azienda USL di Bologna ha cominciato a promuovere l'esperienza dell'Auto Mutuo Aiuto già dal 2003. Il progetto "Rete dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, Area Metropolitana" AUSL di Bologna, in particolare, funge da rete di conoscenza tra i vari gruppi, stimola la creazione di nuovi, fornisce, se necessario, un apporto logistico e cura momenti formativi gratuiti e di promozione quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eventi di formazione per sensibilizzazione e promozione alla cultura della mutualità e alla metodologia dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto per operatori e cittadini interessati;</li> <li>• incontri di Promozione della Salute con Scuole Secondarie di secondo grado Area metropolitana di Bologna; incontri pubblici a richiesta della committenza (associazioni, popolazione generale, Comuni);</li> <li>• incontri con studenti universitari corso di laurea in Medicina e Chirurgia, Scuola di Specialità in Psichiatria; corso di laurea per operatori sociali, corso di laurea in infermieristica;</li> <li>• contatti con MMG e farmacie.</li> </ul> <p>Il diffondersi di queste esperienze porta a una ripresa della speranza. Porta soprattutto a un importante cambiamento culturale, spostando il baricentro dell'attenzione dalla "malattia" o dal disagio, alla valorizzazione della persona sofferente capace di progetti e di iniziative. Alla luce dell'esperienza maturata in questi anni, si può affermare che il diffondersi della cultura della mutualità porta un miglioramento della qualità di vita e delle relazioni interpersonali per gli interessati e i propri familiari e a un riscontro positivo per il contesto sociale circostante. Il tema è rilevante, poiché la cultura e la pratica della mutualità stanno diventando sempre più una risorsa importante e innovativa nell'ambito della promozione della salute. Nel campo dei servizi alla persona e nelle situazioni di disagio protratto nel tempo, la cultura e la pratica della mutualità costituiscono un terreno ideale di incontro e di crescita comune per utenti, familiari, cittadini e operatori. E' importante sottolineare come le persone facenti parte dei gruppi siano in grado di fornire la propria esperienza alla comunità e di come siano diventate delle risorse importantissime per la diffusione della cultura della mutualità e del progetto. La collaborazione con i cittadini facenti parte di gruppi A.M.A. ha permesso di inserire il progetto "I gruppi di Auto Mutuo Aiuto nella Comunità", all'interno del catalogo Obiettivo salute (che divulga a Enti, scuole e associazioni del territorio le proposte formative di educazione e promozione della salute), progetto che vede la rete dei gruppi impegnata a fare progettazione partecipata in merito alla conoscenza della cultura dell'Auto Mutuo Aiuto, con gli enti che lo richiedono.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'esperienza del progetto si è rivelata fortemente utile e significativa perché ha permesso di realizzare molti obiettivi prefissati. Ha consentito di avviare una proficua collaborazione fra Servizi Sanitari, Sociali, Scolastici, Penitenziari e la partecipazione concreta della cittadinanza attiva di tutti i territori. Ciò ha consentito lo sviluppo di progetti e sinergie quanto mai opportuni e necessari in questo periodo di forti trasformazioni sociali. In questo progetto l'istituzione è al "servizio" dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, consente il coordinamento di tanti gruppi locali diffondendone la messa in rete, ne cura occasioni di formazione e di crescita culturale, promuove la nascita di nuovi gruppi, facilita il contatto e la collaborazione con realtà istituzionali, sociali e culturali del territorio, ma non entra nel merito dei gruppi stessi. Nei gruppi viene riconosciuta l'esperienza individuale come conoscenza e possibilità e non solo come malattia da curare (i membri sono esperti per esperienza), si attivano le risorse personali e si ottiene il beneficio di aiutare se stessi aiutando un'altra persona in difficoltà. Si può affermare che il diffondersi della cultura della mutualità e la partecipazione ai gruppi porta a un riscontro positivo di benefici e vantaggi in termini di salute e cura di sé e nella relazione con le istituzioni e i professionisti di riferimento. I partecipanti ai gruppi ritengono che l'A.M.A. sia propedeutico a esperienze di cittadinanza attiva, di integrazione/accoglienza delle fasce più deboli ed empowerment di comunità, anche all'interno di spazi istituzionali rinnovati quali</p>



	<p>possono essere le Case della Salute. Nel 2013, poi, a seguito di un ciclo di iniziative formative sulla metodologia A.M.A. finanziato dalla CTSS di Bologna, sono nati i tavoli di lavoro A.M.A. Distrettuali, composti da operatori AUSL, operatori degli Enti Locali e cittadini, poiché i Direttori di Distretto e la Direzione delle Attività Socio Sanitarie si sono impegnati per favorire la crescita e la diffusione dell'esperienza dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto sui rispettivi territori. Questi tavoli si propongono come luogo operativo in cui confrontarsi per affrontare aspetti concreti relativi alla: - promozione della metodologia dell'Auto Mutuo Aiuto e della conoscenza dei gruppi A.M.A. esistenti, da diffondere all'interno dei rispettivi ambiti di appartenenza (servizi o associazioni) e a favore delle rispettive utenze o reti di relazione; - nascita e avvio di nuovi gruppi A.M.A., a partire dall'individuazione di bisogni, sedi, persone interessate, canali di divulgazione, etc.; - confronto tra facilitatori e/o componenti di gruppi diversi sull'andamento degli stessi, per valorizzare l'esperienza maturata dai gruppi consolidati a favore di quelli nati più di recente. I referenti dei tavoli di lavoro si interfacciano mensilmente con il coordinamento generale e si consultano con il responsabile/coordinatrice del progetto per ogni azione riguardante l'A.M.A. nel distretto di appartenenza.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Gruppi A.M.A. esistenti, cittadini interessati, realtà civili e istituzionali del territorio, Comuni ed Enti Locali, professionisti sanitari e sociali, associazionismo e volontariato.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Prosecuzione dello sviluppo della rete fra i gruppi A.M.A.; promozione della conoscenza della cultura della mutualità attraverso l'organizzazione di corsi gratuiti di formazione e approfondimento per cittadini interessati, operatori AUSL e Enti Locali al fine di far acquisire loro conoscenze e strumenti per promuovere, nelle proprie realtà, esperienze di mutualità e di Auto Mutuo Aiuto attivazione di contatti e collaborazioni continuative con Associazioni, Coordinamento Nazionale A.M.A. e Coordinamenti A.M.A. di altre Regioni e città; attivazione di contatti e collaborazioni continuative con le realtà della RER per la messa in rete di gruppi A.M.A. implementazione della partecipazione ai tavoli di lavoro A.M.A. Distrettuali partecipazione alla realizzazione delle Case della Salute come luoghi di cittadinanza attiva e di empowerment di comunità mediante la presenza e il consolidamento di esperienze di mutualità collaborazione con il settore RER salute mentale, dipendenze patologiche e Salute nelle carceri per la promozione di gruppi A.M.A. all'interno della casa circondariale Dozza di Bologna collaborazione con il carcere minorile del Pratello per promozione di gruppi AMA tra ragazzi e/o loro familiari collaborazioni con associazioni del territorio per la prosecuzione e ulteriore avvio di gruppi AMA tra donne che hanno subito o subiscono violenza familiare collaborazione con l'associazione nazionale emodializzati dialisi e trapianto per l'avvio di gruppi tra persone e tra familiari di persone dializzate e /o trapiantate contatti con MMG e pediatri all'interno delle loro giornate formative; contatti con Università corso di laurea in Medicina e Chirurgia, Scuola di Specialità in psichiatria; corso di laurea scienze sociali, corso di laurea in infermieristica supporto ai gruppi nascenti relativi a qualsivoglia disagio o problematica (familiari di persone autistiche, HIV, disabilità adulti e minori, genitori in fase di adozione, genitori di adolescenti, patologie oncologiche, nuove e vecchie dipendenze ....) partecipazione al tavolo del progetto 4.2 del Piano Locale Attuativo partecipazione al tavolo della pastorale della salute (Ufficio sotto la giurisdizione del vicario episcopale per la carità Don Massimo Ruggiano, delegato a Don Francesco Scimè, che ha il compito di coordinare tutte le realtà operanti in diocesi nel campo dell'assistenza ai malati, di animare il volontariato per gli infermi e di sensibilizzare all'attenzione verso gli infermi sia la comunità cristiana, sia quella civile), con l'intento di portare la cultura A.M.A. all'interno degli ospedali e del carcere come sostegno al malato e ai familiari, formando alla cultura A.M.A. i volontari religiosi e non partecipazione al coordinamento metropolitano per il contrasto al gioco d'azzardo patologico partecipazione all'iniziativa regionale di APRILE, MESE DELLA PREVENZIONE ALCOLOGICA, seminario RER partecipazione al gruppo alcolologia AUSL di Bologna coinvolgimento Comuni, AUSL ed altre Istituzioni per pubblicizzare informazioni sui gruppi e sugli incontri incontri di Promozione della Salute con Scuole Secondarie di secondo grado Area metropolitana di Bologna, ciclo di incontri pubblici a richiesta della committenza (associazioni, popolazione generale, Comuni) sulla base del progetto "I gruppi di Auto Mutuo Aiuto nella Comunità" presente nel Catalogo Obiettivo Salute AUSL partecipazione a iniziative pubbliche, ricreative e di aggregazione per la diffusione di informazioni e materiale sviluppo del sito intranet/internet e dei social network per divulgazione e presentazione gruppi e informazioni relative ai contenuti dell'Auto Mutuo Aiuto.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Agli Amministratori Locali compete di segnalare e far conoscere alla propria Comunità l'esistenza di tali risorse, la possibilità di avvalersene, di agevolarne la messa in rete sul territorio per soddisfare i bisogni dei cittadini e collaborare per la ric</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>AUSL di Bologna, Distretti Sanitari, DASS, Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi, RER, CTSS metropolitana di Bologna, cittadinanza interessata, ASP Città di Bologna, ASC INSIEME Reno Lavino Samoggia, Comuni, Associazioni, Volabo, ecc.</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Demaria Daniela responsabile/coordinatrice del progetto Collaboratori: referenti tavoli</p>

	distrettuali A.M.A. (AUSL e Enti Locali); Annalisa Carassiti CTSS MBO Sede: Viale Pepoli 5 Bologna Tel. 051 6584267 Segreteria facilitante 349 2346598
<b>Risorse non finanziarie</b>	L'unica persona con 36 ore dedicate al progetto è la responsabile/coordinatrice Daniela Demaria. I referenti dei tavoli distrettuali A.M.A. e i colleghi sia AUSL che degli Enti Locali che vi prendono parte e/o sono promotori/facilitatori di gruppi vedono

## Indicatori locali: 6

### 1°: N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1

**Descrizione:** N. centri d'incontro sul territorio distrettuale

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 106 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 112

- **Obiettivo 2019:** 112

- **Obiettivo 2020:** 112

### 2°: N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5

**Descrizione:** N. posti disponibili nei centri di incontro

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Non valutabile - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### 3°: N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5

**Descrizione:** N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Non valutabile - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### 4°: N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro

**Descrizione:** N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Non valutabile - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### 5°: Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti

**Descrizione:** N. eventi formativi per volontari ed utenti

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 2 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 3

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 3

### 6°: Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto

**Descrizione:** Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 10 aree tematiche: disagio psichico, esperienze di lutto, deterioramento cognitivo, dipendenze, relazione, autostima e lavoro, comportamenti alimentari, essere genitori, disabili adulti e minori, problematiche di salute, esperienze e situazioni protette - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 10 aree tematiche: disagio psichico, esperienze di lutto, deterioramento cognitivo, dipendenze, relazione, autostima e lavoro, comportamenti alimentari, essere genitori, disabili adulti e minori, problematiche di salute, esperienze e situazioni protette

- **Obiettivo 2019:** mantenimento delle 10 aree tematiche ed eventuale implementazione delle aree sui bisogni espressi dai cittadini

- **Obiettivo 2020:** mantenimento delle 10 aree tematiche ed eventuale implementazione delle aree sui bisogni espressi dai cittadini

## 27. Partecipazione civica e collaborazione fra sistema pubblico ed enti del terzo settore

### Riferimento scheda regionale

29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il termine partecipazione civica definisce una modalità di relazione tra istituzioni e collettività che comporta la possibilità per i cittadini, in forma singola o associata, di contribuire al processo decisionale e all'attività programmatica della pubblica amministrazione secondo vari livelli di intensità e con ruoli diversi.</p> <p>I processi partecipativi sono una nuova modalità di informazione, ascolto, confronto e presa della decisione, in grado di produrre effetti positivi sia sulle istituzioni che le promuovono che sui partecipanti e la collettività in generale.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il percorso di definizione dei Piani di zona triennali per la salute ed il benessere sociale 2018-20 è stato un percorso partecipativo. L'obiettivo operativo, ora, è quello di promuovere e consolidare le esperienze di partecipazione, co-progettazione, rappresentanza e cittadinanza attiva, in ambito sociale, culturale, sportivo.</p> <p>Obiettivo ulteriore è quello di rafforzare la partecipazione ai bandi di servizio civile nazionale e regionale, considerati importanti occasioni di cittadinanza attiva e di solidarietà sociale da offrire ai giovani.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione distrettuale
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bando destinato alle associazioni di promozione ed alle organizzazioni di volontariato su temi di natura sociale emersi come prioritari dal percorso di definizione del Piano di zona</li> <li>- Consolidamento della funzione di raccordo distrettuale nella partecipazione ai bandi nazionali e regionali di servizio civile</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, politiche educative, politiche giovanili, politiche sanitarie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni, Azienda USL, terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Nadia Marzano</p> <p>Ufficio di Piano - Unione Terred'Acqua</p> <p>051 6813009</p> <p>nadia.marzano@terredacqua.net</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori dei comuni e del terzo settore

**Totale preventivo 2018: € 40.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **40.000,00 €**

---

## Indicatori locali: 3

---

### **1°: N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali**

**Descrizione:** N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 1 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

### **2°: Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna**

**Descrizione:** Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

### **3°: Bando destinato a odv e aps**

**Descrizione:** Realizzazione bando destinato a odv e aps

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

## 28. Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure ed aumentare la sicurezza per i cittadini / per i professionisti

### Riferimento scheda regionale

15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi  
31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentar

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;E;</b>

<b>Razionale</b>	Obiettivi della riorganizzazione sono la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e il corretto ricorso al taglio cesareo; la riorganizzazione dell'assistenza alla nascita dovrà promuovere una forte integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri per garantire risposta ai bisogni portati dalle donne e delle loro famiglie, in particolare la continuità assistenziale e l'accompagnamento nel pre- e nel post- parto
<b>Descrizione</b>	L'AUSL di Bologna ha già effettuato nel febbraio 2014 la chiusura del Punto Nascita (PN) di Porretta Terme ( 112 parti nel 2013 ). Per quanto riguarda il PN di Bentivoglio, questo presenta un numero di nascite/anno pari a circa 700, con trend in aumento (552 nel 2014, 655 nel 2016 e 646 negli 11 mesi 2017).
<b>Destinatari</b>	Donne,coppie in gravidanza e nel post-parto ed i loro bambini, professionisti del Percorso Nascita
<b>Azioni previste</b>	<p>1. riorganizzazione dei PN: l'AUSL di Bologna ha già effettuato nel febbraio 2014 la chiusura del Punto Nascita di Porretta Terme (112 parti nel 2013 ).</p> <p>2. riorganizzazione Hub and Spoke : i due PN aziendali (Bentivoglio, OM) sono strutturalmente integrati in una rete Hub and Spoke in funzione della presenza di un'unica Direzione di UOC, di un unico team di professionisti che ruota nei due presidi a garanzia del mantenimento di adeguate clinical competence e di omogeneità di intervento; dal punto di vista neonatologico attualmente l'Hub è sede di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale con presenza del Neonatologo H24, mentre nello Spoke è garantita la presenza del Pediatra/Neonatologo in H12 con Pronta disponibilità notturna e presenza H24 di Anestesista-Rianimatore formato sulla Rianimazione Neonatale;considerata la normativa vigente, che prevede la presenza del Pediatra/Neonatologo H24 andranno previste delle azioni atte a garantire tale presenza.</p> <p>3. riorganizzazione dell'assistenza integrata alla gravidanza, parto, puerperio: nel dicembre 2016 è stato approvato il PDTA Percorso Nascita che descrive il percorso integrato territorio – ospedale di presa in carico della gravidanza dal concepimento al parto /puerperio , con condivisione di un'assistenza differenziata in funzione dei fattori di rischio e rafforzamento dell'autonomia ostetrica nell'assistenza alla gravidanza/parto fisiologico. In questo ambito, accanto al consolidamento di tutto il tema della Rianimazione Neonatale, patrimonio trasversale a tutte le professioni operanti nell'ambito dell'assistenza perinatale, andrà ulteriormente rafforzata la sorveglianza della salute del neonato nelle ore immediatamente successive al parto, al fine di ottimizzare la gestione dell'adattamento post-natale. E' prevista inoltre la prosecuzione ed implementazione sul territorio aziendale del progetto 'prevenzione del disagio psichico perinatale' attualmente avviato sulle donne residenti nel Distretto di Bologna nell'ambito del progetto CMM .</p> <p>4. reti STAM – STEN – l'organizzazione della rete in AVEC è stata definita in un documento condiviso fra le Direzioni che esplicita come ogni centro HUB ha uno spoke di riferimento ed ha organizzato una equipe medico-infermieristica che provvede al trasporto dei neonati dal centro Spoke all'Hub afferente (Bentivoglio – OM , AUSL Imola –AOSP Bologna).</p>

	<p>5. promuovere campagne informative per la popolazione: i due PN aziendali offrono mensilmente incontri per la presentazione del Percorso Nascita (presa in carico, assistenza al parto, metodiche di contenimento del dolore, prime cure neonatali, sostegno all'allattamento al seno) ed incontri su tematiche specifiche (modalità parto in donne pre-cesarizzate); ad esso si associano i Corsi di Accompagnamento alla Nascita che vengono svolti presso i Consultori Familiari e gli incontri informativi in Sala Borsa. Al fine valutare e ridefinire i percorsi assistenziali proposti si può prevedere l'attivazione di focus group di donne che sono state seguite nell'ambito del percorso nascita, facendo riferimento all'esperienza condotta nel 2016 nell'ambito dell'indagine regionale sulla qualità percepita nel Percorso Nascita.</p> <p>6. I Comitati Percorso Nascita provinciali e la Commissione Nascita regionale dovranno accompagnare queste azioni, monitorando e promuovendo la valutazione dei percorsi di cambiamento messi in atto, anche alla luce degli elementi di disuguaglianze da contrastare.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Nell'ottica di una maggiore integrazione con i Servizi Sociali va prevista una revisione della Procedura Interaziendale 012 'Assistenza alle donne in gravidanza con disturbi emozionali e nel primo anno di vita del bambino. Assistenza alle donne con prevalente rischio sociale. Dimissione protetta Neonato con problematiche Sociali e/o Sanitarie', ed una interlocuzione con i Servizi Sociali comunali.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dipartimento Materno Infantile, DCP, Consultorio, UASS
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Indicatori locali: 1

---

### 1°: Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS

**Descrizione:** Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** S - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

## 29. Attivazione di reti clinico organizzative

## Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL Bologna in collaborazione con AOSP, IOR, Privato accreditato.</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Garantire su tutto il territorio aziendale elevati e omogenei standard assistenziali in termini di qualità dell'assistenza, appropriatezza e sicurezza delle cure, equità di accesso e presa in carico di patologie croniche.
<b>Descrizione</b>	<p>Costruire o consolidare le reti cliniche (MMG e specialisti ospedalieri e territoriali) al fine di rafforzare le relazioni fra professionisti per l'inquadramento diagnostico e la continuità nella presa in carico e migliorare l'appropriatezza degli interventi.</p> <p><b>RETI CLINICHE ATTIVATE</b></p> <p>a. rete clinico - organizzativa dell'area Neurologica fra specialisti delle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche e private, con costruzione di percorsi di presa in carico integrati per le patologie neurologiche. Gli ambulatori territoriali di neurologia dell'AUSL e del privato accreditato sono stati collegati informaticamente a quelli dell'IRCCS delle Scienze Neurologiche dell'AUSL, con possibilità bidirezionale (hub/spoke, spoke/hub) di prenotazione diretta delle visite specialistiche senza rinvio del paziente a CUP., a partire dall'area Cardiologica e Gastroenterologica, con la definizione di pacchetti di prestazioni e la differenziazione fra prestazioni di primo e secondo livello.</p> <p>b. progetto GASTROPACK attivato sul distretto di Porretta, finalizzato al miglioramento della presa in carico dei pazienti a partire dalla visita gastroenterologica e alla riduzione delle prestazioni endoscopiche. Completata la progettazione su Loiano e Budrio.</p> <p>c. rete cardiologica: attivati percorsi di presa in carico integrati e informatizzati per il follow up di pazienti in dimissione ospedaliera e per l'invio diretto dalle cardiologie territoriali (pubb e private) al secondo livello ospedaliero.</p> <p>d. Approvato il percorso di accesso ORL per pazienti con problemi uditivi.</p> <p>e. Approvato il Piano per l'accesso e la presa in carico per patologie dermatologiche.</p> <p>f. Approvato e implementato il percorso per il paziente con lombalgia</p> <p>Definiti anche per il privato accreditato PACCHETTI DI PRESTAZIONI di completamento diagnostico e presa in carico, successivi alla prima visita, con prenotazione diretta degli esami senza il rinvio a CUP del paziente.</p>
<b>Destinatari</b>	MMG, PLS, specialisti ospedalieri e territoriali
<b>Azioni previste</b>	<p>Consolidamento delle reti cliniche già attivate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurologica (estensione percorsi di presa in carico fra primo e secondo livello);</li> <li>• Cardiologica (Scompenso cardiaco, TAO e miglioramento prescrittivo diagnostica cardiologica non invasiva);</li> <li>• Dermatologica (presa in carico secondo livello);</li> <li>• Diabetologica (riorganizzazione attività Pianura Est, Ovest e San Lazzaro);</li> <li>• Gastroenterologica estensione del Gastropack sui distretti di San Lazzaro, Reno, Lavino, Samoggia, Pianura Est e Ovest e potenziamento su dist Appennino.</li> </ul> <p>Attivazione della rete Urologica.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	



<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AOSP, IOR, privato accreditato
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dipartimenti ospedalieri e territoriali coinvolti, UOC Committenza e Specialistica Ambulatoriale.
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## 30. Monitoraggio delle disdette e delle mancate presentazioni

### Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Adempimenti relativi alla DGR n. 377 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016".
<b>Descrizione</b>	Prosecuzione dell'attività di invio sanzioni per mancata e tardiva disdetta avviata tra il 2016 e il 2017.
<b>Destinatari</b>	Cittadini che prenotano prestazioni sanitarie. Cittadini che hanno disdetto la prestazione oltre i tempi previsti dalla normativa (2 gg. lavorativi prima di quello dell'appuntamento o che non si sono presentati all'appuntamento).
<b>Azioni previste</b>	Sensibilizzazione alla disdetta nei tempi previsti dalla normativa attraverso sportelli CUP/farmacie. Promozione canali immateriali di disdetta (FSE) e di giustificazione preventiva (sito AUSL). Invio sanzioni per mancata o tardiva disdetta (casi di luglio-dicembre 2016 entro la fine del 2018). Rilevazione sanzioni per prenotazioni di 2° livello extra CUP (integrazione con dipartimentali ospedalieri AUSL, AOSP e IOR).
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Promozione FSE e canali immateriali di accesso.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Regione Emilia-Romagna, AOSP, IOR
<b>Referenti dell'intervento</b>	Referente distrettuale Dipartimento Attività Amministrative Territoriali
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## 31. Facilitazione dell'accesso

## Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL di Bologna con il coinvolgimento di AUSL, AOSP, IOR, privato accreditato, CUP 2000</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Facilitare l'accesso per le richieste in regime di urgenza differibile e urgenza 24 ore, affinché il MMG possa definire un primo inquadramento diagnostico, che in molti casi consente evitare l'ospedalizzazione. Migliorare l'accesso in particolari percorsi diagnostici e di presa in carico.
<b>Descrizione</b>	Facilitare l'accesso per le richieste in regime di urgenza differibile e urgenza 24 ore attraverso l'implementazione del nuovo Protocollo Interaziendale Urgenze (PIU). Riorganizzare il percorso di accesso per particolari problematiche diagnostiche e di presa in carico a partire da: patologie uditive, allergologiche, coagulative, OSAS.
<b>Destinatari</b>	Tutti i cittadini
<b>Azioni previste</b>	Revisione delle agende per la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali su AUSL, AOSP, IOR, privato accreditato per l'implementazione del nuovo Protocollo Interaziendale Urgenze (PIU). Applicazione Percorso interaziendale per la presa in carico di pazienti con patologie uditive Definizione percorso di accesso all'allergologia ed esami correlati Costruzione percorso di accesso agli esami della coagulazione Percorso di diagnosi e presa in carico pazienti con OSAS.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AOSP, IOR, Privato accreditato, CUP2000
<b>Referenti dell'intervento</b>	UOC Committenza e Specialistica ambulatoriale, DCP, Dip. Ospedalieri coinvolti.
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## 32. Garanzia dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in relazione alla classe di priorità assegnata

### Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	La DGR 272/2017 definisce gli obiettivi e i tempi entro cui le Aziende dovranno allineare i propri comportamenti al fine di garantire equità e trasparenza alle liste d'attesa per i ricoveri programmati chirurgici.
<b>Descrizione</b>	<p>E' stato individuato il REFERENTE UNICO AZIENDALE (RUA) che in collaborazione con i professionisti ed in stretto rapporto con la direzione strategica individua i punti critici e suggerisce azioni di miglioramento. Il RUA ha il compito di monitorare da vicino le liste delle varie UO chirurgiche e di dare un ritorno a tutti i direttori di Unità Operativa responsabili di Lista d'attesa in caso di scostamento dal previsto.</p> <p>Il RUA ha ricevuto il compito di monitorare tutte le liste d'attesa, ma in particolare di prestare maggior attenzione ad alcune patologie che sono sotto monitoraggio regionale e ministeriale. Tali patologie sono rappresentate da: Tumore maligno di mammella, polmone, colon, utero, prostata, BPAC (non eseguito in AUSL), Coronarografia (DH), Angioplastica (DO), Endoarteriectomia carotidea, protesi d'anca, tonsillectomia, emorroidectomia, riparazione ernia inguinale., biopsia epatica</p> <p>Lo stato attuale dei tempi di attesa è rappresentato in Tabella 1 che riporta i dati per le patologie oggetto di monitoraggio regionale e Ministeriale, e in Tabella 2 che riporta lo stato dell'arte di tutti i pazienti in lista d'attesa in AUSL alla data del giorno 26 novembre 2017. E' esclusa la prostata per cui e' stato prodotto un documento ad hoc per la riclassificazione di tale patologia in classe prevalentemente B o C.</p> <p>Allo stato attuale globalmente il 69% degli interventi viene eseguito secondo i tempi previsti (range 71 - 57%).</p>
<b>Destinatari</b>	Tutti i cittadini iscritti in liste d'attesa per intervento chirurgico programmato o procedura assimilabile a procedura chirurgica (ad esempio coronarografia).
<b>Azioni previste</b>	<p>Nel corso dei prossimi anni saranno messe in atto le varie azioni previste dalla DGR 272/2017, sulla base delle indicazioni regionali circa la tipologia di interventi prioritari per cui si vuole raggiungere l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa. Per l'anno 2017 al fine di conseguire gli obiettivi di riduzione dei tempi per le patologie sopra indicate sono state attivate sedute soprannumerarie da giugno 2017 al 31 dicembre. L'obiettivo non e' ancora pienamente raggiunto.</p> <p>E' stato predisposto il progetto aziendale "rete chirurgica ed urologica" che è stato avviato a settembre 2017. Il progetto prevede di dislocare la bassa complessità presso gli Ospedali Spoke e di centralizzare l'alta complessità presso le sedi chirurgiche dell'OM e di Bentivoglio in quanto dotate di Rianimazione. Inoltre, considerato che le linee di indirizzo regionali del settembre 2017 prevedono che si possano inviare i pazienti anche nelle strutture private accreditate, previ accordi specifici e con il consenso del paziente, si attiveranno dei percorsi in tal senso.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Attività comunicativa per informare la cittadinanza sull'opzione di recarsi in ospedale diverso (pubblico o privato) per poter eseguire l'intervento chirurgico nei tempi previsti.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Privato accreditato, CTSS, Comitato di Distretto, CCM

<b>Referenti dell'intervento</b>	Direzione Presidio Ospedaliero Unico Aziendale
<b>Risorse non finanziarie</b>	

### 33. Appropriatelyzza delle richieste di diagnostica pesante (RMN) nella lombalgia

**Riferimento scheda regionale**

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL Bologna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La diagnostica pesante (TC e RMN) viene abbondantemente richiesta in diversi setting assistenziali e per la AUSL Bologna, gli indici di consumo hanno sempre mostrato valori elevati (soprattutto se confrontati con il resto della Regione). In valutazioni fatte nel corso degli anni su ambiti differenti (audit appropriatezza prescrittiva in RMN 2008 e 2012), una discreta percentuale di queste richieste risulta inappropriata, con percentuali variabili a seconda del distretto che andavano dal 35% al 53%.</p> <p>Alla luce di queste premesse, è estremamente utile governare l'appropriatezza di queste richieste soprattutto se ci si concentra in un ambito clinico molto diffuso e di non facile gestione: la lombalgia.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Progetto di collaborazione interprofessionale (neuroradiologi – specialisti ortopedici/fisiatrici/MMG) sull'appropriata richiesta di diagnostica pesante (RMN) nella lombalgia volto alla definizione e condivisione del corretto approccio diagnostico alla lombalgia soprattutto in termini di timing e specifica indagine di diagnostica pesante RMN.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Medici di Medicina Generale, Ortopedici, Fisiatri di AUSL, AOSP, IOR e privato accreditato.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Il progetto verrà sviluppato con questa sequenza di azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisione delle evidenze sulle raccomandazioni di appropriato utilizzo della diagnostica pesante nella lombalgia</li> <li>• Analisi campione di richieste di diagnostica pesante per lombalgia</li> <li>• Revisione della letteratura in merito a strumenti di governo dell'appropriatezza delle richieste di diagnostica pesante (visite specialistiche "filtro", supporto decisionale a distanza/tramite piattaforme ICT, checklist...)</li> <li>• Diffusione delle raccomandazione ed eventi formativi specifici ed azioni di implementazione degli strumenti di supporto selezionati.</li> <li>• Nuova analisi campione (ad un anno circa dalla prima rilevazione)</li> <li>• Azioni di rinforzo alla luce dei risultati della seconda analisi campione (eventi formativi su argomenti specifici e/o con interlocutori outlier, adozione / integrazione di nuovi strumenti)</li> <li>• Nuova analisi campione (a due anni circa dalla prima rilevazione).</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>In Azienda nel 2017 è stato avviato un percorso sulla gestione della lombalgia acuta orientato al corretto inquadramento ed alla presa in carico della fase terapeutica di questi casi che rappresenta comunque un importante elemento di riferimento.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>AOSP, IOR, Privato accreditato</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>UOC Committenza e Specialistica ambulatoriale, DCP, Dip. Ospedalieri coinvolti</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

### 34. Estensione della prenotabilità su CUPWEB delle visite e prestazioni diagnostiche di primo accesso.

#### Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL di Bologna insieme a AOSP, IOR, Privato accreditato, CUP2000</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Al fine di facilitare l'accesso al cittadino è importante promuovere l'utilizzo dei canali WEB per la prenotazione di visite e prestazioni diagnostiche di primo accesso. La DGR 830/2017 definisce i livelli di servizio da raggiungere in relazione al potenziamento della prenotabilità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite CUPWEB.
<b>Descrizione</b>	Le Aziende sanitarie provinciali hanno già reso prenotabili on line sul CUPWEB tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa (come da DGR 1056/15). Ora è necessario potenziare sempre più l'utilizzo di questa modalità di prenotazione, ampliando il catalogo delle prestazioni di primo accesso prenotabili.
<b>Destinatari</b>	Tutti i cittadini che hanno necessità di prenotare prestazioni specialistiche ambulatoriali
<b>Azioni previste</b>	Individuazione delle prestazioni prenotabili a CUP che, dopo un lavoro di revisione e semplificazione delle "avvertenze per la prenotazione", possono essere rese prenotabili su CUP Web. Realizzazione degli interventi di semplificazione per renderle prenotabili su CUPWEB.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Campagna di promozione dell'uso di CUP WEB
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AOSP, IOR, Privato accreditato, CUP2000
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## 35. Miglioramento dell'autosufficienza territoriale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

### Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL Bologna in collaborazione con AOSP, IOR, Privato accreditato.</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Facilitare l'accesso alla specialistica ambulatoriale per le prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata nei diversi territori dell'Azienda, al fine di limitare la mobilità infra aziendale e favorire la presa in carico di patologie croniche.
<b>Descrizione</b>	Proseguire il percorso di ridistribuzione dei punti di erogazione di specialistica ambulatoriale in modo da migliorare la distribuzione dell'offerta sul territorio.
<b>Destinatari</b>	Tutti i cittadini
<b>Azioni previste</b>	<p>Revisione dei punti di erogazione, in modo da migliorare la distribuzione territoriale dell'offerta per le prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidamento attività urologica e dermatologica, diabetologica ed endocrinologica di AOSP sui dist. Lavino Samoggia Reno, San Lazzaro e Bologna.</li> <li>• Ampliamento offerta diabetologica sui dist. Pianura Est, Ovest e San Lazzaro.</li> <li>• Attivazione ambulatori di maxillo facciale su Vergato e Porretta</li> <li>• Potenziamento chirurgia plastica su Bellaria.</li> <li>• Riorganizzazione attività pneumologica dist Bologna (OB)</li> <li>• Riorganizzazione attività geriatrica territoriale</li> <li>• Estensione attività UO Oculistica OM su amb. territoriali</li> <li>• Consolidamento dell'ampliamento dell'attività di gastroenterologia pediatrica OM</li> <li>• Apertura Casa della Salute Navile.</li> <li>• Decentramento dell'attività del privato accreditato dal distretto di Bologna verso gli altri distretti: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Attivazione poliambulatorio San Petronio Calderara di Reno</li> <li>◦ Attivazione poliambulatorio Marchesini su Funo</li> <li>◦ Potenziamento offerta su Anzola (poliam. La Salute e poliam. Marchesini)</li> <li>◦ Potenziamento offerta su dis Lavino Samoggia Reno e San Lazzaro</li> <li>◦ Attivazione gastroenterologia ospedale Villa Nobili (progetto Gastropack)</li> </ul> </li> <li>• Proseguimento del progetto di recupero della mobilità extraRER RMN.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AOSP, IOR, privato accreditato
<b>Referenti dell'intervento</b>	UOC Committenza e Specialistica Ambulatoriale
<b>Risorse non finanziarie</b>	



## 36. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi di emergenza urgenza

### Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Dipartimento Emergenza Urgenza , Dipartimento di cure primarie , servizi sociali, Unità Attività Socio sanitaria , Dipartimento di Salute Mentale , UO. Cure palliative , Direzione Assistenza Tecnica e Riabilitativa, Programma Cure intermedie , Centro dis</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il ricorso al pronto soccorso negli ultimi anni è diventato molto frequente anche per situazioni non sempre inquadrabili come situazioni di emergenza e di urgenza ciò è dovuto a molteplici fattori , un aumento dell'invecchiamento della popolazione con conseguente incremento dei pazienti anziani fragili polipatologici , un aumento del numero di situazioni senza rete sociale e con complessità sanitarie concomitanti , attese molte lunghe per i primi accessi di valutazione , non completa conoscenza da parte dei cittadini di altri sistemi di risposta . Tutto ciò è causa di sovraffollamento del pronto soccorso con una serie di conseguenze negative .Pertanto per rispondere a questa criticità si rende necessario pensare a nuove modalità organizzative, che vanno adattate nei diversi contesti territoriali, che consentano di migliorare l'accesso al Pronto soccorso ma anche la sua dimissione con interventi di potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari, per l'attuazione di percorsi di presa in carico alternativi all'accesso in Pronto Soccorso.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il progetto intende intervenire mediante lo sviluppo di modalità</p> <p>a) che consentano una maggiore integrazione con la medicina generale , i servizi territoriali socio-sanitari al fine di favorire interventi preventivi e precoci volti ad evitare gli invii in pronto soccorso ;</p> <p>b) di informazione e comunicazione con i luoghi di cura ( quali ad es. Case Residenza Anziani, Hospice Centri di salute mentale )</p> <p>c) di interazione / integrazione con i centri territoriali per i disturbi cognitivi e le demenze</p> <p>d) che consentano una continuità del progetto di cura ed assistenza del paziente in cure palliative non solo per le patologie oncologiche</p>
<b>Destinatari</b>	Pazienti con disabilità fisica e/o intellettiva, anziani fragili con pluripatologie
<b>Azioni previste</b>	<p>Per quanto riguarda i pazienti con grave disabilità fisica e/o intellettiva è in vigore una Istruzione Operativa del Presidio ospedaliero unico Ausl Bologna (IO 03 POUA) rivista nella maggio 2017 dal titolo: percorso di accesso agevolato a persona diversamente abile (D.A.M.A.) presso i Pronto Soccorso/Punti di Primo Intervento dell'Ausl Bologna</p> <p>📄 I contenuti della suddetta Istruzione Operativa possono essere applicati anche ai pazienti anziani fragili pluripatologici</p> <p>📄 Prevedere la presenza/disponibilità (in relazione alle dimensioni della struttura di PS) di infermiere del servizio di assistenza domiciliare e/o di assistente sociale che fungano da facilitatori per il percorso di rientro al domicilio del paziente.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Dipartimento di cure primarie , servizi sociali, Unità Assistenziale Socio – Sanitaria , Dipartimento di Salute Mentale , U.O. Cure Palliative , Direzione Assistenza Tecnica e Riabilitativa , Enti Locali , Programma Cure intermedie , Centri disturbi cognitivi e demenza
<b>Referenti dell'intervento</b>	U.O PS Emergenza urgenza territoriale

	U.O Cure Primarie
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Indicatori locali: 2

---

### 1°: Promozione di iniziative

**formative su tematiche (es.violenza e abuso ) N.aziende che partecipano e che promuovono iniziative / N. aziende sanitarie della R.E.R**

**Descrizione:** Numero iniziative formative su specifiche tematiche ( es violenza ed abuso )

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 2
- **Obiettivo 2020:** 2

### 2°: Promozione di iniziative

**formative su tematiche (es.violenza e abuso ) N.aziende che partecipano/ promuovono iniziative / N. aziende sanitarie della R.E.R**

**Descrizione:** Specificare le tematiche

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:**

- **Obiettivo 2018:** Integrazione con la medicina generale ed il centro disturbi cognitivi
- **Obiettivo 2019:** Eventi su violenza ed abuso ed integrazione con la psichiatria
- **Obiettivo 2020:** eventi su percorso Cure Palliativ

## 37. Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali

### Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Terred'Acqua</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	La complessità della società odierna pone anche ai servizi sociali delle nuove sfide; le famiglie sempre più disgregate e sole, il contesto pluriculturale, l'invecchiamento della popolazione, le nuove forme di povertà, materiale, ma anche relazionale, le difficoltà connesse all'inserimento/reinserimento nel mondo del lavoro sono tutti elementi che hanno delle ricadute anche sull'operato dei servizi sociali, che sono chiamati sempre più a diversificare la loro capacità di lettura e di risposta ai bisogni, anche attraverso una sempre maggiore integrazione con le altre politiche (sanitarie, educative, per il lavoro) ed il supporto di adeguati strumenti informatici/informativi.
<b>Descrizione</b>	<p>Nel distretto Pianura Ovest sono presenti sei comuni ed in ognuno di essi è presente lo sportello sociale. Nel 2016 la Giunta dell'Unione ha dato incarico all'Ufficio di Piano di elaborare uno studio di fattibilità sull'unificazione dei servizi sociali. Lo studio ha evidenziato, l'opportunità economica e strategica, di conferire tale servizio all'ASP Seneca. Attualmente, hanno conferito il servizio in ASP due comuni: Crevalcore e Sala Bolognese, per cui il percorso verso l'unificazione è tuttora in corso.</p> <p>Contestualmente, dal 2017, è in corso una sperimentazione sulla presenza dell'assistente sociale presso la Casa della salute di Terred'Acqua.</p> <p>Sempre nel 2017 si è dato il via, grazie anche alle risorse PON Inclusion sociale, alla costituzione di un'équipe distrettuale per l'inserimento lavorativo delle persone fragili che, in stretta connessione con gli assistenti sociali dei comuni, opera per l'attuazione della L.R. 14/2015, del REI e del RES.</p> <p>Infine, nella gestione distrettuale dei servizi, occorre tener conto anche dell'Ufficio di piano, che, oltre a occuparsi della programmazione, regolazione e committenza dei servizi sociali e socio-sanitari, ha assunto nel tempo un ruolo sempre più importante nella gestione di alcuni progetti e servizi gestiti in maniera associata.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento del percorso di conferimento del servizio sociale in ASP Seneca</li> <li>- Sviluppo e qualificazione del servizio sociale territoriale</li> <li>- Consolidamento e sviluppo dell'Ufficio di piano distrettuale</li> <li>- Consolidamento dell'équipe specialistica distrettuale per l'inserimento lavorativo delle persone fragili</li> <li>- Sperimentazione della presenza del servizio sociale all'interno delle Case della salute (hub e spoke)</li> <li>- Dotazione di un sistema informatico in grado di alimentare il SIUSS ed ottemperare all'obbligo informativo in carico ai comuni</li> <li>- Pronto intervento sociale (PRIS)</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, politiche sanitarie, politiche per il lavoro
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni, Azienda USL, Centro per l'impiego ed Agenzia regionale per il lavoro
<b>Referenti dell'intervento</b>	Nadia Marzano

	Ufficio di piano - Unione Terred'Acqua 051 6813009 nadia.marzano@terredacqua.net
<b>Risorse non finanziarie</b>	Assistenti sociali, operatori della sanità e del centro per l'impiego

---

**Totale preventivo 2018: € 82.355,00**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **83.355,00 €**

---

## Indicatori locali: 2

---

### **1°: N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali**

**Descrizione:** Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** NO

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

### **2°: Completamento acquisto pacchetto informatico per alimentazione SIUSS**

**Descrizione:** Completamento acquisto pacchetto informatico per alimentazione SIUSS

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** No - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

## 38. Qualificare il sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela

### Riferimento scheda regionale

37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>ASP</b>
Specifico soggetto capofila	<b>ASP Seneca</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il “pianeta minori”, rappresentato da genitori, famiglia allargata, servizi educativi, scuola, servizi sociali e sanitari, costituisce un segmento della società vivace e dinamico, che presenta allo stesso tempo elementi di fragilità e vulnerabilità.</p> <p>Si assiste ad una progressiva crisi che non è solo di tipo economico, ma è anche culturale e di valori, di senso rispetto al fare, al produrre e consumare. È una crisi dei legami sociali, della solidarietà orizzontale tra le persone e tra le famiglie. A ciò si aggiunge il crescente fenomeno della disgregazione familiare, con il conseguente aumento delle famiglie monogenitoriali. Molte storie familiari incontrano poi l'esperienza del conflitto coniugale e il trauma della violenza domestica, il quale si riverbera sui figli.</p> <p>Anche i fenomeni migratori pongono questioni inedite che riguardano in particolare le nuove generazioni: il 15% dei residenti 0-17 anni è straniero, mentre rispetto alla popolazione generale la componente straniera rappresenta poco più del 10%.</p> <p>Questi fenomeni concorrono all'incremento dei fattori di rischio e all'impoverimento dei “fattori protettivi”, cioè di quegli elementi che in un dato contesto comunitario prevengono il disagio e promuovono il benessere sociale, in particolare per la popolazione minorenni e neomaggiorenni.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>La popolazione minore di Terred'acqua è costituita da oltre 14.000 unità e rappresenta quasi un quinto di quella generale, percentuale superiore rispetto alla media provinciale, regionale e anche nazionale. L'ambito della tutela è affidato all'Unità Minori e famiglie dell'ASP Seneca. Nel 2017 i minori seguiti da ASP sono stati 555.</p> <p>L'Unità minori e famiglie di ASP Seneca mira a garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la tutela del benessere di bambini e adolescenti, la cura dei legami familiari;</li> <li>- la promozione di una comunità che sappia interpretare i bisogni, creando condizioni che favoriscano positive modalità di relazione e comunicazione;</li> <li>- il rafforzamento della collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti, in modo particolare la scuola, per fronteggiare situazioni complesse, favorire il successo formativo, agire sulla mediazione dei conflitti tra adolescenti e contesto sociale;</li> <li>- il monitoraggio delle situazioni di disagio e la lettura dei bisogni per saper anticipare esigenze e aspettative.</li> </ul> <p>ASP Seneca cura si occupa anche di affido e di adozione.</p>
<b>Destinatari</b>	Bambini e ragazzi in situazione di disagio grave e vulnerabilità. Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizione di vulnerabilità sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Famiglie affidatarie ed adottive
<b>Azioni previste</b>	- Realizzare la carta dei servizi dell'Unità minori e famiglia, intesa come patto nei confronti degli utenti e del territorio (impegni sugli standard di qualità, rispetto dei tempi e dei servizi resi).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progettare e realizzare incontri informativi rivolti ai pediatri di libera scelta e ai medici di famiglia di Terred'acqua sulla rilevazione del disagio e del pregiudizio nei minori</li> <li>- Aggiornamento del Protocollo distrettuale sul contrasto alla dispersione ed al disagio</li> <li>- Sostenere i percorsi in uscita dal percorso di protezione per neomaggiorenni</li> <li>- Campagna di sensibilizzazione sul tema dell'affido</li> <li>- Mappatura dei processi di lavoro e costruzione di un sistema di misurazione per quantificare l'impegno orario delle diverse attività di protezione e tutela dei minori e dei nuclei familiari, allo scopo di suddividere con maggiore equità l'impegno assistenziale, migliorare la gestione dei casi di emergenza, potenziare il servizio reso in termini di efficienza ed efficacia.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, politiche sanitarie, politiche educative
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Autorità giudiziarie, Azienda USL, Forze dell'Ordine, associazioni di familiari, Comuni, terzo settore, Ufficio di servizio sociale per i minorenni di Bologna (USSM), istituti scolastici, centri di formazione, medici di base e pediatri di libera scelta di Terred'acqua.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Iusuf Hassanadde Unità minori e famiglie - ASP Seneca 051 827956 iusuf.hassanadde@asp-seneca.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori di ASP Seneca, dei comuni, dell'Azienda USL.

## Totale preventivo 2018: € 450.000,00

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **125.000,00 €**
- AUSL (*Fondo minori*): **325.000,00 €**

## Indicatori locali: 2

### 1°: Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)

**Descrizione:** Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** Sì - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Sì
- **Obiettivo 2019:** Sì
- **Obiettivo 2020:** Sì

### 2°: Monitoraggio del numero dei minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVM)

**Descrizione:** N. minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVM) con valutazione e progetto di intervento condiviso

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 25 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 25
- **Obiettivo 2019:** 25
- **Obiettivo 2020:** 25

## 39. Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

### Riferimento scheda regionale

38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL di Bologna con le articolazioni dei Dipartimenti di Cure Primarie e di Sanità Pubblica.</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La prevenzione delle malattie infettive costituisce uno dei principali obiettivi di Sanità Pubblica. Le vaccinazioni rappresentano una eccezionale scoperta che ha cambiato il volto della storia della medicina, tanto che in un editoriale del British Medical Journal veniva affermato che le vaccinazioni contro le malattie infettive probabilmente hanno salvato più vite umane di qualsiasi altro intervento di Sanità Pubblica, esclusa l'introduzione dell'acqua potabile. Per questo la vaccinazione rappresenta l'intervento di prevenzione primaria per molte malattie infettive di maggiore efficacia specie nei confronti dei bambini e dei soggetti più fragili oltre ad essere considerato uno degli interventi sanitari più costo efficaci in grado di agire in modo positivo sulla salute del singolo e della comunità. Tuttavia, non essendo più visibili le patologie che sono state debellate o sensibilmente ridotte attraverso la pratica vaccinale, è diminuita la percezione della loro importanza, mentre vengono amplificati dal web messaggi allarmanti e preoccupanti sull'utilizzo dei vaccini oltre ad essere diffuse notizie prive di fondamenti scientifici senza tener conto che sono sempre maggiori i progressi tecnologici e scientifici che permettono di incrementare la gamma di vaccini a disposizione e di garantirne la sicurezza. In ragione di quanto sopra negli ultimi anni si è registrato un significativo calo delle adesioni ai programmi vaccinali con una conseguente diminuzione delle coperture vaccinali al disotto dei valori percentuali che, secondo quanto riportato in letteratura scientifica, garantiscono la miglior protezione a tutta la popolazione. Un esito importante in termini di sanità pubblica di questa condizione di bassa copertura vaccinale è l'osservazione di epidemie nella popolazione quali quella da morbillo e da epatite A. Sulla base di queste evidenze, tenendo conto di quanto indicato nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) approvato il 19 gennaio 2017 in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, a partire dalla Regione Emilia Romagna (legge regionale n. 19/2016) e poi a livello nazionale (legge n. 119 del 31 luglio 2017) sono state emanate norme che prevedono l'obbligo della vaccinazione ad un numero maggiore di vaccinazioni e alla fascia di età 0-16 anni. Resta comunque fondamentale il coinvolgimento di molte istituzioni (ad esempio Conferenza Territoriale Socio Sanitaria, Amministrazioni Comunali, Ufficio Scolastico Regionale/Provinciale ed i singoli Istituti Scolastici) e dell'intera comunità nella promozione delle vaccinazioni attraverso lo sviluppo di interventi informativi e comunicativi coerenti con le evidenze scientifiche nonché azioni miglioramento qualitativo dei servizi istituzionali e relativa facilitazione all'accesso.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Seguendo quanto indicato dalla Regione Emilia Romagna in termini di recepimento del PNPV 2017-2019, l'Azienda USL di Bologna ha adottato un piano di implementazione del calendario vaccinale che ha visto la stretta collaborazione tra i servizi di Pediatria di Comunità e quelli di Igiene Pubblica (UOS Profilassi Malattie</p>

	<p>Infettive). Ivaccini previsti nel nuovo Piano Vaccinale sono stati ricompresi nei nuovi LEA approvati all'inizio del 2017 e rappresentano in questo senso un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso. L'Azienda USL di Bologna come anche il livello regionale ha l'obiettivo di adottare le migliori strategie vaccinali al fine di garantire l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità che prevede la disponibilità di professionisti sanitari di dimostrata competenza nella somministrazione corretta dei vaccini in soggetti di differenti classi di età e con diverse condizioni anagrafe e di salute (bambini, adolescenti, adulti sani, donne in gravidanza, soggetti portatori di patologie a rischio, anziani) e l'adozione di elevati profili di sicurezza. In risposta a ciò si ritiene necessario riorganizzare i servizi offerti ed integrare maggiormente la rete vaccinale aziendale afferente ai Dipartimenti di Cure Primarie (DCP) e Sanità Pubblica (DSP) al fine di raggiungere obiettivi specifici quali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) mantenere la qualità e la sicurezza assistenziale;</li> <li>2) facilitare l'accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ecc.)</li> <li>3) saper comunicare e far comprendere l'importanza della vaccinazione per il singolo e la comunità attraverso specifici piani di comunicazione e informazione nei confronti della cittadinanza con l'intenzione di coinvolgere il paziente nelle scelte;</li> <li>4) innalzare la copertura vaccinale;</li> <li>5) organizzare attività di formazione rivolta agli operatori sanitari oltre che aumentare la loro adesione alle vaccinazioni;</li> <li>6) perseguire la pro-attività degli interventi e la ricerca delle necessità non espresse,</li> <li>7) ottimizzare le risorse;</li> <li>8) sviluppare reti professionali integrate;</li> <li>9) favorire l'autonomia professionale;</li> <li>10) rispondere a quanto indicato dalla recente normativa in termini di vaccinazione (adozione nuovo calendario vaccinale che ha previsto nel 2017, tra l'altro, l'introduzione delle vaccinazioni contro la varicella ed il meningococco B in età pediatrica, il rotavirus ai neonati con fattori di rischio, la pertosse negli adulti e nelle donne in gravidanza, lo pneumococco alla coorte dei 65enni, il papilloma virus ai maschi dodicenni. Sono inoltre previste nel corso del 2018 l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati, l'introduzione del quinto richiamo alla poliomielite insieme a difto-tetanopertosse acellulare nell'adolescente e la vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni).</li> </ol>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Tutta la popolazione, con particolare riguardo alla fascia di età pediatrica e a quella anziana, alle persone più fragili per la presenza di patologie croniche o condizioni di salute particolari.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Al fine di raggiungere gli obiettivi di cui sopra si indicano le azioni da perseguire:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) incremento delle sedute vaccinali e revisione tempistica dell'offerta vaccinale;</li> <li>2) ridefinizione degli accordi con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;</li> <li>3) pianificazione e realizzazione momenti di aggiornamento per MMG, PLS, Medici competenti, Medici Specialisti e operatori sanitari che svolgono servizio presso consultori familiari, centri dialisi, servizi di pneumotisiologia, pronto soccorso, infettivologia, ecc.);</li> <li>4) aggiornamento dei fondi necessari per l'acquisizione dei vaccini in risposta alle esigenze di adeguamento al nuovo Piano Vaccini;</li> <li>5) riorganizzazione della rete dei servizi con identificazione di sette Centri Hub vaccinali in cui vengono concentrate attività di vaccinazione ed operatori con professionalità differenti (Pediatri, Igienisti, Assistenti Sanitari, Infermieri) e rimodulazione dei punti di erogazione periferici (vedi tabella di sintesi);</li> <li>6) orientamento e sviluppo di servizi informatici al fine di migliorare il sistema di monitoraggio e di sorveglianza delle attività vaccinali;</li> <li>7) arricchimento dell'offerta formativa per i cittadini che frequentano i corsi pre-nascita;</li> <li>8) attività di counseling motivazionale su esitanti e inadempienti oltre che in occasione di colloqui per viaggi all'estero;</li> <li>9) attività di comunicazione attraverso vari strumenti mediatici tra cui isocial con particolare attenzione a criteri di equità (informative in lingua urdù, araba, cinese, francese, spagnolo, inglese);</li> <li>10) azioni specifiche nei confronti dei migranti (offerta attiva vaccini epatite B, tetano, varicella)</li> </ol>



	e sottogruppi di popolazione ad alto rischio (soggetti disagiati, soggetti fragili, omosessuali o con comportamenti a rischio); 11) interventi di promozione delle vaccinazioni negli operatori sanitari.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Sviluppo di politiche integrate con: a) le amministrazioni comunali (ad esempio cogestione delle lettere a nuovi nati, realizzazione di corsi condivisi con la consulenza di professionisti dell'Azienda USL cogestite, ecc.); b) l'ufficio scolastico regional
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Regione Emilia Romagna, Conferenza Territoriale Socio Sanitaria, Amministrazioni Comunali (assessorati alla sanità ed alle politiche sociali), Ufficio Scolastico Regionale, Ufficio Scolastico Provinciale, Istituti Scolastici, Associazioni di cittadini interessate alle tematiche di promozione della salute.
<b>Referenti dell'intervento</b>	DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA AUSL BOLOGNA
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Indicatori locali: 1

---

### 1°: EVIDENZA del centro Hub Vaccinale distrettuale

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** N - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** N

- **Obiettivo 2020:** S