



Distretto Pianura Ovest



*Associazione
Intercomunale
Terre d'Acqua*

PIANO DI ZONA TRIENNALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2009 – 2011

*San Giovanni in Persiceto (Comune Capofila)
Anzola dell'Emilia
Calderara di Reno
Crevalcore
Sala Bolognese
Sant'Agata Bolognese*

INDICE:

Premessa	pag. 3
CAPITOLO 1: Attori e percorso di costruzione del Piano	pag. 4
CAPITOLO 2: I bisogni della popolazione	pag. 9
2.1 Dati Sanitari	pag. 9
2.2 Dati sanitari	pag. 13
2.3 Profilo di comunità	pag. 20
CAPITOLO 3: Gli obiettivi strategici, le priorità, le tabelle dei Programmi distrettuali	pag. 25
3.1 Area delle responsabilità famigliari	pag. 25
3.2 Area Giovani	pag. 29
3.3 Area Immigrati Stranieri	pag. 31
3.4 Area Povertà ed esclusione sociale	pag. 33
3.5 Area Anziani e Piano Distrettuale per la non autosufficienza	pag. 35
3.6 Area Disabili e Piano Distrettuale per la non autosufficienza	pag. 37
3.7 Area Salute mentale	pag. 39
3.8 Area Programmazione sanitaria	pag. 39
3.9 Prospettive di sviluppo logistico strutturale dei servizi socio-sanitari	pag. 48
3.10 Obiettivi e progetti trasversali	pag. 48
CAPITOLO 4: Linee d'integrazione delle politiche	pag. 52
CAPITOLO 5: Integrazione gestionale e professionale	pag. 53
CAPITOLO 6: Monitoraggio e valutazione	pag. 54
CAPITOLO 7: Orientamenti per la programmazione finanziaria	pag. 55

Tutta la normativa e la documentazione di riferimento per la programmazione triennale a cui si fa riferimento nel presente atto è disponibile nel Sito della Provincia di Bologna (www.provincia.bologna.it/sanitasociale/engine/raservepg.php)
L'Atto d'indirizzo, il Profilo di Comunità ed il Piano di Zona per la Salute ed il Benessere sociale della Pianura Ovest sono disponibili anche sul sito dell'Associazione Terred'Acqua (www.terredacqua.it)

PREMESSA:

Il primo Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia Romagna (PSSR), approvato nel maggio 2008 (DGR n. 175/08) ha stabilito le linee di sviluppo del sistema regionale di welfare per la Salute ed il Benessere sociale dei cittadini.

La parola chiave dell'intero Piano è Integrazione: integrazione di tutte le politiche che concorrono a realizzare la salute ed il benessere delle persone e delle comunità, a partire da quelle sociali e sanitarie e per la non autosufficienza, fino a quelle ambientali, per la mobilità, l'urbanistica e la casa, l'istruzione, la formazione ed il lavoro.

Attraverso l'integrazione, s'intende coinvolgere tutti i soggetti portatori d'interesse in una governance partecipata del sistema dei servizi e degli interventi sociali e sanitari, ed infatti l'Ente Locale, a cui spetta la regia complessiva dell'azione di governo distrettuale, è chiamato a favorire e promuovere il coinvolgimento delle organizzazioni della società civile nei processi decisionali e programmatici.

Il Terzo Settore, le molteplici forme di rappresentanza dei cittadini, fino alle persone e le famiglie stesse che esprimono esigenze di sostegno e di cura sono quindi chiamate a concorrere nell'individuare le soluzioni più adeguate ai bisogni vecchi e nuovi che le rapide trasformazioni - demografiche, sociali, culturali, economiche - stanno facendo emergere; per questo è necessario coinvolgere e valorizzare tutte le risorse disponibili nelle Comunità locali, quelle pubbliche come quelle private, dell'associazionismo, del volontariato organizzato, fino a quelle della solidarietà spontanea fra cittadini.

Gli strumenti per realizzare la nuova programmazione integrata sociale e sanitaria del Distretto sono il **Piano di Zona triennale per la Salute e per il Benessere Sociale**, (PdZ SBS), che individua le priorità e gli indirizzi strategici, ed il **Programma Attuativo Annuale** (PAA) che declina, su base annua, le attività nei diversi ambiti d'intervento e le relative risorse.

Il Piano Triennale costituisce lo strumento unitario della programmazione sociale, sociosanitaria, sanitaria territoriale; privilegia, in un'ottica di progressiva gradualità, l'integrazione sociosanitaria come area di programmazione congiunta e condivisa fra i Comuni e l'Azienda Usl, e costruisce in un documento unico le scelte strategiche anche in area sociale e sanitaria.

Il Piano Triennale indica le priorità strategiche utilizzando l'approccio dei gruppi target di popolazione: le famiglie, l'infanzia e l'adolescenza, i giovani, gli anziani, le persone con disabilità, gli immigrati stranieri, gli adulti in stato di povertà ed esclusione sociale, disagio psichico e dipendenze patologiche. Tali target costituiscono il riferimento anche per la declinazione degli obiettivi nell'area dell'integrazione sociosanitaria e, dove possibile, per l'area sanitaria, nonché la base per il Programma Attuativo annuale.

CAPITOLO 1

Attori e percorso di costruzione del Piano:

Il processo pende avvio dalle indicazioni fornite dalle linee guida regionali (DGR 1682/08) e dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) di Bologna che individua, in base alla lettura del Profilo di Comunità, gli indirizzi di programmazione omogenei a livello Provinciale.

Gli indirizzi provinciali sono stati recepiti a livello di Pianura Ovest dal Comitato di Distretto che, in data 25/11/08, ha pure approvato le priorità per la pianificazione locale. L'atto d'indirizzo distrettuale è stato presentato e discusso con i Consigli Comunali dell'Associazione Terred'Acqua, riuniti in forma congiunta ad Anzola dell'Emilia il 10.12.08, e con i Tavoli delle Organizzazioni Sindacali e del Welfare, riuniti in forma congiunta ad Anzola dell'Emilia il 17.12.08.

In base alle indicazioni di priorità dell'Atto d'indirizzo distrettuale, l'Ufficio di Piano ha programmato e coordinato gli incontri dei tavoli tecnici tematici, facendo precedere alle specifiche convocazioni per ogni singola area d'intervento, un incontro congiunto dei Dirigenti dei Comuni, dell'Azienda Usl, dell'Asp Seneca, dei Servizi associati sovracomunale: (il Piano Strutturale (PSC), il Sistema informativo informatico (SIAT), la Polizia Municipale) con 2 referenti di ciascun Tavolo tematico, per condividere la visione d'insieme del percorso di costruzione del Piano Triennale e dell'Programma Attuativo 2009.

La composizione dei Tavoli tematici distrettuali (Infanzia e adolescenza, Giovani, Dipendenze, Contrasto alla Povertà e all'esclusione sociale, per il Lavoro, Immigrati stranieri, Anziani, Disabili) già prevede la partecipazione integrata dei referenti dei 6 Comuni, dei Servizi sociosanitari e sanitari territoriali dell'Ausl, dell'ASP e dei Centri di Formazione del territorio.

In fase di elaborazione del Piano Triennale e del PAA 09 sono stati invitati a portare il proprio contributo esperto anche rappresentanti dell'Istituzioni scolastiche, della Cooperazione sociale, del Volontariato locale, per integrare ulteriormente la proposta di attività e di piste di lavoro congiunto. In particolare, agli incontri del Tavolo Infanzia ed adolescenza e a quello dei Giovani ha partecipato in qualità di osservatrice una collaboratrice dell'Associazione Camina, incaricata dalla RER del monitoraggio dell'iter di programmazione del Distretto Pianura Ovest.

In base a quanto emerso dai Tavoli tecnici distrettuali l'Ufficio di Piano, ha elaborato e sottoposto una prima bozza di documento al Comitato di Distretto, ai Tavoli delle OO.SS, e del Welfare, per raccogliere osservazioni e proposte d'integrazione o di modifica.

Il Piano Triennale e del Piano Attuativo 2009, insieme all'Accordo di programma, sono stati poi sottoposti formalmente all'Approvazione del Comitato di Distretto e degli Organi Comunali

competenti, e portata alla firma di sottoscrizione della Provincia, dei Comuni e dell'Azienda USL, congiuntamente a quella dei diversi Soggetti aderenti.

Riportiamo di seguito i Tavoli distrettuali ed i Gruppi di Lavoro dell'Ufficio di Piano che hanno partecipato al percorso di costruzione del Piano Distrettuale per la Salute ed il Benessere Sociale:

Tavolo di raccordo integrazione e coordinamento		Tavolo Dirigenti Servizi Sociali - Educativi e scolastici	
Funzione	Comune / Ente	Funzione	Comune / Ente
Resp. Uff. di Piano	Ufficio Di Piano	Responsabile	Uff. Di Piano
Dir. Integrazione Sociosanitaria	Distr.Sociosanitario	Resp. d'area	Anzola
Dir. Amm. Distretto	Distr.Sociosanitario	Resp. d'area	Calderara Di Reno
Dir. Area Cure Primarie	Distr.Sociosanitario	Resp. d'area	Crevalcore
Resp. Serv. Sociale	Calderara Di Reno	Resp. d'area	Sala Bolognese
Resp. Serv. Sociale	S.Giovanni P.	Resp. d'area	S.Giovanni P.
		Resp. d'area	Sant'agata B.

Tavolo Minori		Tavolo Giovani	
Funzione	Comune / Ente	Funzione	Comune / Ente
Educatrice	Anzola	Ass. Sociale	Calderara di Reno
Pedagogista	Calderara di Reno	Educatrice	S.Agata B.
Resp. Servizi Scolastici	Calderara di Reno	Istr.Amministrativo	Anzola dell'Emilia
Ass. Sociale	Calderara di Reno	Dir. Istit. Culturale	Crevalcore
Pedagogista	S.Agata B.	Resp.Serv. Cultura E Sport	Sala B.
Coord.Pedagogica	Sala B.	Coord. Pedagogica	San Giovanni P.
Assi. Sociale	San Giovanni P.	Resp. Serv. Cultura	Calderara di Reno
Coord. Pedagogica	San Giovanni P.	Tutor Obbligo Formativo .	Centro per l'impiego - SGP
Coord.Pedagogica	Crevalcore	Educatrice	Asp Seneca
Resp. U.O. Minori	Asp Seneca	Educatrice	Ausl. Neuropsic. infantile
Resp. Cons. Famig. e Pediatrico di Comunità	Ausl	Educ. Professionale	Ausl
Resp. Neuropsichiatria Infantile	Ausl	Psichiatra	Ausl
		Coord. Serv. Orientamento	Futura

Dipendenze		Tavolo multiculturala	
Funzione	Comune / Ente	Funzione	Comune / Ente
Educatrice	S.Agata B.	Ass. Sociale	Crevalcore
Resp. Ser. Cultura	Calderara di Reno	Resp. Serv. Sociali	S.Agata B.
Ass. Sociale	Calderara di Reno	Pedagogista	S.Agata B.
Istr. Amministrativo	Anzola dell'Emilia	Assistente Sociale	Anzola Emilia
Ass. Sociale	Crevalcore	Resp.e Area Serv. Persona	Sala B.
Resp. Serv. Cultura E Sport	Sala B.	Resp. Servizi Sociali	Calderara di Reno
Coord. Pedagogica	San Giovanni P.	Resp. Servizio Scuola	Calderara di Reno
Ass. Sociale	San Giovanni P.	Ass. Sociale	S.Giovanni P.
Ass. Sociale	Calderara di Reno	Resp. Ser. Scolastici	S.Giovanni P.
Educatore	Ausl	Resp. Consul. Famigl. e Pediatria Di Comunità	Ausl
Psicologa	Ausl	Psichiatra	Ausl
Tutor Obbligo Formativo.	Centro per l'impiego SGP	Edu. C. Salute Mentale	Ausl

Povertà ed esclusione sociale		Anziani e Progetto E-Care	
Funzione	Comune / Ente	Funzione	Comune / Ente
Ass. Sociale	S. Giovanni P.	Resp. Serv. Sociali	S. Giovanni P.
Resp. Serv. Sociali	S.Agata B.	Resp. del Caso	Crevalcore
Resp. Serv. Sociali	San Giovanni P.	Resp. del Caso	Anzola
Ass. Sociale	Anzola dell'Emilia	Resp. del Caso	Calderara di Reno
Ufficio Casa	Calderara di Reno	Resp. del Caso	Sala B.
Ass. Sociale	Calderara di Reno	Resp. del Caso	S. Giovanni P.
Ass. Sociali	Crevalcore	Resp. del Caso	S.Agata B.
Ass. Sociale	Sala B.	Serv. Ass. Anziani	Ausl

Disabili		Mobilità Ed Autonomia Domestica	
Funzione	Comune / Ente	Funzione	Comune / Ente
Resp. del Caso	Anzola	Istr. Amministrativo	S.G. P. ° Trasferimento Asp
Resp. U.O. Handicap	Ausl	Istr. Amministrativo	Crevalcore
Pedagogista	Calderara	Resp. Servizi Sociali	Anzola Emilia
Resp. del Caso	Calderara	Resp. Servizi Sociali	Calderara Reno
Ass. Sociale	Crevalcore	Resp. Servizi Sociali	S.Agata B.
Resp. del Caso	Sala B.	Ass. Sociale	Sala B.
Resp. del Caso	S.Giovanni P.		
Resp. del Caso	S.Agata B.		
Dir. Integr. Socio-sanitaria	Dist. Sociosan.		
Dir. Amministrativo	Dist. Sociosan.		
Edu. Professionale	Neuropsi. Ausl		

Fondo Regionale Non Autosufficienza		Tavolo per il Lavoro	
Funzione	Comune / Ente	Funzione	Comune / Ente
Resp. Servizi Sociali	San Giovanni P.	Resp. Servizi Persona	Sala B.
Dirig. Amministrativa	Ausl-Distr. Sanitario	Ass. Sociale	Crevalcore
Resp. ufficio Di Piano	Dis. P. Ovest	Resp. Servizi Scolastici	San Giovanni P.
Dirig. Area Integrazione Socio Sanitaria	Ausl – Dist. Sanitario	Resp. Servizi Sociali	S.Agata B.
Resp.Uo Centro Residenziale	Asp Seneca	Ass. Sociale	Anzola Emilia
		Ass. Sociale	Calderara Reno
		Resp. U.O. Handicap	Ausl
		Neurops. Educ. Professionale	Ausl
		Educ. Prof. Centro Salute Mentale	Ausl
		Ass. Soc. C.o Salute Mentale	Ausl
		Responsabile	C. per l'Impiego - SGP
		Dir. C.o Formazione	Centro Form. Prof. Futura
		Educ. Professionale	Asp Seneca
		Dir. C.o Formazione	C. Form. Prof. Fomal

Integrazione dei sistemi informativi servizi sociali		Regolamenti accesso e gestione – Consolidamento ASP Seneca	
Funzione	Comune / Ente	Funzione	Comune / Ente
Coord. Resp. Serv. Sociali, Pari Opportunità E Accoglienza	Calderara Reno		
Resp. Servizi Sociali	S.Giovanni P.	Coord.Resp. del Caso	Crevalcore
Resp. Servizi Informatici Associati Terred'acqua	Serv. Associato Sovracomunale	Resp. Servizi Sociali	Calderara
Resp. Servizi Informativi	Crevalcore	Resp. del Caso	S.Agata B.
U.O. Affari Generali	Asp Seneca	Ass. Sociale	Sala B.
		Dir. Amministrativo	Asp Seneca

Contratto di servizio- Consolidamento ASP Seneca		Regolamenti sovracomunali e contribuzione degli Utenti- Consolidamento ASP Seneca	
Funzione	Comune / Ente	Funzione	Comune / Ente
Coord. Direttore Generale	Asp Seneca	Coord. Resp. Servizi Sociali	San Giovanni P.
Resp. Serv.Sociali	S. Giovanni P.	Resp. Servizi Sociali	Sala B.
Resp. Ufficio Di Piano	Crevalcore (SGP)	Resp. Serv. Soc. Socio Assistenziali	Anzola Emilia
Resp. Servizi Sociali	S.Agata B.	Resp. Servizi Sociali, Pari Opportunità , Accoglienza	Calderara Reno
Resp. Serv. Soc., Pari Opportunità, Accoglienza	Calderara Reno	Dirigente	ASP Seneca
		Coord. Amministrativa	Ufficio di Piano

TAVOLO WELFARE

ORGANIZZAZIONI TERZO SETTORE

AUSER	SOCIETÀ COOPERATIVA DOLCE
ANFFAS	FATTORIABILITÀ – COOP SOCIALE - CREVALCORE
CARITAS	CONSORZIO SIC
CONSULTA DIGNITÀ DELLA PERSONA	LEGACOOB BOLOGNA
FORUM PROVINCIALE TERZO SETTORE	CONF.COOPERATIVE BOLOGNA
MICRO.BO ONLUS	GRUPPO MUTUO-AUTO AIUTO S.GIOVANNI P.
UDI – S. GIOVANNI PERSICETO	AGCI
ASSOCIAZIONE PER LA RINASCITA DELL'AREA	
GARIBALDI 2 DI CALDERARA	

ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA

UNIONE AGRICOLTORI	CNA
API ASS. PICCOLE MEDIE IMPRESE	COLDIRETTI
ASCOM	CONFARTIGIANATO FEDERIMPRESE
CIA	CONFESERCENTI

FONDAZIONI

CASSA DI RISPARMIO DI BOLOGNA	CARISBO	DEL MONTE DI BOLOGNA E RAVANNA
-------------------------------	---------	--------------------------------

ISTITUTI COMPRENSIVI

ISTITUTO COMPRENSIVO SALA BOLOGNESE	ISTITUTO COMPRENSIVO S.MATTEO DECIMA
ISTITUTO COMPRENSIVO SANT'AGATA BOLOGNESE	DIREZIONE DIDATTICA
ISTITUTO COMPRENSIVO CREVALCORE	ISTITUTO PROFESSIONALE MALPIGHI
ISTITUTO COMPRENSIVO DE AMICIS	ISIS 'ARCHIMEDE '
ISTITUTO COMPRENSIVO CALDERARA DI RENO	CENTRO DI FORMAZIONE FOMAL
ISTITUTO COMPRENSIVO "MAMELI" S.GIOVANNI PERSICETO	CENTRO DI FORMAZIONE FUTURA

ALTRE ISTITUZIONI

CENTRO PER L'IMPIEGO-SEDE DI S.GIOVANNI P.	POLIZIA MUNICIPALE
--	--------------------

TAVOLO delle ORGANIZZAZIONI SINDACALI

OO.SS.

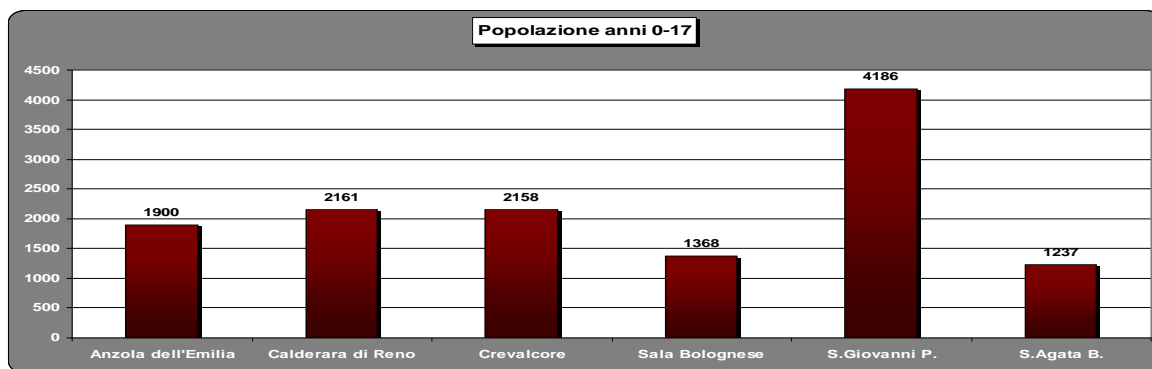
SPI CGIL rappresentanti dei 6 Comuni	CISL
CGIL	C.U.P.L.A.\A.N.A.P.
UIL	

CAPITOLO 2 I Bisogni della Popolazione

2.1 Dati ISTAT: (Aggiornamento al 01.01.2008)

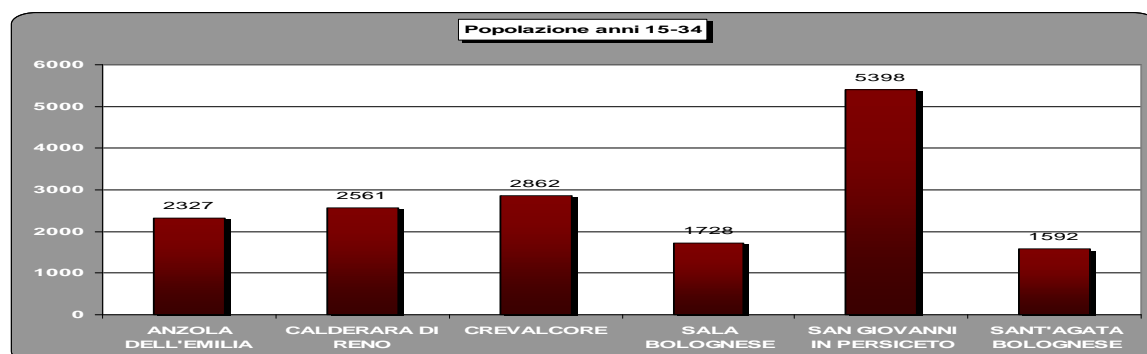
□ Popolazione in età da 0 a 17 anni

Comune	Popolazione 0-17 anni
Anzola dell'emilia	1900
Calderara di Reno	2161
Crevalcore	2158
Sala Bolognese	1368
San Giovanni in Persiceto	4186
Sant'Agata Bolognese	1237
	13010



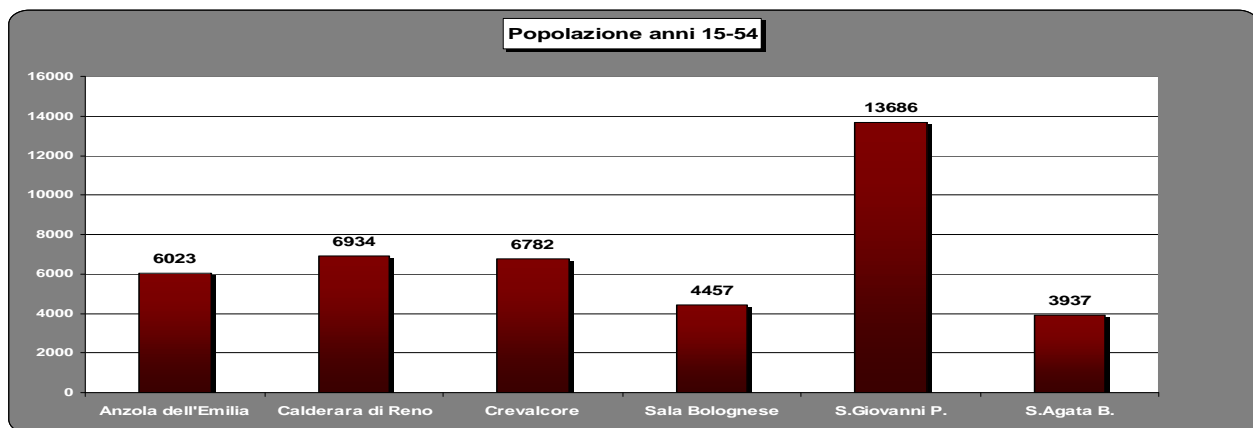
□ Popolazione 15-34

Comune	Popolazione anni 15-34
Anzola dell'Emilia	2327
Calderara di Reno	2561
Crevalcore	2862
Sala Bolognese	1728
San Giovanni in Persiceto	5398
Sant'Agata Bolognese	1592
	16468



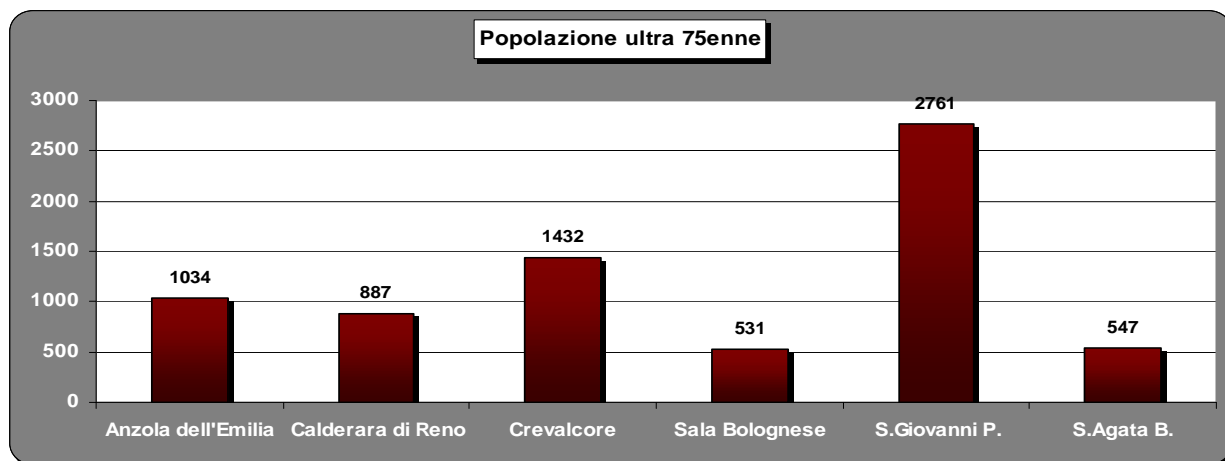
□ Popolazione dai 15 ai 54 anni

Comune	Pop 15-54
Anzola dell'Emilia	6023
Calderara di Reno	6934
Crevalcore	6782
Sala Bolognese	4457
San Giovanni in Persiceto	13686
Sant'Agata Bolognese	3937
	41819



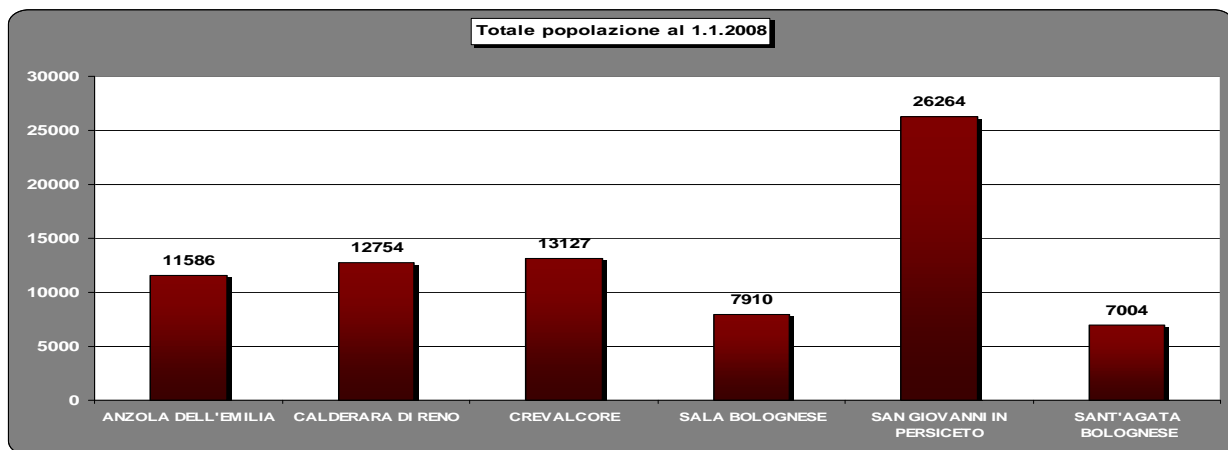
□ Popolazione ultra 75enne

Comune	Popolazione
Anzola dell'Emilia	1034
Calderara di Reno	887
Crevalcore	1432
Sala Bolognese	531
San Giovanni in Persiceto	2761
Sant'Agata Bolognese	547
	7192



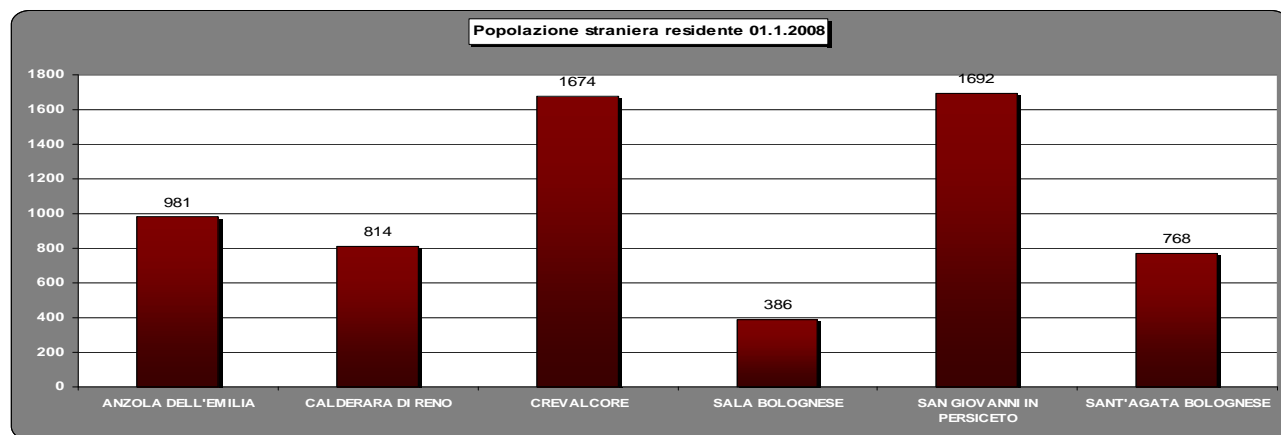
□ Popolazione del Distretto

Totale popolazione al 1.1.2008	
Anzola dell'Emilia	11586
Calderara di Reno	12754
Crevalcore	13127
Sala Bolognese	7910
San Giovanni in Persiceto	26264
Sant'Agata Bolognese	7004
	78645



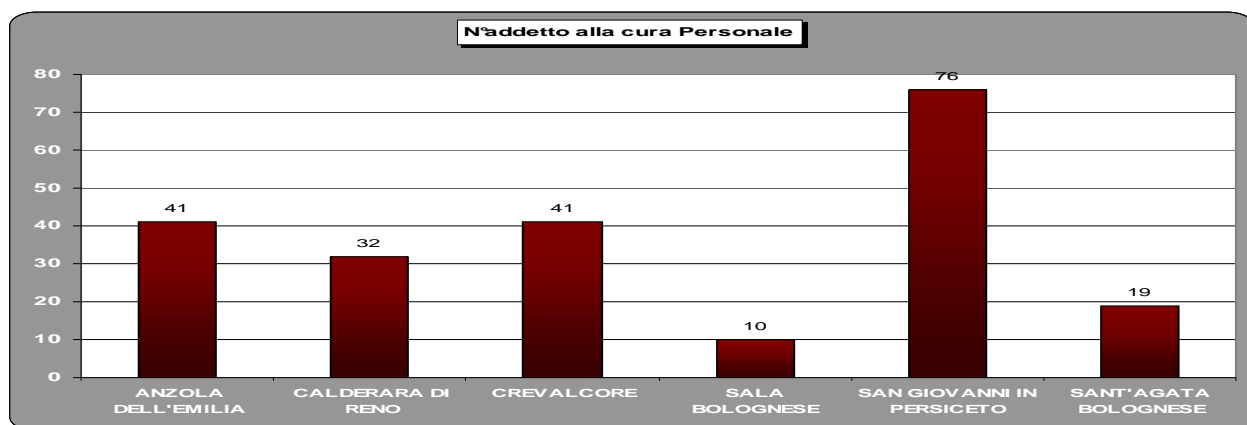
□ Popolazione Straniera del Distretto

Popolazione straniera residente 01.1.2008	
Anzola dell'Emilia	981
Calderara di Reno	814
Crevalcore	1674
Sala Bolognese	386
San Giovanni in Persiceto	1692
Sant'Agata Bolognese	768
	6315



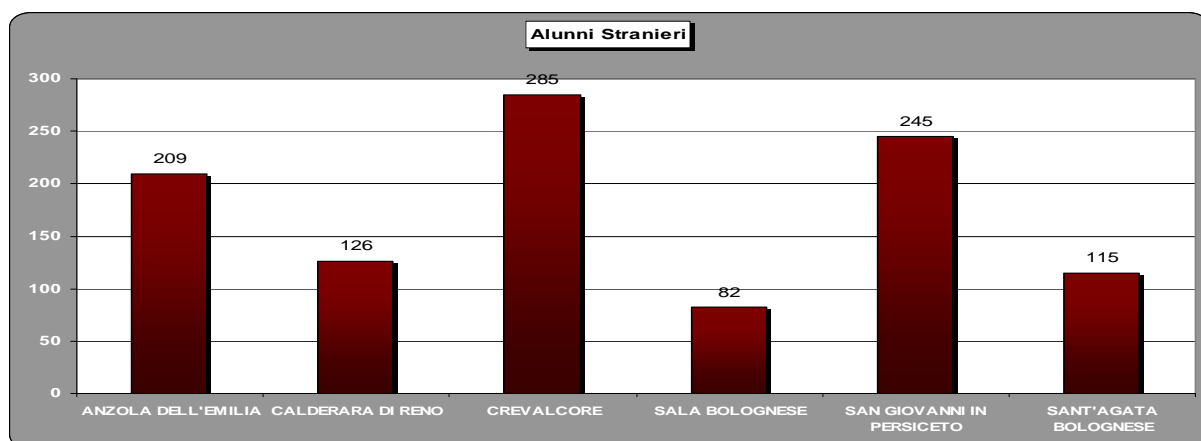
□ Addetti alla Cura Personale

Comune	N°addetti alla cura personale (assistenti familiari)(SILER) dato dal 01/01/2008 al 30/06/2008
Anzola dell'Emilia	41
Calderara di Reno	32
Crevalcore	41
Sala Bolognese	10
San Giovanni in Persiceto	76
Sant'Agata Bolognese	19
	219



□ Alunni Stranieri

Comune	Alunni stranieri al 31.12.07
Anzola dell'Emilia	209
Calderara di Reno	126
Crevalcore	285
Sala Bolognese	82
San Giovanni in Persiceto	245
Sant'Agata Bolognese	115
	1062



2.2 I DATI SANITARI

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Pazienti per 1.000 residenti per classe d'età e livello di attività assistenziale – 2007

Livello intensità assistenziale	anni	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità	Non definibile	TOTALE
BOLOGNA - PIANURA OVEST	0-14	0,27	2,58	1,34		4,19
	15-64	0,72	1,74	0,96		3,41
	65-74	7,28	18,21	8,5		33,98
	75-84	27,18	74,32	25,98	0,17	127,64
	85++	81,29	219,34	53,39	1,44	355,46
	tot	5,43	14,7	5,04	0,05	25,22
REGIONE	0-14	0,17	0,28	0,25	0,11	0,8
	15-64	0,77	0,67	0,72	0,67	2,83
	65-74	7,87	6,28	5,24	6,75	26,14
	75-84	38,02	24,9	12,02	31,22	106,16
	85++	103,44	64,54	22,98	84,77	275,74
	tot	7,81	5,27	2,8	6,45	22,33

Nota: la Tabella riporta il livello di utilizzo del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per i residenti. In particolare viene indicato il numero di pazienti seguiti in ADI per mille residenti (rapporto tra il numero di pazienti seguiti nell'anno e popolazione residente) distinto per livelli di intensità assistenziale.

I livelli di intensità misurano la complessità sanitaria e socio-assistenziale dei casi assistiti in regime di cure a domicilio.

I livelli (bassa, media o alta intensità sanitaria) vengono assegnati ai pazienti durante gli episodi di cura a seconda delle caratteristiche individuate dalle Commissioni Professionali Domiciliari sulla base delle indicazioni regionali.

Fonte: Banca dati Regionale ADI (assistenza domiciliare integrata) - anno 2007

Assistenza Ospedaliera

Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 1.000 residenti per ricoveri in regime ordinario e diurno – 2007

Distretto di residenza		Ord.	D.H.	totale	
BOLOGNA - PIANURA OVEST	TOTALE	00-14	66,44	21,55	87,99
		15-64	88,66	35,74	124,41
		65-74	209,98	61,42	271,39
		75-84	317,22	55,74	372,96
		85++	455,99	29,34	485,33
		<i>Tasso specifico</i>	<i>124,8</i>	<i>37,71</i>	<i>162,52</i>
		<i>Tasso standardizzato</i>	<i>130,39</i>	<i>38,43</i>	<i>168,82</i>
BOLOGNA	TOTALE	00-14	74,37	23,71	98,07
		15-64	93,99	34,91	128,9
		65-74	223,3	61,59	284,89
		75-84	357,09	51,78	408,87
		85++	507,94	26,11	534,06
		<i>Tasso specifico</i>	<i>144,16</i>	<i>37,87</i>	<i>182,03</i>
		<i>Tasso standardizzato</i>	<i>139,97</i>	<i>37,57</i>	<i>177,53</i>
REGIONE	TOTALE	00-14	69,53	20,64	90,17
		15-64	92,17	41,64	133,82
		65-74	218,59	75,51	294,1
		75-84	345,07	68,38	413,45
		85++	470,72	35,31	506,01
		<i>Tasso specifico</i>	<i>136,3</i>	<i>44,77</i>	<i>181,07</i>
		<i>Tasso standardizzato</i>	<i>136,22</i>	<i>45</i>	<i>181,22</i>

Nota: La Tabella riporta il tasso standardizzato di ospedalizzazione per i residenti e per regime di ricovero . Il tasso di ospedalizzazione è il rapporto tra il numero di ricoveri ospedalieri (regime ordinario e day hospital) dei residenti in una data area (regione, Azienda USL, distretto, etcc.. e popolazione residente nella medesima area per 1.000 abitanti.

Questo indice esprime genericamente il numero di ricoveri consumati per unità di popolazione e misura, pertanto, il livello di utilizzo delle strutture ospedaliere da parte della popolazione. I ricoveri sono quelli erogati a favore della popolazione in tutte le strutture pubbliche e private italiane.

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale

Assistenza farmaceutica territoriale

Spesa per residente (euro) per le principali patologie - 2007

Azienda USL BOLOGNA, Distretto BOLOGNA - PIANURA OVEST

Farmaci per il trattamento di patologie:		Gastro-intestinali	Cardiovascolari	Muscoscheletriche	Nervose	Respiratorie	TOTALE
Pro capite in ambito distrettuale	00_14	1,67	0,28	0,06	1,44	13,41	16,85
	15_64	15,74	44,13	3,35	13,71	10,29	87,21
	65_74	63,2	247,78	19,06	28,99	30,68	389,71
	75_84	76,09	293,34	28	35,61	47,5	480,54
	85+	70,85	255,61	21,26	37,7	40,43	425,85
	Tot	24,72	83,6	6,85	15,86	16,43	147,46
Pro capite in ambito AUSL	00_14	1,9	0,66	0,1	1,83	14,64	19,13
	15_64	18,81	45,32	3,37	17,05	11,53	96,08
	65_74	67,87	245,92	19,06	30,54	34,18	397,58
	75_84	81,86	288,38	26,32	38,03	48,07	482,66
	85+	76,69	240,83	21,68	35,74	40,81	415,75
	Tot	30,13	91,87	7,49	19,31	18,81	167,6
Pro capite in ambito regionale	00_14	1,27	0,25	0,05	1,2	11,99	14,75
	15_64	16,59	42,46	3,28	15,89	9,39	87,61
	65_74	60,83	236,99	18,72	32,39	28,19	377,12
	75_84	75,22	278,56	26,9	43,71	40,25	464,65
	85+	72,74	232,42	22,22	40,71	36,3	404,38
	Tot	26,29	84,76	7,18	18,99	15,25	152,47

Nota: La tabella riporta la spesa sostenuta per ogni residente, a livello distrettuale, aziendale e regionale per i farmaci destinati al trattamento delle principali patologie.

Fonte: Banca dati Regionale AFT (assistenza farmaceutica territoriale) - anno 2007

Pronto Soccorso

Accessi al Pronto Soccorso non seguiti da ricovero per 1.000 residenti - 2007

Codice di accesso		CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE ROSSO	TOTALE
BOLOGNA - PIANURA OVEST	0-14	126,74	280,37	25,03	0,18	432,31
	15-64	118,67	249,34	14,37	0,33	382,71
	65-74	102,2	216,29	17,96	2,06	338,51
	75-84	116,46	268,88	19,44	3,61	408,39
	85++	99,09	279,46	34,15	3,85	416,55
	<i>totale</i>	<i>117,42</i>	<i>252,55</i>	<i>17,17</i>	<i>0,83</i>	<i>387,96</i>
BOLOGNA	0-14	135,53	365	41,21	0,06	541,8
	15-64	113,7	284	41,72	0,65	440,08
	65-74	97,43	218,81	62,06	1,27	379,56
	75-84	95,33	260,94	107,29	2,2	465,77
	85++	71,78	285,58	146,11	2,65	506,13
	<i>totale</i>	<i>111,39</i>	<i>284,21</i>	<i>53,4</i>	<i>0,86</i>	<i>449,86</i>
REGIONE	0-14	107,53	306,64	15,27	0,13	429,57
	15-64	62,55	246,48	15,03	0,35	324,41
	65-74	50,7	229,49	24,85	0,95	305,99
	75-84	51,69	299,03	39,75	1,75	392,21
	85++	41,46	336,15	54,99	3,43	436,03
	<i>totale</i>	<i>65,42</i>	<i>259,45</i>	<i>19,47</i>	<i>0,6</i>	<i>344,93</i>

Nota: Questa tabella riporta il numero di accessi, non seguiti da ricovero, al Pronto Soccorso da parte dei residenti; gli accessi sono ripartiti per codice di accesso attribuito al paziente. Anche in questo caso l'indice esprime genericamente il livello di utilizzo del Pronto Soccorso da parte della popolazione. I codici rossi si riferiscono a pazienti deceduti in pronto soccorso o trasferiti ad altro ospedale.

Fonte: Banca dati Regionale ASA (assistenza specialistica ambulatoriale) - anno 2007

Assistenza specialistica ambulatoriale

Tabella 1 - Indice di consumo per categoria aggregata per 1.000 residenti - anno 2007

Azienda e distretto di residenza			Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni Terapeutiche	Visite	TOTALE
BOLOGNA - PIANURA OVEST	TOTALE	00-14	840	3.902	73	115	861	5.791
		15-64	1.384	10.147	287	336	1.075	13.230
		65-74	3.089	21.232	911	1.172	3.207	29.611
		75-84	3.050	23.811	790	983	3.692	32.326
		85++	1.844	21.708	703	475	2.439	27.169
		Tasso specifico	1.620	11.732	370	444	1.498	15.664
		Tasso standardizzato	1.665	12.159	387	466	1.554	16.232
di cui Mobilità Passiva extra-regionale	TOTALE	00-14	6	20	1	3	13	44
		15-64	31	46	3	6	13	99
		65-74	28	33	0	10	8	79
		75-84	13	61	0	10	8	93
		85++	11	51	0	5	8	74
		Tasso specifico	25	42	2	6	12	88
		Tasso standardizzato	26	43	2	7	12	89
BOLOGNA	TOTALE	00-14	773	3.270	110	124	869	5.146
		15-64	1.352	9.572	543	312	1.098	12.877
		65-74	3.059	19.455	1.846	1.026	3.093	28.479
		75-84	3.039	22.146	1.874	1.166	3.928	32.153
		85++	1.738	18.643	805	636	2.576	24.397
		Tasso specifico	1.644	11.386	770	460	1.605	15.865
		Tasso standardizzato	1.616	11.180	751	450	1.568	15.564
REGIONE	TOTALE	00-14	605	2.841	162	104	749	4.460
		15-64	1.172	8.950	373	303	1.019	11.817
		65-74	2.658	19.151	1.061	1.030	2.742	26.642
		75-84	2.477	21.128	951	1.198	3.336	29.089
		85++	1.316	16.823	425	747	2.142	21.453
		Tasso specifico	1.378	10.568	473	447	1.405	14.271
		Tasso standardizzato	1.383	10.616	475	448	1.407	14.328

Nota: La Tabella riporta l'indice di consumo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale aggregate in 5 categorie. L'indice di consumo (IC) è il rapporto tra il numero delle prestazioni ambulatoriali consumate dai residenti di una data area (regione, Azienda Usl, distretto) e la popolazione residente nella medesima area per 1.000 abitanti.

Questo indice esprime genericamente il numero di prestazioni consumate per unità di popolazione e misura pertanto il livello di utilizzo delle strutture ambulatoriali da parte della popolazione.

Le prestazioni sono quelle erogate, a carico SSN, a favore della popolazione in tutte le strutture pubbliche e private italiane nel 2007.

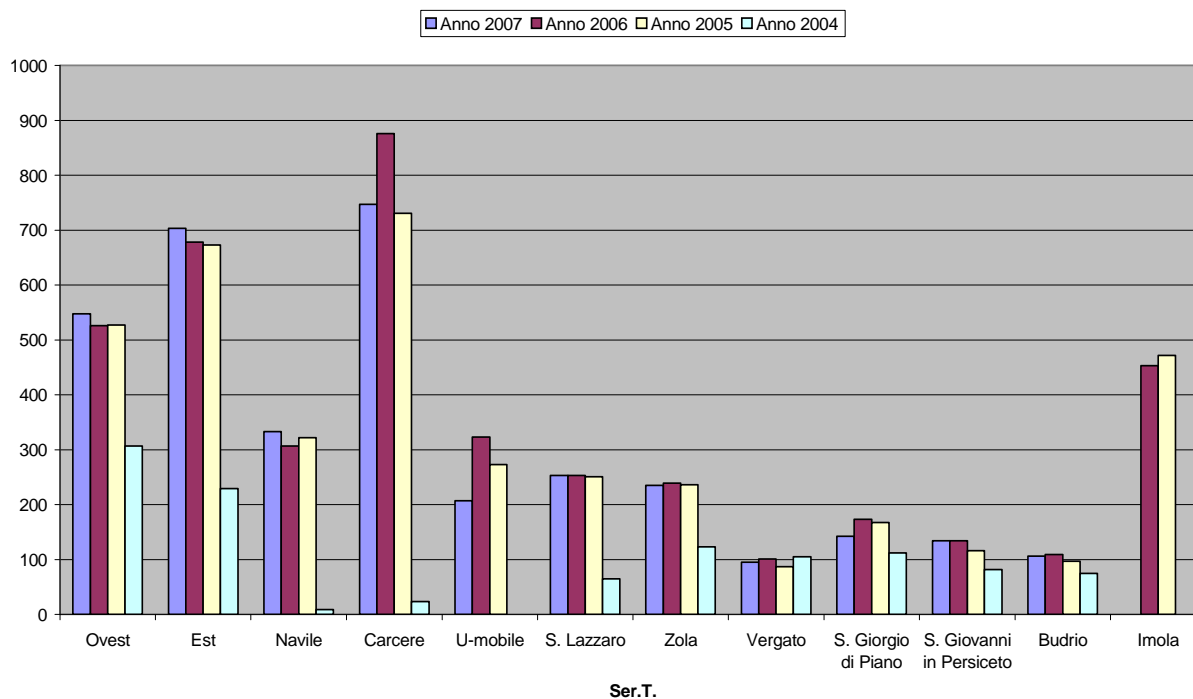
Nel totale sono riportati un tasso specifico e un tasso standardizzato che permette la confrontabilità distretto-Azienda-Regione. Sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale 2007.

Fonte: Banca dati Regionale ASA (assistenza specialistica ambulatoriale)

Tossicodipendenze e Alcolismo

□ Tossicodipendenti

Numero di tossicodipendenti in carico ai Ser.T.della Provincia. Serie storica 2004-07



Nel 2006 sono stati presi in cura 3.383 utenti tossicodipendenti nell'area metropolitana di Bologna e 453 in quella di Imola.

Le donne rappresentano il 17,2% del totale e l'età media è 34,7 anni. La percentuale di stranieri è pari al 16,5%.

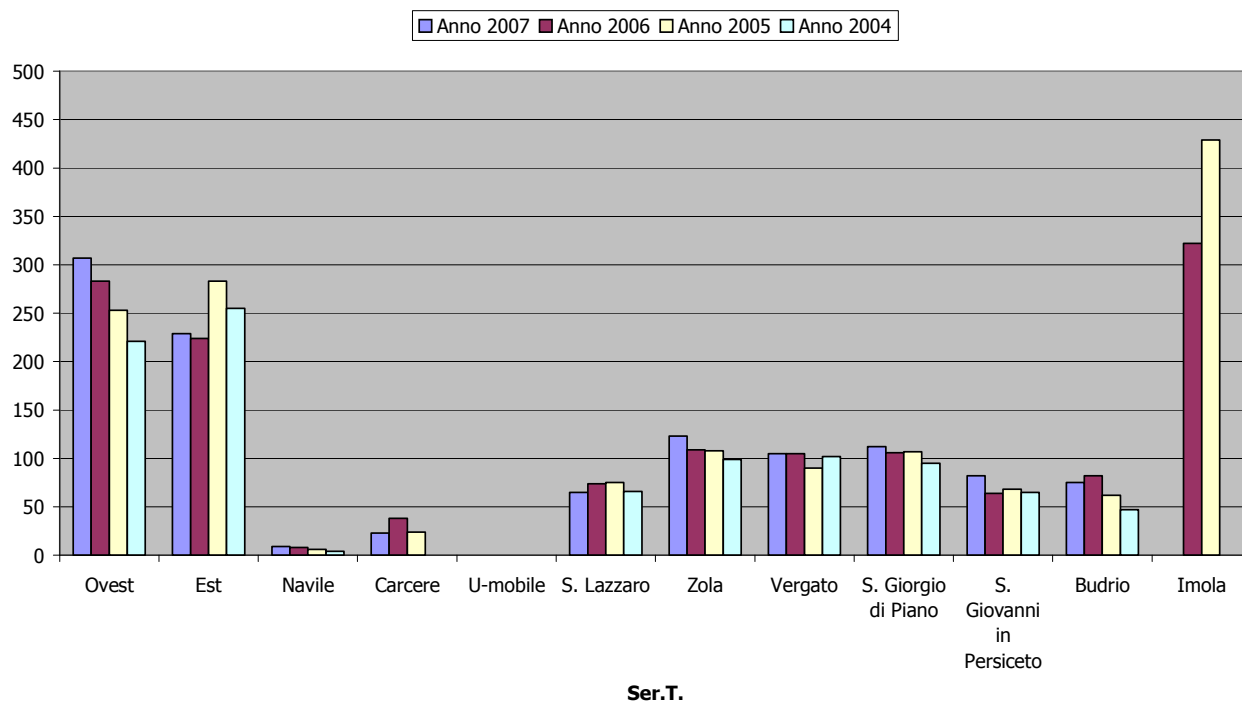
□ Alcolisti

Si stimano 7.032 soggetti con problemi alcol correlati nell'area metropolitana di Bologna, numero che oscilla da 6.039 a 8.025. La stima è in aumento per i residenti e per gli stranieri e in calo per i non residenti.

Nel 2006 sono stati contattati dai servizi 2.463 soggetti per problemi alcol correlati nell'area metropolitana di Bologna, tra questi 1.067 si sono rivolti ai Ser.T. (52%); a questi si aggiungono altri 322 utenti in carico ai Ser.T. di Imola. L'età media è 49 anni, il 28% sono donne, il 12% sono stranieri ed il 42% era residente nella città di Bologna; il 38% è stato dimesso da un ospedale per patologie alcol correlate, il 9% erano tossicodipendenti o ex tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol, il 7% soggetti contattati dai servizi a bassa soglia del Comune di Bologna (5% Asili notturni).

Considerando solo i 1.067 utenti Ser.T. di Bologna le caratteristiche degli utenti sono le seguenti: l'età media degli utenti è di poco inferiore: 48 anni, la percentuale di donne, invece, è un po' superiore:29%; la percentuale di stranieri è sensibilmente inferiore e pari al 10%.

Numero di alcoolisti in carico ai Ser.T.della Provincia. Serie storica 2004-07



I tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol: sono 221, in tendenziale aumento, il 34% riguarda nuovi contatti. Le femmine sono il 12%, gli stranieri il 13%, i non residenti il 23%. Rispetto al 2005 aumenta la percentuale di femmine e di non residenti.

Fonti: **SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA - Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna**- Osservatorio Metropolitano delle dipendenze patologiche - AUSL - Rapporto 2006 sulle dipendenze in area metropolitana

2.3 Il Profilo di Comunità del Distretto Pianura Ovest

Il Profilo demografico:

oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Variazione popolazione < 14 anni 2003-2007</i>	2003 – 8.603 2007 – 10.187 +18,4% Andamento: costante crescita	Superiore al dato provinciale (+10,0%)	
<i>Variazione popolazione > 74 anni 2003-2007</i>	2003 – 6.199 2007 – 6.979 +12,6% Andamento: costante crescita	Superiore al dato provinciale (+7,4%)	
<i>Nuclei famigliari monoparentali con minori sul totale dei nuclei famigliari 2001</i>	3,9%	Inferiore al dato provinciale (4,7%)	
<i>Famiglie unipersonali composte da anziani soli (>74 anni) sul totale dei nuclei famigliari 2001</i>	Maschi 1,8%	Inferiore al dato provinciale (2,6%)	
	Femmine 7,5%	Inferiore al dato provinciale (10,7%)	
<i>Popolazione straniera sulla popolazione totale 2007</i>	6,9%	In linea con il dato provinciale (6,9%)	
<i>Variazione incidenza popolazione immigrata sulla popolazione totale 2005-2007</i>	+1,2%	Superiore al dato provinciale (1,0%)	
<i>Componente femminile della popolazione immigrata 2007</i>	46,8%	Inferiore al dato provinciale (50,1%)	
<i>Minorenni della popolazione immigrata 2007</i>	27,4%	Superiore al dato provinciale (19,2%)	

Ambito sanitario:

□ Tossicodipendenza e alcolismo:

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Tossicodipendenti in carico sul totale provinciale 2007</i>	134 su 3.503 3,8%		Utenti in carico al ser.T di San Giovanni in Persiceto
<i>Variazione tossicodipendenti in carico dal 2004-2007</i>	2004 – 97 2007 – 134 +38,1% Andamento: costante crescita	Superiore al dato provinciale (+12,6%)	
<i>Alcolisti in carico sul totale provinciale 2007</i>	82 su 1.130 7,3%		Utenti in carico al ser.T di San Giovanni in Persiceto
<i>Variazione alcolisti in carico 2004-2007</i>	2004 – 65 2007 – 82 +26,2% Andamento: iscontinuo	Superiore al dato provinciale (+18,4%)	

N.B. Per le tematiche di seguito riportate non sono generalmente disponibili dati disaggregati (essendo in prevalenza dati di fonte Ausl). Si rimanda ai dati presentati nel profilo di comunità provinciale: 1. Assistenza alla gravidanza; 2. Screening tumori; 3. Vaccinazione

Ambito sociale e socio-sanitario:

□ Area minori di 18 anni:

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
Minori in carico sulla popolazione minorile 2006	260 su 12.530 2,1% Di cui il 24,6% stranieri	Inferiore al dato provinciale (7,9%)	Il dato dei minori in carico non è in linea con quello degli altri distretti
Minori in affido familiare sul totale provinciale dei minori in affido familiare 2007	16 su 292 5,5%		
Minori in comunità sul totale provinciale dei minori in comunità Anno 2006	19 su 390 4,9% Di cui stranieri di cui 7 stranieri (36,8%)		
Minori in comunità: variazione % 2003-2006	2003 – 4 2006 – 19 +375,0%	Superiore al dato provinciale (+90,2%)	

N.B.

Per le tematiche di seguito riportate non viene proposto il dato distrettuale. Si rimanda ai dati generali presentati nel profilo di comunità provinciale:

- Servizi, interventi e strutture per l'area responsabilità genitoriali
- Servizi, interventi e strutture per l'area infanzia e adolescenza
- Adozione nazionale ed internazionale nel territorio provinciale

□ Area anziani

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Area domiciliarità</i>			
Anziani con assegni di cura sul totale provinciale 2006	400 su 4.940 8,1%		
Anziani con assegno di cura sul totale pop >75 2006	5,2%	Superiore al dato provinciale (4,3%)	
Anziani assistiti in SAD sul totale pop > 75 2006	2,8%	Inferiore al dato provinciale (3,2%)	
Anziani assistiti in AD oneri adi sul totale provinciale 2006	86 su 941 9,1%		
Anziani > 75 assistiti in AD oneri adi 2006 sul totale pop > 75	1,1%	Superiore al dato provinciale (0,8%)	
Anziani in dimissioni protette sul totale provinciale 2007	330 su 1.343 24,6%		
<i>Area residenzialità</i>			
<i>Strutture convenzionate</i>			
Posti convenzionati in strutture residenziali per non autosufficienti su popolazione > 75 2006	2,3%	Inferiore al dato provinciale (2,6%)	
Soggetti in lista d'attesa per i posti residenziali sul totale provinciale 2006	127 su 1.803 7,0%		
Numero anziani inseriti su posto convenzionato 2006	101		
Posti convenzionati in strutture semiresidenziali per non autosufficienti su popolazione > 75 2006	0,5%	In linea con il dato provinciale (0,5%)	
<i>Strutture autorizzate</i>			

<i>Posti non convenzionati in strutture residenziali sul totale provinciale 2006</i>	51 su 4.197 1,2%
<i>Posti non convenzionati in strutture semi residenziali sul totale provinciale 2006</i>	43 su 359 12,0%
<i>Posti per accoglienza temporanea di sollievo sul totale provinciale 2006</i>	18 su 73 24,7%

□ **Area disabili**

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Bambini iscritti al nido a.s 2005/06</i>	698		
<i>Disabili in carico sul totale provinciale 2006</i>	280 su 3.262 8,6%		
<i>Variazione adulti disabili in carico 2004-2006</i>	2004 – 184 2006 – 280 +52,2%	Superiore al dato provinciale (+9,1%)	Nel 2005 Anzola e Calderara passano da Casalecchio a Pianura Ovest
<i>Posti e utenti in strutture residenziali 2006</i>	Posti – 19 Utenti – 21		
<i>Posti e utenti in strutture semiresidenziali 2006</i>	Posti – 85 Utenti – 54		
<i>Utenti assegni di cura per disabili gravi sul totale provinciale 2006</i>	17 su 225 7,6%		
<i>Utenti assegni di cura per disabili con gravissime disabilità acquisite sul totale provinciale 2006</i>	7 su 79 8,9%		
<i>Utenti disabili adulti in borsa lavoro sul totale degli utenti in carico 2006</i>	19,3%	Superiore al dato provinciale (15,5%)	
<i>Utenti disabili adulti in assistenza domiciliare riab-educ sul totale degli utenti in carico 2006</i>	20,0%	Inferiore al dato provinciale (33,0%)	
<i>Utenti disabili adulti in assistenza domiciliare (SAD) sul totale degli utenti in carico 2006</i>	6,1%	Inferiore al dato provinciale (9,7%)	
<i>Utenti disabili adulti in strutture residenziali sul totale degli utenti in carico 2006</i>	7,5%	Inferiore al dato provinciale (13,2%)	
<i>Utenti disabili adulti in strutture semiresidenziali sul totale degli utenti in carico 2006</i>	19,3%	Inferiore al dato provinciale (25,9%)	

Area Immigrazione

N.B.

Per le tematiche relative all'area immigrazione si rimanda ai dati generali presentati nel profilo di comunità provinciale

Area Esclusione sociale

N.B.

Per le tematiche relative all'area esclusione sociale si rimanda ai dati generali presentati nel profilo di comunità provinciale

Ambito educativo e socio-educativo:

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale
<i>Domande non soddisfatte sul totale delle domande presentate per il nido a.s. 2005/06</i>	8,1%	Inferiore al dato provinciale (12,6%)
<i>Bambini frequentanti servizi integrativi, educatrici familiari, educatrici domiciliari sul totale dei bambini frequentanti i servizi 0-3 a.s. 2005/2006</i>	8,3%	Inferiore al dato provinciale (9,6%)
<i>Strutture private sul totale delle strutture a.s. 2006/2007</i>	36,0%	Superiore al dato provinciale (28,4%)
<i>Bambini disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	0,9%	Inferiore al dato provinciale (1,3%)
<i>Bambini disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+75,0%	Superiore al dato provinciale (+26,5)
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	10,3%	Superiore al dato provinciale (10,1%)
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+15,3%	Inferiore al dato provinciale (+43,3%)
<i>Bambini disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	2,5%	Inferiore al dato provinciale (2,7%)
<i>Bambini disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+6,0%	Inferiore al dato provinciale (+25,4%)
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	13,3%	Superiore al dato provinciale (11,8%)
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+65,7%	Superiore al dato provinciale (+57,6%)
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	4,0%	Superiore al dato provinciale (3,6%)
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+120,6 %	Superiore al dato provinciale (+19,2%)
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	10,3%	Inferiore al dato provinciale (11,1%)
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+64,1%	Superiore al dato provinciale (+51,4%)
<i>Ripetenti: variazione % 2003-2006</i>	+10,3%	Superiore al dato provinciale (-6,2%)
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	2,7%	Superiore al dato provinciale (2,0%)
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+24,1%	Superiore al dato provinciale (+23,8%)
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	10,1%	Superiore al dato provinciale (7,2%)
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+110,8 %	Superiore al dato provinciale (+79,4%)
<i>Ripetenti: variazione % 2003-2006</i>	+38,9%	Superiore al dato provinciale (+9,0%)
<i>Ritirati: variazione % 2003-2006</i>	-14,3%	Inferiore al dato provinciale (-10,2%)

Ambito formativo e lavoristico:

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale
<i>Utenti in cooperative sociali di tipo b sul totale provinciale 2005</i>	0	
<i>Utenti in percorsi socio-occupazionali sul totale provinciale 2005</i>	136 su 1.169 11,6%	

Ambito abitativo:

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale
<i>Domande valide di Fondo sociale affitto: variazione % 2003-2006</i>	+24,9%	Inferiore al dato provinciale (+29,3%)
<i>Richiedenti alloggi ERP sul totale provinciale 2006</i>	0	
<i>Alloggi occupati sul totale degli alloggi 2006</i>	91,4%	Inferiore al dato provinciale (92,2%)
<i>Minori sul totale utenti ERP 2006</i>	21,1%	Superiore al dato provinciale (17,4%)
<i>Stranieri extra UE Assegnatari ERP sul totale assegnatari 2006</i>	14,3%	Superiore al dato provinciale (7,5%)

Capitale sociale

N.B.

Per le tematiche relative al capitale sociale si rimanda ai dati generali presentati nel profilo di comunità provinciale

CAPITOLO 3

Gli obiettivi strategici, le priorità del Piano, le Tabelle dei Programmi Distrettuali

Premessa:

La programmazione distrettuale delle politiche sociali e sanitarie per i prossimi anni assume i principi e le priorità proposti dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

I Principi

- La tutela del diritto fondamentale al benessere e alla salute, in tutte le politiche settoriali;
- La centralità della persona, l'uguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi;
- La partecipazione dei cittadini.

Le Priorità:

- Concetto di tutela, orientata al benessere sociale;
- Integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale;
- Lavoro in rete;
- Valorizzazione delle risorse umane e del lavoro sociale,
- Accesso ai servizi, in particolare accesso unificato alla rete integrata dei servizi, attraverso il sistema degli sportelli sociali;

In base alle indicazioni formulate nell'Atto d'indirizzo del Distretto Pianura Ovest, riportiamo le priorità per i Gruppi target di popolazione e per Aree d'intervento, con le relative Tabelle:

1. Area delle responsabilità familiari e della tutela dell'infanzia e dell'adolescenza

Rafforzare il sistema integrato dei servizi educativi, scolastici e formativi, con la dimensione sociale, sanitaria, sportiva, culturale e ricreativa:

- La diffusione di occasioni di confronto, orientamento e formazione per i genitori, con offerta di consulenze soprattutto in ambito educativo, della prevenzione e promozione della salute e degli stili di vita sani, anche in chiave interculturale, in collaborazione con i Servizi educative e sociali dei Comuni, le Scuole, I servizi Ausl (Consultorio familiare, Pediatria di Comunità, Medici di base, Neuropsichiatria infantile, Sert) e le Organizzazioni del Terzo Settore;
- Interventi di sostegno all'apprendimento della lingua italiana e di mediazione interculturale rivolta a genitori ed alunni; laboratori interculturali nelle scuole primarie e secondarie di I Grado (risorse del Piano d'Integrazione sociale dei cittadini stranieri)
- Sviluppo di politiche di conciliazione a favore delle famiglie, promozione di pari opportunità d'accesso e permanenza nel mercato del lavoro attraverso dispositivi di conciliazione tra tempi di cura familiare e lavoro, con particolare attenzione alle donne che non hanno supporti di rete familiare, sostegno alle nuove tipologie di servizi per l'infanzia.
- Progetto triennale per l'Orientamento scolastico (collaborazione con Provincia, Servizi Scolastici ed educativi dei Comuni, Scuole, Centri di Formazione Professionale, Cip, Imprese del territorio)
- Progetto triennale sul Disagio scolastico e le strategie integrate (collaborazione con Servizi Sociali ed Educativi comunali, le Scuole, l'Asp Seneca, I Servizi Ausl, il Terzo settore (in collaborazione con la Provincia e l'Istituzione Minguzzi)

Promuovere la salute ed il benessere dei minori, Prevenzione e Tutela:

- La promozione degli stili di vita sani, progetti per la mobilità sostenibile, l'educazione alla affettività e alla sessualità, prevenzione delle dipendenze da sostanze e da alcool, in tutti gli ambienti di vita dei bambini e degli adolescenti: scuola, strada, sport, luoghi del divertimento, con il coinvolgimento dei servizi sociosanitari territoriali, le scuole, il Terzo settore ed il volontariato.
- Iniziative d'integrazione scolastica degli allievi disabili, con specifica attenzione ai passaggi tra i diversi gradi dell'istruzione e tra scuola e lavoro, in attuazione dell'Accordo di Programma territoriale per l'integrazione scolastica e formativa dei bambini ed alunni disabili (L.104/92). Iniziative di consulenza familiare per genitori con bambini disabili (in collaborazione con i Servizi Educativi dei Comuni ed Ausl)
- Promozione dell'adozione e dell'affido familiare e la sperimentazione di forme di "presa in carico leggera" del minore in difficoltà e dei suoi genitori, come limitazione del ricorso all'istituzionalizzazione dei minori in comunità; corsi di preparazione ed istruttorie, campagna informativa e formazione di primo e secondo livello, in collaborazione con gli operatori degli sportelli sociali dei comuni.
- Risposta all'emergenza dei minori non accompagnati e sviluppo di progettualità con approccio multidisciplinare per la presa in carico dei casi più complessi (Autorità Giudiziaria) (collaborazione dell'Area Minori e Famiglie dell'Asp Seneca, Sportelli sociale, Ausl, Provincia e Regione)

Sostenere le famiglie in difficoltà:

- Dispositivi di contrasto alla crisi economica, alle situazioni di impoverimento e di sostegno al reddito delle famiglie in comprovata situazione di difficoltà (riduzione/esenzione delle rette e delle tariffe per i servizi dell'infanzia; contributi per l'affitto/utenze; credito d'emergenza; borse lavoro)

TAB. 1: Area responsabilità familiari, della tutela dell'infanzia e dell'adolescenza

TARGET*								
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale
<i>Sostenere e rinforzare le competenze genitoriali educative, di cura e di tutela dei minori (forte presenza della popolazione >14 anni) accompagnare il processo d'integrazione dei bambini stranieri (forte incremento di minori immigrati stranieri inseriti a scuola) anche attraverso il coinvolgimento delle famiglie ; sostegno ai nuclei monoparentali con figli minori e alle famiglie con minori disabili. Garantire l'accesso ai servizi sanitari all'alto numero di donne immigrate ed ai loro bambini</i>
Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali
<input type="checkbox"/> <i>Offrire servizi ed interventi di consulenza, ascolto ed orientamento alle famiglie per sostenerle nei compiti genitoriali, educativi e di tutela della salute e del benessere dei minori, anche in chiave multiculturale, e con particolare attenzione alle famiglie con bimbi disabili, per sostenere il processo d'integrazione dei minori nella comunità locale e a scuola.</i>
<input type="checkbox"/> <i>Elaborare ed attuare dispositivi di conciliazione dei compiti di cura familiare e di lavoro per donne senza supporti di rete familiare, anche attraverso la sperimentazione di nuove forme di servizio per bimbi 0-3 anni (forme organizzate di auto-mutuo aiuto fra famiglie; micronido, nido domiciliare)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Promuovere la cultura dell'affido familiare come limitazione al ricorso all'istituzionalizzazione dei minori e sperimentazione di forme di presa in carico "leggera" dei bambini e adolescenti in difficoltà e delle loro famiglie.</i>
Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **
<i>Intensificare il raccordo ed il coordinamento dei programmi ed interventi realizzati dai Servizi Educativi e Sociali dei Comuni, l'Azienda USL (Consultorio familiare, Pediatria di Comunità, Neuropsichiatria infantile, Sert), l'Area Minori e Famiglie dell'ASP Seneca, la Scuola primaria e secondaria di primo e secondo grado.</i>
Indicatori di Risultato***
Vedere indicatori specifici del Programma Attuativo 2009

TAB. 2: Area responsabilità familiari, della tutela dell'infanzia e dell'adolescenza:

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza X	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale

Presenza della popolazione >14 anni nel distretto in costante crescita, con forte incidenza percentuale di minori stranieri sulla popolazione residente di pari età; presenza di ragazzi disabili iscritti a scuola superiore alla media provinciale.

Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali

- Sostenere la buona integrazione dei minori nel contesto locale ed a scuola attraverso un piano di sostegno all'apprendimento della lingua italiana ed interventi di mediazione interculturale per i minori e le loro famiglie;*
- Promuovere stili di vita sani ed il benessere fisico, psicologico e relazionale e prevenire precocemente i comportamenti che mettono a rischio la salute, attraverso percorsi, progetti ed attività a scuola e nei principali ambienti di vita dei bambini e degli adolescenti.*
- Contrastare il fenomeno dell'insuccesso e dell'abbandono scolastico, le manifestazioni di disagio e di malessere espresse a Scuola, attraverso un piano d'azione con strategie d'intervento condivise fra i servizi sociali, scolastici ed il sistema d'istruzione e formazione e con specifiche azioni orientative rivolte a ragazzi ed alle famiglie nella scelta del percorso scolastico e di avvicinamento al mondo del lavoro.*

Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **

Intensificare il raccordo ed il coordinamento dei programmi ed interventi realizzati dai Servizi Educativi e Sociali dei Comuni, l'Azienda USL (Consultorio familiare, Pediatria di Comunità, Neuropsichiatria infantile, Sert), l'Area Minori e Famiglie dell'ASP Seneca, la Scuola primaria e secondaria di primo e secondo grado del Territorio- Ambito 1.

INDICATORI DI RISULTATO***

Vedere indicatori specifici del Programma Attuativo 2009

2. Area Giovani

- Potenziamento dell'integrazione intersettoriale ed interistituzionale nel Tavolo tecnico distrettuale, per la progettazione comune, il monitoraggio, il coordinamento delle attività e delle iniziative di informazione, sensibilizzazione prevenzione, unità di strada, SERT, Centri salute mentale, per realizzare "azioni di prossimità" con un approccio comunitario, nell'ambito delle politiche giovanili (collaborazione con Provincia, Scuole, Centri di Formazione, Servizi Ausl, Servizi educativi, sociali, culturali dei Comuni)
- Interventi di promozione del benessere, stili di vita sani, con particolare riferimento a: prevenzione del consumo/abuso di sostanze in collaborazione con le Scuole (attività rivolte agli alunni ed agli adulti- genitori, operatori); sviluppo delle attività dedicate ai giovani nell'ambito del Consultorio familiare/Spazio giovani (servizio informativo, ascolto e consulenza, prevenzione, promozione della salute psico-affettiva e sessuale); percorsi di sensibilizzazione, informazione e prevenzione dell'insorgenza dei disturbi psicotici in età giovanile (collaborazione con Sportelli sociali, scuole)
- Sviluppo della progettazione in applicazione della Lr 14/08 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" (Regione, Provincia, Fondazioni bancarie) e coordinamento delle iniziative partecipative, di cittadinanza attiva, culturali e per il tempo libero, sviluppo di scambio interculturale anche a livello europeo, progetti educazione alla pace ed allo sviluppo, promozione dei progetti per il Servizio Civile volontario regionale ed internazionale (collaborazione con i centri di aggregazione giovanili, Associazionismo e Volontariato, ONG, Scuole, Centri di formazione)
- Sviluppo di progetti ed interventi partecipati dai giovani di seconda generazione (famiglia d'origine immigrata) per lo sviluppo di comunità in chiave interculturale ed associazionismo giovanile (collaborazione con Provincia – Programma 2009—11 per l'integrazione sociale dei cittadini immigrati stranieri).

TAB. 1: Area Giovani

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani X	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE <input type="checkbox"/>
--

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale

La popolazione giovanile (15-34 anni) costituisce la percentuale del 20,94% sulla popolazione residente e ha un'incidenza di 1 ogni quasi 5 persone, inoltre è in costante crescita, con una forte presenza di giovani immigrati e di seconda generazione

Risultano in crescita i fenomeni dell'alcolismo e della tossicodipendenza, anche associati, con particolare incremento nella popolazione femminile e fra gli immigrati

Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali

- Prevenire e contrastare l'uso e l'abuso di sostanze e di alcol nella popolazione giovanile e promuovere la comportamenti e stili di vita sani attraverso programmi integrati ed attività d'informazione, sensibilizzazione, avvicinamento dei giovani a Scuola e nei loro contesti di vita ed interventi di strada per la prevenzione e la riduzione del danno (programma assegnato all'Ausl).*
- Supportare la progettualità e le proposte di associazioni e gruppi di giovani in materia di culture, linguaggi ed espressività giovanile, educazione alla pace ed alla mondialità, alla partecipazione ed alla cittadinanza attiva, al volontariato civile dei giovani, con particolare attenzione ai temi dell'intercultura e dell'interscambio fra giovani italiani e giovani immigrati o di seconda generazione, fra generi e fra generazioni.*

Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **

Intensificare il raccordo ed il coordimamento dei programmi ed interventi realizzati dai Servizi Educativi e Sociali dei Comuni, l'Azienda USL (Consultorio familiare/Spazio Giovani, il Sert), la Scuola secondaria di primo e secondo grado, i Centri di Formazione Professionali, la Provincia (coordinamento delle politiche giovanili ed Osservatorio) e Regione, Le Fondazioni Bancarie, le Associazioni di promozione sociale e di Volontariato.

INDICATORI DI RISULTATO***

Vedere indicatori specifici del Programma Attuativo 2009

3. Area Immigrati Stranieri

Garantire l'accesso ai servizi e la promozione della salute

- Consolidamento e miglioramento dell'integrazione e la messa in rete del sistema dei servizi (sociali, educativi, formativi, sanitari e le Scuole), per garantire l'informazione, l'accesso e la fruizione dei servizi e delle prestazioni;
- Utilizzo dei/delle mediatori/mediatrici interculturali nei servizi e sviluppo della formazione interculturale degli operatori (Servizi territoriali comunali, dell'Azienda usl, dell'Asp Seneca)
- Attivazione del sistema distrettuale contro la discriminazione (nodo di raccordo e nodi antenna) e collegamento in rete di tutti gli sportelli informativi e di orientamento per gli immigrati
- Progettazione e sperimentazione di iniziative per la promozione della salute e del benessere dei cittadini migranti con particolare riferimento alla salute delle donne e dei minori (collaborazione fra Servizi Sociali dei Comuni, Consultorio familiare, Pediatria di Comunità, Dipartimento di Salute mentale, Medici di Base)

Promuovere l'alfabetizzazione e gli apprendimenti della lingua italiana:

- Piano distrettuale di promozione dell'apprendimento della lingua italiana;
 - per minori (in collaborazione con le Scuole)
 - per adulti (mappatura e messa in rete delle iniziative formative esistenti; programmazione di corsi differenziati (livello base, intermedio, avanzato) e di moduli specifici (sicurezza del lavoro, prevenzione degli infortuni, educazione civica)

Sviluppare Azioni positive e le Politiche di genere

- promozione di occasioni di incontro, confronto, orientamento, in chiave interculturale fra donne su temi educativi, di prevenzione e promozione della salute e degli stili di vita sani, propria e dei figli (in collaborazione con i Servizi educative e sociali dei Comuni, le Scuole, Consultorio familiare, Pediatria di Comunità, Medici di base, Neuropsichiatria infantile, Sert, Associazioni) Terzo Settore;
- sviluppo di servizi ed attività orientative, integrate con gli sportelli per l'orientamento ed il lavoro territoriali, a sostegno dell'inserimento sociale e lavorativo della popolazione femminile
- sostegno ed accompagnamento ai gruppi di donne immigrate che intendono sviluppare iniziative in forma associata, percorsi di cittadinanza attiva, progetti di auto-mutuo aiuto, attività di valorizzazione della propria identità e cultura di provenienza; iniziative di attenzione alle condizioni di solitudine ed isolamento delle donne sole, tutela nei casi di maltrattamento familiare; sostegno ai percorsi di formazione ed inserimento lavorativo, anche con dispositivi economici in fase di accesso.

Sostenere la partecipazione dei giovani di Seconda Generazione

- Sviluppo di progetti ed interventi partecipati dai giovani di seconda generazione (famiglia d'origine immigrata) per lo sviluppo di comunità in chiave interculturale ed associazionismo giovanile (collaborazione con Provincia).

Facilitare il rientro in patria volontario:

- Acquisizione di conoscenza ed approfondimento di buone pratiche per progetti di rientro volontario di donne e uomini migranti come agenti di sviluppo nel proprio Paese di origine.

TAB. 1: Area Immigrati Stranieri

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione			Cura/Assistenza X		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale

Popolazione straniera nel distretto ha raggiunto circa il 9% della popolazione residente, con una leggera prevalenza di immigrati maschi. La maggior consistenza delle fasce d'età centrali (15-45 anni) della popolazione immigrata incide fundamentalmente sulla fecondità e l'attività lavorativa;

Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali

- Garantire informazione, orientamento ed accesso alla rete integrata dei servizi per la piena fruizione delle prestazioni, anche attraverso l'attivazione del sistema distrettuale contro la discriminazione ed eventuali servizi di supporto dedicati .*
- Accompagnare il processo d'integrazione con un piano distrettuale per l'apprendimento della lingua italiana, con progressività di livello e differenziazione di contenuto, con specifica attenzione ai temi della prevenzione e della sicurezza del lavoro e dell'educazione civica.*
- Sostenere i processi di associazionismo ed i percorsi di partecipazione e di cittadinanza attiva, le relazioni solidali e di auto-mutuo aiuto, con particolare attenzione alle situazioni di maggior fragilità, solitudine e difficoltà della popolazione immigrata.*
- Promuovere la salute ed il benessere della popolazione straniera, anche con l'intervento di mediazione interculturale nei servizi, con particolare riferimento alla salute delle donne e dei minori.*
- Favorire l'inserimento lavorativo delle donne immigrate attraverso azioni orientative e formative*
- Favorire ed accompagnare la piena integrazione delle seconde generazioni*
- Elaborare dispositivi utili a favorire il rientro volontario degli immigrati al proprio paese d'origine*

Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **

Intensificare il raccordo ed il coordinamento dei programmi ed interventi realizzati dai Servizi Educativi e Sociali dei Comuni, l'Azienda USL (Consultorio familiare, Pediatria di Comunità, Centro di Salute mentale, Sert, Medici di base), le Scuole ed i Centri di Formazione Professionali, le organizzazioni del lavoro, l'Associazionismo ed il Volontariato locale, la Provincia,

INDICATORI DI RISULTATO***

Vedere indicatori specifici del Programma Attuativo 2009

4. Area Povertà ed Esclusione Sociale

Migliorare la capacità di leggere ed intervenire nei processi di impoverimento della popolazione:

- Consolidamento del Servizio di concessione di finanziamenti per avviare o consolidare un'idea d'impresa (Microcredito) o per far fronte ad una temporanea situazione di difficoltà economica (Credito d'Emergenza) realizzato in convenzione con l'Associazione Micro.bo Onlus, in raccordo con gli sportelli sociali dei Comuni.
- Promozione di iniziative a sostegno all'Associazionismo e del Volontariato locale impegnato in attività d'ascolto, accoglienza, assistenza, distribuzione di beni di prima necessità a persone bisognose ed in forte difficoltà economica, in raccordo con gli Sportelli sociali dei Comuni.
- Dispositivi di contrasto alla crisi economica e di sostegno al reddito delle famiglie e delle persone in comprovata situazione di difficoltà, quali riduzione o esenzione delle rette e delle tariffe; contributi per l'affitto, pagamento di utenze.

Azioni positive per il Lavoro:

- Potenziare l'integrazione ed il raccordo sistematico fra Centro per l'impiego, gli sportelli sociali, gli sportelli lavoro, i servizi sociali dell'Ausl, l'Asp, le imprese finalizzate alla conoscenza dei servizi che operano a diverso titolo sul tema dell'accompagnamento al lavoro con particolare attenzione ai giovani, ai diversamente abili, alle donne: definizione di buone prassi e condivisione di metodologie comuni di intervento, riprogettazione degli interventi basati sul dispositivo della borsa-lavoro.
- Promozione di percorsi di formazione professionale, tirocinio formativo, stage aziendale, tutoraggio in situazione, transizione assistita, finalizzati all'inserimento lavorativo sia dei giovani inoccupati e disoccupati che degli adulti in situazione di difficoltà, con particolare attenzione alle donne immigrate ed alle situazioni d'improvvisa perdita del lavoro (in collaborazione con Centro per l'impiego, Centri di Formazione, Aziende del territorio)
- Promozione del Piano distrettuale per la valorizzazione del lavoro sociale (in collaborazione con la Cooperative sociali e le Aziende pubbliche) e la valorizzazione della responsabilità sociale delle Imprese nello sviluppo sociale ed economico del territorio (in collaborazione con Associazioni di categoria ed Imprese)

Casa:

- Verificare, raccordare, condividere a livello distrettuale le norme di accesso e permanenza negli alloggi ERP, i criteri e le modalità di erogazione di contributi per l'affitto, i dispositivi di sostegno in caso di sfratto di nuclei familiari in grave disagio.
- Promuovere i servizi dell'Agenzia Metropolitana per l'Affitto (AMA) in collaborazione con Provincia, comune di Bologna e Acer;
- Sviluppare le iniziative per i mutuatari in difficoltà (progetto provinciale Mutuability);

TAB.1: Area Povertà ed Esclusione Sociale

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE <input type="checkbox"/>								

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale
<i>Sensibile aumento delle situazioni di disagio, difficoltà economica e povertà che si rivolgono agli Sportelli Sociali dei Comuni per necessità fortemente differenziate (sociali, di sostentamento dei minori, casa, lavoro, sanità) accentuate dagli effetti della recessione economica del paese.</i>
Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali
<input type="checkbox"/> <i>offrire l'opportunità a persone che intendono avviare una microimpresa o che si trovano in condizione di temporanea difficoltà economica di ricevere un finanziamento o un prestito d'emergenza (Convenzione con l'Associazione Micro.Bo Onlus)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Sostenere l'impegno delle Associazioni e del Volontariato locale per i servizi di accoglienza, assistenza, ascolto, distribuzione beni di prima necessità per le persone bisognose ed in forte difficoltà economica</i>
<input type="checkbox"/> <i>Contrastare gli effetti della crisi economica e sostenere il reddito delle famiglie in comprovata difficoltà attraverso dispositivi di riduzione o esenzione di rette, provvedimenti per contrastare il rischi di sfratto per morosità o di perdita della casa per mutuatari insolventi</i>
<input type="checkbox"/> <i>Favorire l'inserimento lavorativo delle fasce deboli di popolazione, con particolare riferimento ai giovani, alle donne ed alle persone con disabilità attraverso percorsi di formazione, tirocini e stage con tutoraggio in situazione, transizione assistita</i>
<input type="checkbox"/> <i>Valorizzare il lavoro delle Cooperative sociali e promuovere la responsabilità sociale delle imprese</i>
Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **
Potenziare la sinergia fra politiche ed interventi sociosanitari, della casa e del lavoro, per contrastare le situazioni di maggior difficoltà, con particolare attenzione a quelle provocate dalla crisi economica.
INDICATORI DI RISULTATO***
Vedere indicatori specifici del Programma Attuativo 2009

5. Area Anziani e Piano distrettuale per la non autosufficienza.

Assicurare la promozione della salute e la prevenzione delle disabilità nella persona anziana rappresenta uno degli obiettivi principali sia per i servizi sociali che per i servizi sanitari.

- Le azioni tese alla promozione ed al **sostegno dell'associazionismo e del volontariato locale**, impegnato in attività sociali, ricreative e culturali rivolte alla popolazione anziana, sono fortemente condivise dalle parti sociale e sanitaria in quanto finalizzate al mantenimento della vita attiva e della qualità delle relazioni sociali.
- Altrettanto condiviso è il principio del mantenimento dell'anziano nel proprio contesto di vita ed il più ampio **sostegno ad ogni forma di domiciliarità**. Gli interventi di **Assistenza domiciliare** sono nel territorio superiori al dato Provinciale per cui nel triennio si intende introdurre prioritariamente azioni volte alla qualificazione dei servizi in essere.

Nel triennio saranno mantenuti i **sistemi di monitoraggio** tesi a garantire omogeneità di erogazione dei servizi su tutti i Comuni del Distretto.

A sostegno della domiciliarità verrà assicurata l'erogazione **dell'assegno di cura**, con continuità, nelle situazioni di maggiore gravità e, in base ai finanziamenti annualmente assegnati, saranno offerte le prestazioni al più alto numero di cittadini possibile.

I percorsi di **formazione e qualificazione delle assistenti famigliari** e la regolarizzazione dei rapporti di lavoro troveranno ampio sostegno, anche attraverso le quote d' integrazione all'assegno di cura.

- I **Centri diurni** presenti in 5 Comuni del Distretto rappresentano, oltre che un' opportunità in grado talora di ritardare le condizioni invalidanti, anche un sostegno alle famiglie degli anziani non autosufficienti. Il numero dei posti convenzionati è in linea con il dato provinciale e si lavorerà per mantenere l'indice di occupazione dei 39 posti al 100%, attraverso una gestione flessibile della risorsa.
- Nel triennio 2009/2011, con l'avvicinamento alla quota di residenzialità fissata dalla RER al 3% della popolazione ultra 75enne, si prevede una sensibile riduzione della lista di attesa per gli ingressi in **casa protetta**. Già dal 2009 le tre strutture di casa protetta gestite dall'ASP Seneca sono convenzionate per tutti i posti autorizzati. Una ulteriore risorsa, di importanza strategica nella filiera delle cure intermedie, è rappresentata dai 18 posti della RSA sperimentale del Barberini che attualmente assolve ai bisogni di ricovero temporaneo e di sollievo. In una logica di progressiva ridefinizione e riprogrammazione dei bisogni di assistenza temporanea, la struttura sempre di più si pone come risposta appropriata ad assistere dimessi dalle divisioni ospedaliere non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di convalescenza e riabilitazione.
- **Progetto Demenze**: si conferma nel triennio la rete di servizi ed attività di sostegno agli anziani affetti da demenza, ed in particolare: iniziative promozionali, informative, supporto ed auto-mutuo aiuto, formazione per famigliari e per operatori; attività d'aggregazione, socialità, mantenimento e compensazione di abilità e competenze nella sfera dell'autonomia, dell'orientamento spazio/temporale, delle relazioni interpersonali (centri diurni Alzheimer caffè e Punto d'incontro)

- Progetto “**La Comunità che cura**” – Sviluppo e qualificazione delle cure domiciliari per la popolazione anziana . (Finanziamento delle Fondazioni Carisbo e Del Monte di Bologna e Ravenna)

TAB. 1: Area Anziani e Piano distrettuale per la non autosufficienza

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani X	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza X		
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE								
<input type="checkbox"/>								

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale
<i>I Cittadini ultra 65 enni sono il 22% della popolazione totale e circa il 10% sono gli anziani ultra 75 enni; è crescente la domanda di occasioni ed attività di socializzazione, incontro e di partecipazione attiva alla vita comunitaria; si registra una consistente richiesta di trasporto sociale sia per motivi di salute/accompagnamento a visite o interventi sanitari, sia per superare l'isolamento e favorire la vita di relazione. E' superiore alla media provinciale la domanda di assistenza domiciliare e di assegno di cura; rispetto ai 206 posti disponibili in Casa protetta si registra un significativo numero di persone in lista d'attesa. Consistente risulta il numero delle assistenti familiari che lavorano presso l'abitazione degli anziani.</i>
Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali
<input type="checkbox"/> <i>Sostenere l'associazionismo ed il volontariato locale impegnato nelle attività sociali, ricreative e culturali rivolte e partecipate dalla popolazione anziana</i>
<input type="checkbox"/> <i>Garantire agli anziani la possibilità di vivere nella propria abitazione sostenendo la domiciliarità e sostenere la possibilità di movimento e spostamento per le persone in condizioni di limitata autonomia, anche attraverso la riorganizzazione ed il coordinamento del sistema di trasporto sociale</i>
<input type="checkbox"/> <i>Qualificare il lavoro di cura delle assistenti familiari, favorire l'incontro fra domanda ed offerta di lavoro ed il rapporto fra famiglia/assistente familiare/anziano; formare operatori (assistenti di base, socio-sanitari, infermieri, assistenti sociali) con competenze di tutoraggio del lavoro delle assistenti familiari</i>
<input type="checkbox"/> <i>Gestire in modo flessibile i posti convenzionati nei centri diurni per mantenere l'indice di piena occupazione</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ridurre sensibilmente le liste d'attesa per l'ingresso in casa protetta e rispondere al bisogno di ricovero temporaneo o di sollievo</i>
<input type="checkbox"/> <i>Supportare le famiglie con anziani affetti da demenza attraverso percorsi di informazione e formazione e di auto-mutuo aiuto; mantenere e compensare la progressiva perdita di autonomie e capacità personali e relazionali degli anziani affetti da patologie invalidanti attraverso attività dedicate (punti d'incontro e caffè alzheimer)</i>
Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **
Integrazione degli interventi per l'invecchiamento attivo della popolazione (politiche familiari, culturali, sociali, della salute e politiche per la non autosufficienza)
INDICATORI DI RISULTATO***
Vedere indicatori specifici del Programma Attuativo 2009

6. Area Disabili e Piano distrettuale per la non autosufficienza

Il Distretto Pianura Ovest presenta una **rete di servizi** rivolti a persone con disabilità fisica e psichica storicamente ben strutturata. L'apertura nel 2007 della struttura Villa Emilia ha incrementato e qualificato la risposta di residenzialità e semi-residenzialità sul territorio ed unitamente ai laboratori protetti (Fomal e Maieutica) ha arricchito il sistema dei servizi diurni e residenziali.

- Particolare attenzione nel triennio sarà rivolta all'implementazione dell'attuale **sistema di monitoraggio** della qualità dei servizi e di **valutazione** dell'appropriatezza d' utilizzo degli stessi.
- Con la realizzazione del progetto di ristrutturazione del 2° piano di Villa Emilia e la sperimentazione di una **Comunità alloggio a bassa soglia assistenziale** per utenti con livelli di autonomia di grado medio-lieve, sarà completata la rete dei servizi residenziali e semi-residenziali rivolti alla popolazione adulta con disabilità.
- ***Nel triennio si intendono sviluppare prioritariamente i servizi di sostegno alla permanenza delle persone disabili al proprio domicilio, che attualmente sono presenti sul territorio in percentuale inferiore rispetto alla media provinciale.***

In particolare si intende ottimizzare i posti, individuati presso la residenza di Villa Emilia, per **i ricoveri di sollievo** e per gli interventi d' emergenza. Tali posti di residenzialità potranno essere riservati ai sollievi fino ad un numero massimo di 3.

Saranno ampliati gli interventi di **assistenza domiciliare** sia di tipo assistenziale, sia a valenza educativa.

Sulla base delle valutazioni dell' UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) saranno poi estesi i benefici economici rappresentati **dall'assegno di cura** a tutte le persone in condizioni di maggiore gravità che non possono accedere ad altre prestazioni.

Verranno sostenuti gli interventi integrativi alla rete familiare rappresentati dalle assistenti familiari regolarmente assunte ed adeguatamente formate, attraverso l'inserimento in percorsi di qualificazione già organizzati dagli Enti Locali .

- In analogia con quanto previsto nell'Area Anziani, si svilupperanno nel triennio interventi di **accompagnamento nella fase del rientro al domicilio, dopo periodi di ricovero in ospedale**. La Centrale di continuità ospedale-territorio, già costituita nel Distretto, rappresenta il punto di coordinamento degli interventi sociali e sanitari necessari nelle situazioni che richiedono una dimissione protetta.
- Saranno potenziati gli interventi d' **adattamento domestico** consistenti nell'allestimento di ausili tecnologici e l'adozione di soluzioni strutturali necessarie per il mantenimento della persona nella propria abitazione. Si riconfermano i contributi per favorire la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico previsti della L.R. 29/97.
- Particolare attenzione sarà rivolta alla promozione di attività informative, di sensibilizzazione e consulenze a supporto di famiglie, associazioni e volontariato ed iniziative volte a sostenere la costituzione di **gruppi di auto-mutuo aiuto** e di tutela dei soggetti deboli, anche attraverso la rivisitazione dello strumento dell'amministratore di sostegno.

- Per sostenere il mantenimento delle **iniziative socio-ricreative e del tempo libero** saranno attivate azioni di collaborazione e coinvolgimento del volontariato locale, con la valorizzazione delle esperienze messe in campo dall'associazionismo e dal terzo settore.

TAB. 1: Area Disabili e Piano distrettuale per la non autosufficienza

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili X	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X		Prevenzione			Cura/Assistenza X			

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale
<i>Incidenza superiore alla media provinciale di disabili sulla popolazione del distretto (5,831 per 1000) con forte aumento nell'ultimo triennio e conseguente alta diversificazione della domanda di servizi. E' superiore al dato provinciale in numero dei disabili giovani. Si registra un alto numero di disabili adulti che usufruiscono di assistenza domiciliare riabilitativa educativa, di strutture semiresidenziali e di borse lavoro (19,3% sull'utenza in carico) mentre si attesta al 6% l'Assistenza domiciliare.</i>
Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali
<input type="checkbox"/> <i>Sostenere l'accessibilità delle persone disabili a tutti gli ambiti di vita e alle opportunità offerte dal territorio e valorizzare l'impegno dell'associazionismo e del volontariato locale nella promozione di iniziative ed attività rivolte e partecipate dai disabili</i>
<input type="checkbox"/> <i>Supportare le famiglie attraverso servizi ed iniziative informative, formative, consulenziali e di supporto quali i gruppi di auto-mutuo aiuto.</i>
<input type="checkbox"/> <i>Sperimentare un nuovo servizio a bassa soglia assistenziale per promuovere la vita indipendente ed offrire a utenti giovani-adulti una soluzione abitativa autonoma (comunità alloggio)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Favorire l'integrazione sociale e lavorativa dei giovani disabili, promuovendo percorsi e servizi formativi di transizione al lavoro</i>
<input type="checkbox"/> <i>Garantire la possibilità di permanenza nel proprio contesto familiare rinforzando i servizi di sostegno alla domiciliarità quali l'assistenza domiciliare, l'accompagnamento nella fase di rientro a casa dopo ricoveri ospedalieri, i posti di sollievo o di ricovero temporaneo per situazioni d'emergenza.</i>
<input type="checkbox"/> <i>Rielaborare il sistema di valutazione dei bisogni per la definizione dei percorsi personalizzati</i>
Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **
<i>Politiche formative ed occupazionali, valorizzazione del lavoro della cooperazione di tipo B, di promozione sociale dell'associazionismo e del volontariato, politiche per la non autosufficienza.</i>
INDICATORI DI RISULTATO ***
Vedere indicatori specifici del Programma Attuativo 2009

7. Area Salute Mentale

Il Piano di azione distrettuale per la Salute Mentale:

Il Distretto Pianura Ovest, una volta approvato il Piano Attuativo regionale Salute Mentale 2009-2011, adotterà il proprio Piano d'azione, sviluppando nel triennio, in analogia con gli altri settori in cui si declina l'integrazione socio-sanitaria, gli interventi a livello territoriale ed i servizi residenziali.

Il Piano Attuativo regionale prevede che la politica di salute mentale si articoli nella creazione di due sistemi tra loro coordinati: il Sistema di Comunità ed il Sistema di Cura.

Il Sistema di Comunità sarà coordinato dagli Enti locali, in quanto titolari di tutte le politiche che hanno incidenza sulla tutela del benessere della popolazione di riferimento.

La scelta di affidare agli Enti locali, con il supporto dei Servizi sanitari, ed in particolare del Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche (DSM-DP), il coordinamento del Sistema di Comunità per la Salute mentale, è coerente con una visione secondo la quale la salute va tutelata con azioni di cura e riabilitazione, ma anche attraverso la prevenzione e la promozione dell'agio. La salute mentale è infatti un'area che più di altre ha bisogno del supporto della sfera sociale e collettiva, essendo fortemente influenzata dalle modalità del vivere sociale, dai cicli economici e dall'attività delle istituzioni di un territorio.

Nel triennio si svilupperanno a livello distrettuale specifiche modalità operative per consentire l'integrazione fra Servizi e la presa in carico comune.

In particolare si prevede di adottare anche nella Pianura Ovest i progetti 'I.S.E.A.' (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti sofferenti di disturbi psichici) ed 'Arte e Salute Mentale', promossi dall' AUSL di Bologna .

8. Area della programmazione sanitaria

Il Distretto Pianura Ovest fa parte di una grande Azienda Unità Sanitaria Locale che, proprio in questi mesi, sta intraprendendo un ampio percorso di approfondimento e condivisione in merito agli orientamenti ed alle strategie di intervento valide per il prossimo triennio; strategie che coinvolgeranno ed influenzeranno l'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari. Le ricadute del piano strategico aziendale sul Distretto rappresentano la partenza irrinunciabile per delineare un giusto punto di incontro con il contesto locale, con la sua storia ed il suo grado di evoluzione.

In estrema sintesi le aree di interesse strategico dell'AUSL di Bologna sono rappresentate: **dalla rete Ospedaliera della Provincia di Bologna , dai nuovi modelli di assistenza ospedaliera, dall'accesso ai servizi e nuovi modelli di consumo; dalla nuova governance del territorio; dall'approccio diffuso della prevenzione, dall'innovazione e gestione del percorso dei pazienti fragili e cronici, dai sistemi di accesso e partecipazione dei cittadini. Lo sviluppo del capitale umano, la ricerca ed innovazione** completano il quadro di riferimento .

Nel trattare le aree di maggior interesse strategico è utile sottolineare alcuni elementi di notevole importanza che si devono considerare patrimonio e valore per tutto il territorio aziendale compreso il Distretto Pianura Ovest.

Prima di tutto va evidenziata come linea di raccordo tra le varie aree una sensibilità ed attenzione costante ai bisogni dei nostri cittadini; tale elemento va collegato, in termini di risposta, ad un approccio sistemico non limitato a settori specifici di intervento ma fortemente integrato tra rete ospedaliera, territorio e servizi socio-assistenziali.

Nel nuovo quadro epidemiologico e sociale risulta particolarmente importante sostituire la medicina d'attesa con quella di iniziativa, la cura della malattia con la tutela della salute, secondo un approccio proattivo, che cerchi di classificare i cittadini in base a categorie di rischio e di intervenire laddove vi siano più fragilità e incertezza.

Un approccio che cerchi di colmare le disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione dei servizi, andando a sollecitare la trasformazione del bisogno in domanda laddove vi siano meno risorse

sociali. Occorre, quindi, definire e consolidare gli strumenti organizzativi e gestionali dell'area delle cure intermedie, coinvolgendo tutti i soggetti della medicina del territorio nella scelta di un modello che sviluppi e valorizzi nuove competenze e responsabilità delle diverse figure professionali. Questo per far sì che l'intervento clinico assistenziale venga percepito dal cittadino come una reale presa in carico del proprio stato di salute e, contemporaneamente, si realizzi una maggior appropriatezza d'uso delle strutture ospedaliere.

La governance del territorio nel Distretto Pianura Ovest: il distretto, l'assistenza primaria, la presa in carico e l'accesso. Il **Distretto** sempre più deve diventare il luogo delle relazioni interistituzionali ponendo l'enfasi su un ruolo di **committenza**, di **garanzia dell'accesso** alle prestazioni/servizi e di capacità di rendicontazione nei confronti dei propri cittadini. L'intercettazione e la lettura dei bisogni attraverso lo sviluppo di **strumenti di valutazione multidimensionale** così come l'individuazione del case manager appropriato per ogni assistito sono ulteriori elementi di rilievo strategico. Accanto alla ridefinizione ed alla crescita del distretto va associata in modo coerente la riorganizzazione delle Cure Primarie che, in questo territorio di pianura, conta su un contesto maturo con un buon grado di consolidamento ed integrazione della rete dei servizi di assistenza primaria già avviato da anni.

Le linee strategiche di rilievo per il Distretto Pianura Ovest sono di seguito esplicitate:

- Un aspetto di primo piano è rappresentato dalla progressiva crescita dei **Nuclei di Cure Primarie** per quanto riguarda le loro potenzialità di governo dell'assistenza primaria. I Medici di Medicina Generale organizzati in Centri di Medicina Generale all'interno di strutture pubbliche, se si escludono i MMG di Anzola, chiudono nel 2009 un ciclo triennale di programmazione che sarà oggetto di un momento di valutazione su come continuare il percorso di sviluppo sia organizzativo che clinico; da questo punto di vista il consolidamento del NCP Avanzato di Crevalcore si pone come elemento di valore significativo per la riflessione.
- Con ogni probabilità la linea strategica di maggiore rilevanza per il territorio, è rappresentata dall'impulso costante che si intende imprimere **all'assistenza infermieristica** enfatizzandone il ruolo di soggetto che si prende cura a livello territoriale del paziente cronico favorendo l'integrazione tra i vari professionisti nella presa in carico condivisa. Il prossimo triennio si preannuncia come decisivo nello sperimentare e verificare l'efficacia di progettualità specifiche nei confronti dei pazienti dimessi dall'ospedale, di quelli che accedono frequentemente al pronto soccorso o di quelli ripetutamente ricoverati
- A sostegno di una miglior **continuità** delle cure e di un razionale ed appropriato utilizzo del pronto soccorso sono da approfondire le esperienze degli ambulatori di continuità assistenziale non solo quelli gestiti dai MMG ma anche, e prevalentemente, quelli gestiti da parte dei medici di Continuità Assistenziale e dai medici Pediatri di Libera Scelta.
- L'accesso alla **specialistica** continua a perseguire due direttrici fondamentali: il governo dei tempi di attesa e la ricerca dell'appropriatezza attraverso il lavoro dei gruppi professionali. La messa in pratica del Programma Attuativo Aziendale elaborato dal Programma Aziendale sul Governo della Specialistica, oltre agli interventi ormai consolidati, prevede di dare impulso ad alcune linee di lavoro innovative: le agende di prestazioni specialistiche dedicate ai Nuclei per le Cure primarie ed una prima sperimentazione delle agende di garanzia per il rispetto dei tempi di attesa.
- Non ultimo per importanza il supporto ai percorsi di accesso da parte dei **sistemi informatici** rappresenta una priorità strategica che va perseguita costantemente. L'informatizzazione verticale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta attraverso una ulteriore implementazione del progetto SOLE, l'integrazione di Cup con il sistema GESI della specialistica, lo sviluppo di GARSIA nell'ambito dell'integrazione socio-

sanitaria ed i collegamenti informatici tra lo sportello sociale e lo sportello unico distrettuale rappresentano precise linee di lavoro.

L'integrazione con la rete ospedaliera, con i Dipartimenti e la gestione del percorso dei pazienti fragili e cronici. Nella logica di sistema richiamata in premessa la gestione del paziente cronico attraverso la filiera assistenziale diventa una priorità strategica.

- In primo luogo si dovrà perseguire una linea di miglioramento quali-quantitativo del percorso di dimissione protetta dall'ospedale al territorio favorendo la crescita delle **Centrali di Continuità Ospedale Territorio (CCOT)**. La centrale coordina e favorisce il percorso di dimissione dall'ospedale verso il territorio. L'allargamento a tutti i reparti ospedalieri del percorso di dimissione protetta, l'utilizzo di software adeguati, la centrale come riferimento dei percorsi assistenziali integrati tra più macrogestioni sono le sfide che ci attendono nei prossimi anni.
- Collegato al tema della dimissione protetta vi è quello delle modalità di accesso dei pazienti in dimissione verso la rete per le **cure intermedie**: assistenza domiciliare, Casa Protetta, RSA, Lungodegenza, Riabilitazione estensiva; di particolare interesse per il Distretto risulta essere la definizione della funzione di postacuzie tardiva come evoluzione della RSA sperimentale di Crevalcore presso la futura Casa della Salute.
- Il distretto partecipa e si pone come elemento di garanzia nel promuovere e favorire le **integrazioni con diversi Dipartimenti** aziendali. Alcune aree di lavoro da sviluppare e perfezionare nel corso del triennio sono: la rete cardiologia da integrare con la rete degli specialisti territoriali ed i MMG, la rete delle Cure Palliative per le ricadute nell'assistenza domiciliare integrata dei pazienti oncologici, la rete ortopedica finalizzata ad una rianalisi territoriale dell'offerta, il progetto "Leggieri" gestito tra Area delle Cure Primarie e Dipartimento di Salute Mentale che vedrà un ampliamento del percorso alla fascia dei minori con il coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta. Di rilievo, e non meno importante, la collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile per un concreto collegamento con le attività del consultorio familiare al fine di agevolare e migliorare i percorsi assistenziali integrati quali il percorso nascita.

La prevenzione come funzione diffusa e la promozione di stili di vita sani. La prevenzione sempre più deve essere considerata come funzione diffusa non più in capo ad un solo dipartimento se pur competente e molto articolato. Le esigenze crescenti di prevenzione sono evidenti e riconosciute in molti settori della programmazione o di intervento: l'approccio preventivo deve coinvolgere a 360 gradi l'intero sistema. Da una prevenzione collettiva e diffusa verso i soggetti sani finalizzata a promuovere corretti stili di vita, ad una prevenzione individuale per i cittadini a rischio di malattie acute a una prevenzione per gruppi specifici di cittadini.

Alcuni importanti percorsi sono già in atto ma vanno mantenuti e perfezionati ricordiamo ad esempio gli **screening** dei tumori femminili e del colon retto per cui ci si prefigge di migliorare il tasso di adesione per aumentarne l'efficacia. L'attuazione delle politiche di prevenzione e promozione dei corretti stili di vita si concretizza in progetti nell'ambito delle **patologie cardiovascolari**, nella prevenzione dell'obesità e delle malattie metaboliche, nel combattere le **dipendenze da alcool e droga** e nel promuovere il **benessere mentale**. E' uno sforzo comune quello di far sì che queste tematiche trovino e sviluppino le integrazioni e sinergie in molte delle politiche presenti in un Piano di Zona e del Benessere Sociale.

TAB 1 Area programmazione sanitaria:

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani X	Anziani X	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

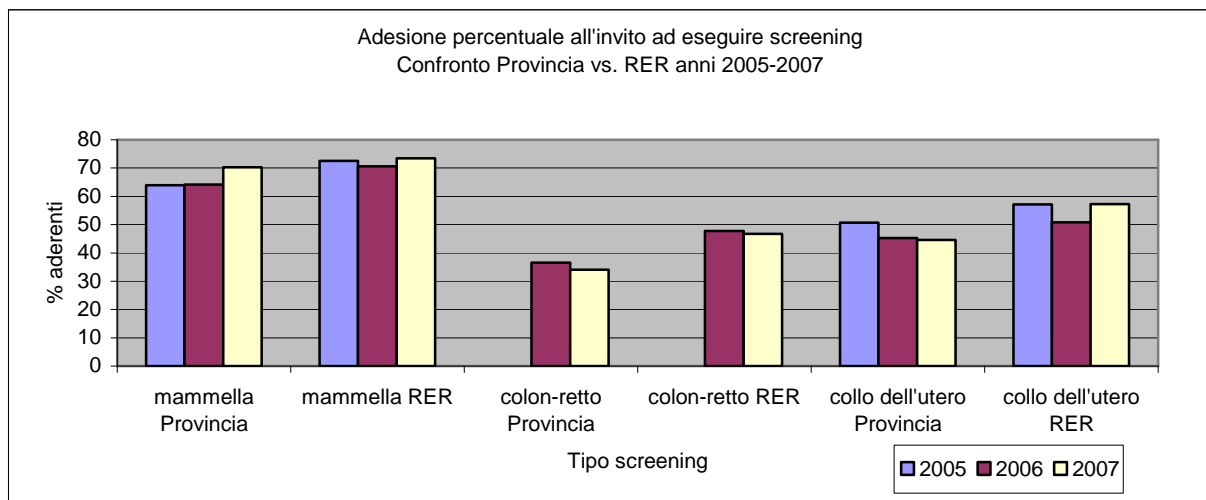
**RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE:
UTILIZZO DI STRUMENTI ORGANIZZATIVI**

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale

Aumento delle adesioni agli screening

Screening tumori

In Provincia sono attivi tre screening: per il carcinoma della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto. I primi due screening sono da più tempo attivi. Lo screening per il carcinoma della mammella negli ultimi ha registrato un costante aumento dell'adesione da parte della popolazione target. Tuttavia resta ancora a livelli inferiori rispetto al valore medio regionale. Lo screening per il carcinoma del collo dell'utero invece pur mantenendo livelli accettabili di adesione ha avuto un calo della stessa nel corso degli ultimi tre anni.



Nota: screening carcinoma colon-retto iniziato tra il 2005 ed il 2006

Probabilmente la minore adesione va imputata in parte al maggior ricorso dell'assistenza a strutture private.

Lo screening per il carcinoma del colon-retto, organizzato da poco, risulta ancora a livelli di adesione bassa ovvero attorno al 35%.

Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali

Sensibilizzare le popolazioni target per promuovere le adesioni agli screening mammografico, al collo dell'utero e del colon retto

Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **

Politiche della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale.

INDICATORI DI RISULTATO***

Aumento delle adesioni agli inviti per gli screening in atto

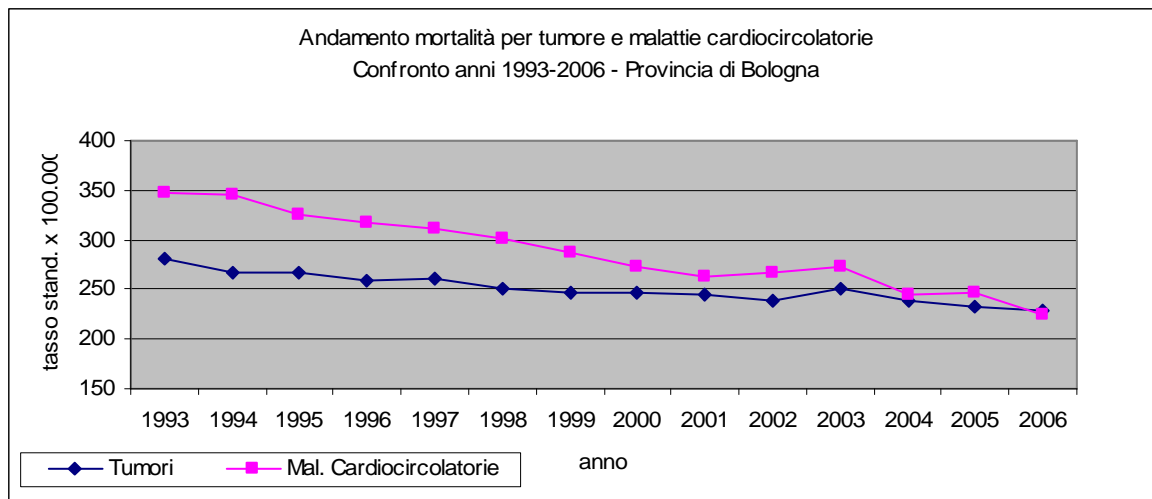
TAB 2: Area programmazione sanitaria

TARGET*								
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze
x	<input type="checkbox"/>	x	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani			Prevenzione			Cura/Assistenza		
x						x		
						<input type="checkbox"/>		

Riferiti all'Integrazione gestionale e professionale:

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte per entrambi i sessi, in tutti gli ambiti della provincia di Bologna
E' evidente come si stia osservando quanto già previsto in passato ovvero il ruolo sempre più importante delle patologie oncologiche nella distribuzione della mortalità.



La mortalità cardiovascolare (ICD IX 401-459) osservata in provincia di Bologna risulta negli ultimi 5 anni disponibili (2002-2006) sistematicamente a valori di tassi inferiori a quelli regionali, ma soltanto negli ultimi tre anni studiati (2004-2006) la differenza tra i due territori è statisticamente significativa.

Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali

Sensibilizzare e promuovere le azioni di "buoni stili di vita" di tipo alimentare e motorio

Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **

politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, della formazione e della scuola

INDICATORI DI RISULTATO***

Diminuzione progressiva nella triennalità della mortalità alla verifica annuale rispetto all'ultimo anno censito per morti dovute a patologie cardiovascolari.

TAB 3 Area programmazione sanitaria

TARGET*								
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze
X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani			Prevenzione			Cura/Assistenza		
X			X			X		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE:
UTILIZZO DI STRUMENTI ORGANIZZATIVI
 Riferiti all'Integrazione gestionale e professionale sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale
<i>Si conferma la tendenza al consumo elevato di alcool e fumo soprattutto tra i giovani.</i>
<i>Forte crescita della "popolazione tossicodipendenti" e della "popolazione alcolodipendenti" a seguito della presa in carico reale nel 2007/2008 degli utenti dei comuni di Anzola e Calderara. "popolazione tossicodipendenti": andamento degli utenti in crescita (2004 97 utenti; 2007 134 utenti, variazione %+38,1) quota di utenti superiore al dato provinciale "popolazione alcolodipendenti": andamento degli utenti in crescita (2004 65 utenti; 2007, 82 utenti, variazione %+26,2); quota di utenti superiore al dato provinciale</i>
Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali
<i>Sensibilizzare e promuovere le azioni di contrasto alle dipendenze da alcool e fumo</i>
Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **
<i>Politiche della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale.</i>
INDICATORI DI RISULTATO***
<i>Tendenziale stabilizzazione progressiva alla verifica annuale del numero dei nuovi utenti censiti dai servizi (sociale e Sert) rispetto agli utenti in carico nel 2008</i>

TAB 4: Area programmazione sanitaria

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input checked="" type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>		
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE: UTILIZZO DI STRUMENTI ORGANIZZATIVI								

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale

- *Tendenza all'aumento dei bisogni di assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale di pazienti fragili e cronici.*
- *Ricerca dell'appropriatezza nei percorsi assistenziali e nelle cure.*
- *Variazione popolazione > 74 anni anni 2003-2007 pari al +12,,6% superiore al dato provinciale (+7,4)*
- *Anziani assistiti da SAD sul totale popolazione >75 pari al 2,8% inferiore al dato provinciale (3,2) ma in progressivo aumento*
- *Tassi di assistenza domiciliare integrata (ADI1,2,3), Programmata (ADP) ed infermieristica in progressivo aumento*
- *Tassi di ospedalizzazione standardizzati*1000residenti: DPO 168,8; AUSL Bologna 177,5; Regione 181,2; Buoni tassi di ospedalizzazione che si associano a buoni tassi di accesso ai PS (DPO 387,96; Ausl Bo 449,86; Regione 344,9) che evidenziano tuttavia un incremento nell'ultimo anno. Consumi di specialistica e farmaceutica sostenuti.*
- *Anziani in dimissione protette sul totale provinciale 2007: N° 330 pari al 24% dato incoraggiante ma ancora migliorabile*
- *Posti convenzionati in strutture residenziali per non autosufficienti su popolazione >75 anni pari al 2,3% (2006) inferiore al dato provinciale (2,6)*

Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali

Garantire assistenza primaria e continuità delle cure a pazienti cronici e fragili attraverso una concreta integrazione della rete dei servizi:

- *Sviluppare i sistemi della presa in carico integrata tra i professionisti della rete;*
- *favorire la continuità dell'assistenza attraverso le strutture della filiera assistenziale*
- *ridefinire la rete dei servizi: sanitari, socio-assistenziali e sociali;*
- *sviluppare i sistemi di governo delle dimissioni protette.*

Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **

Politiche della formazione, politiche dell'innovazione organizzativa, politiche dell'integrazione tra sociale e sanitario di tipo professionale e gestionale, sviluppo delle tecnologie informatiche integrate nella rete dei servizi

Indicatori di Risultato***

- *Incremento del N° delle dimissioni protette da valutare di anno in anno in quota percentuale*
- *Implementazione di percorsi assistenziali integrati (N°e tipologia dei percorsi implementati)*
- *Aumento della % di posti convenzionati su popolazione >75 anni: allineamento ai valori medi provinciali*
- *Definizione della filiera delle cure intermedie: n°posti per accoglienza temporanea (di sollievo e da dimissione protetta ospedaliera)*

TAB 5: Area programmazione sanitaria

TARGET*								
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani X	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri □	Povertà e Esclusione sociale □	Salute mentale X	Dipendenze
FINALITÀ								
Promozione del benessere, dell'integrazione nella comunità e di un cambiamento culturale dell'immagine sociale del disturbo psichico X			Prevenzione □			Cura/Assistenza X		

**RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE:
UTILIZZO DI STRUMENTI ORGANIZZATIVI**

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale

Formazione al lavoro e professionalizzazione di persone con disagio psichico nel campo della comunicazione e produzione artistico-culturale e lotta allo stigma nella collettività e in particolare nei giovani

Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali

Sensibilizzare e promuovere azioni contro il pregiudizio e l'emarginazione sociale delle persone con disturbo psichico per diffondere una cultura della solidarietà

Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **

Politiche della formazione e della scuola, dell'informazione, dell'integrazione e della cultura

Indicatori di Risultato***

- *Numero di utenti coinvolti nei diversi progetti*
- *Miglioramento benessere utenti che partecipano ai diversi progetti*

TAB 6: Area programmazione sanitaria

TARGET*								
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale X	Dipendenze
FINALITÀ								
Promozione di benessere sociale, integrazione e lotta allo stigma X			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza X		

**RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE:
UTILIZZO DI STRUMENTI ORGANIZZATIVI**

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale
<i>rischio di aumento dell'istituzionalizzazione delle persone con disagio psichico quando il nucleo familiare è assente o temporaneamente in difficoltà</i>
Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sensibilizzazione della cittadinanza</i> • <i>Promozione di azioni per ricerca e selezione di famiglie per l'inserimento eterofamiliare (IESA)</i>
Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche **
<i>Politiche dell'integrazione e coesione sociale e politiche di lotta all'emarginazione e allo stigma.</i>
Indicatori di Risultato***
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Numero di famiglie abilitate</i> • <i>Numero di candidati ospiti abilitati</i> • <i>Numero di convivenze effettuate</i>

9. Prospettive di sviluppo logistico strutturale dei servizi socio-sanitari

Lo sviluppo logistico strutturale dei servizi socio-sanitari nel Distretto Pianura Ovest. L'implementazione e l'ammodernamento delle strutture sanitarie finalizzata alla massima integrazione della rete dei servizi e alla fruibilità e sicurezza dei servizi ha rappresentato, negli anni appena trascorsi, un un'importante obiettivo per il nostro territorio; nel triennio 2009-2011 il percorso iniziato continuerà portando a compimento alcuni altri interventi

- Il **Polo Sanitario di San Giovanni in Persiceto** negli anni si è andato sempre più consolidando come area di accoglienza e di risposta per bisogni sanitari e socio-sanitari di primo e secondo livello. L'area sanitaria, comprendente il presidio ospedaliero ed i servizi territoriali, conta un alto grado di affluenza giornaliera sia grazie ad una offerta che progressivamente si va via via completando e stabilizzando, sia per la presenza di efficaci servizi di supporto (parcheggi, punto di ristoro ecc..)

Nel triennio a venire alcuni interventi presso il Polo Sanitario sono in corso di programmazione in particolare la parziale ristrutturazione della palazzina sede della Continuità Assistenziale ed il completamento del piano di Villa Emilia ancora al grezzo che ospiterà l'Azienda dei Servizi alla Persona (ASP).

- Per quanto riguarda il **polo sanitario di Crevalcore** si continua il percorso intrapreso dal 2006 di realizzazione della Casa della salute di Crevalcore, descritto nel capitolo precedente, nel triennio 2009-2011 si intende completare l'integrazione con le altre figure professionali, migliorare le condizioni generali di accessibilità e fruibilità al Polo Sanitario e non ultimo intervenire sulle condizioni di sicurezza degli ambienti di lavoro.
- Il Comune di Anzola, infine, già a far corso dal 2008 ha avanzato la proposta di realizzare un **nuovo Poliambulatorio** di medie dimensioni (1200/1400 metri quadri) sul proprio territorio. La proposta, in corso di valutazione, è stata accolta favorevolmente dal Distretto e dai Medici di Medicina Generale del Nucleo di Cure Primarie di Anzola. La realizzazione consentirebbe di: a) Creare un Nucleo di Cure Primarie Avanzato all'interno della struttura; b) raggruppare tutti i servizi distrettuali localizzati su quella specifica area territoriale; accogliere all'interno della struttura i servizi sociali del comune favorendo l'integrazione tra sportello sociale e sportello distrettuale; sviluppare al massimo le tecnologie di informatizzazione.

10. Obiettivi e Progetti trasversali

- **Sviluppare il sistema informativo ed informatico degli Sportelli Sociali e del Sistema a rete dei Servizi distrettuali.**

Il Progetto triennale prevede il completamento della dotazione software, l'omogeneizzazione delle procedure/modalità d'utilizzo e d'interfaccia per la comunicazione ed il trasferimento dati nel sistema a rete dei servizi distrettuali, la sperimentazione della cartella sociale e sanitaria unica, la formazione degli operatori.

- **Consolidare la struttura dell' Ufficio di Piano distrettuale:**

Il Progetto triennale prevede l'elaborazione e la messa a regime del modello organizzativo e gestionale dell'Ufficio di Piano adeguato alle sue funzioni di supporto alla programmazione, di regolazione e gestione della committenza, di gestione, controllo e rendicontazione delle risorse finanziarie e di coordinamento delle attività per l'attuazione della programmazione distrettuale. Si

prevede, in particolare, d' individuare e dedicare risorse professionali e finanziarie adeguate al modello organizzativo prescelto e mettere a punto il sistema informativo informatico necessario alla programmazione ed al controllo di gestione.

Per quanto concerne le funzioni di coordinamento e di supporto alla governance del Distretto per l'integrazione delle politiche relative alla promozione della Salute e del Benessere sociale, si prevede di elaborare e condividere con tutti i soggetti sociali interessati modalità e metodologie di lavoro che consentano la partecipazione attiva, il lavoro a rete ed un sistema stabile di relazione e di collaborazione con le organizzazioni di Terzo Settore, le Organizzazioni Sindacali, i diversi produttori di servizi, i cittadini e le loro forme di rappresentanza.

- **Consolidare l'Azienda di Servizi alla Persona Seneca**

L'Asp ha iniziato la propria attività nel gennaio 2008. Essa rappresenta il punto di arrivo di un percorso di riorganizzazione dei servizi iniziato molto tempo prima.

Nel corso del triennio 2009-2011, completata la fase di avvio nella quale si è convenuto di continuare ad applicare i regolamenti e le carte di servizio e gli atti normativi adottati dai precedenti gestori dei singoli servizi, l'ASP, attraverso il consolidamento dei gruppi di lavoro Comuni/ASP e AUSL e la prosecuzione dell'attività dei tavoli tecnici, potrà approvare la carta della qualità dei servizi. Essa recherà gli standard di qualità e di quantità relativi alle prestazioni erogare e prevederà un sistema di monitoraggio permanente del rispetto dei parametri individuati svolto anche con la partecipazione delle associazioni di consumatori.

In conformità alle indicazioni del piano di trasformazione aziendale l'ASP si doterà di un sistema di qualificazione dei servizi che consenta di orientare l'organizzazione e le persone che vi operano verso obiettivi comuni e ottimizzare le risorse disponibili. Tale risultato potrà essere ottenuto anche grazie all'ascolto degli utenti e degli altri *stakeholders*, all'adozione di sistemi di monitoraggio dell'efficienza e dei livelli di qualità indicati nella carta dei servizi e il miglioramento della comunicazione con gli utenti e con i portatori di interesse.

Terzo tema su cui focalizzare l'attenzione e l'attività dell'ASP, tema collegato ai precedenti e come tale completamento logico del percorso di consolidamento dell'attività dell'ASP, è quello dell'accreditamento dei servizi gestiti dalla stessa.

L'Istituto dell'accreditamento si pone la finalità di garantire che l'erogazione dei servizi fornisca adeguate risposte sia dal punto di vista qualitativo che sotto il profilo quantitativo ai bisogni della popolazione e diviene il modello di selezione dei gestori di servizi socio assistenziali sanitari. L'accreditamento transitorio dei servizi gestiti dall'ASP, che rappresenta una facoltà e non un obbligo, potrà rappresentare un processo graduale e progressivo di attuazione dell'accreditamento definitivo.

TAB.1: Progetti Trasversali

TARGET*								
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenz a	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenz e
x	x	x	x	x	x	x	x	x
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani			Prevenzione			Cura/Assistenza		
x						x		

OBIETTIVI TRIENNALI RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE:

- **Sviluppare il sistema informativo ed informatico degli Sportelli Sociali e del Sistema integrato dei Servizi distrettuali:**
 - avviare percorsi funzionali per l'integrazione della rete degli Sportelli sociali con quella degli Sportelli unici distrettuali
 - individuare gli strumenti di comunicazione e condivisione via web tra Ausl, Comuni ed Asp,
 - promuovere la formazione congiunta degli operatori di area sociale e sanitaria per l'elaborazione dei percorsi di accesso integrato.
- **Consolidare la struttura dell'Ufficio di Piano del Distretto Pianura Ovest**
 - Elaborare e mettere a regime il modello organizzativo e gestionale dell'UdP coerente con le funzioni di supporto alla programmazione, gestione, coordinamento, controllo e rendicontazione delle attività del Piano distrettuale.
 - Sviluppare un sistema stabile di relazione e collaborazione con le organizzazioni di Terzo settore, le Organizzazioni sindacali, i cittadini e le loro forme di rappresentanza.
- **Consolidare l'Azienda di Servizi alla Persona (ASP) Seneca**
 - Partecipare ai tavoli tecnici integrati con Comuni e Ausl
 - Elaborare ed adottare la Carta della Qualità dei Servizi
 - Sviluppare il processo d'Accreditamento.

INDICATORI DI RISULTATO***

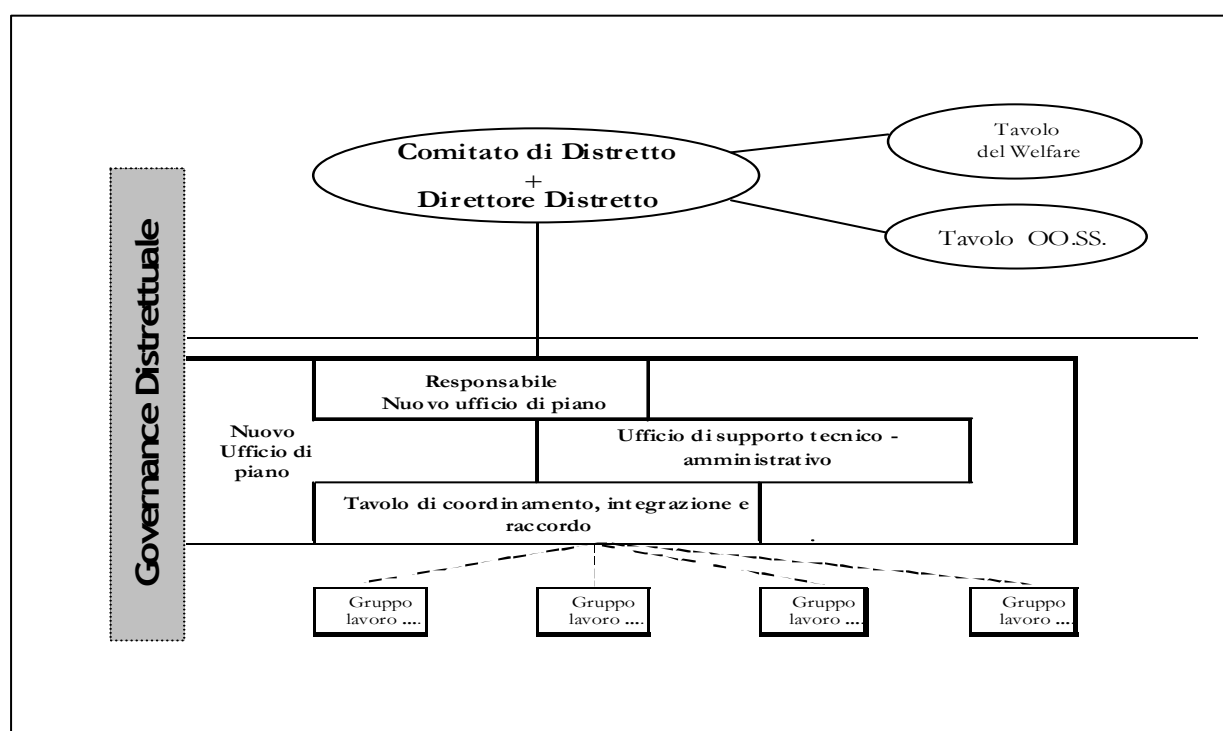
Vedere indicatori specifici del programma attuativo 2009

CAPITOLO 4: Linee d'integrazione delle politiche.

Il sistema di governance per l'integrazione delle Politiche per la Salute ed il Benessere sociale:

Il Distretto Pianura Ovest ha condiviso ed adottato, con il proprio Atto d'indirizzo e Coordinamento triennale, l'approccio integrato alle politiche per la salute ed il benessere sociale delle persone, delle famiglie e dell'intera Comunità, ed intende svilupparlo secondo il criterio della gradualità progressiva e della valorizzazione di quanto fino ad oggi già realizzato.

Il sistema di governance territoriale è di seguito rappresentato:



In base alle linee d'indirizzo distrettuale, i tavoli/gruppi di lavoro tematici, composti in modo integrato con le professionalità e le funzioni proprie di ciascun ambito, sviluppano le progettazioni integrate e/o le azioni di coordinamento e raccordo fra diverse Aree d'intervento.

Il Comitato di Distretto si connota sempre più come il luogo delle relazioni interistituzionali e del governo dell'insieme delle politiche al servizio della Comunità locale, secondo un approccio unitario, partecipativo e comunitario, che guarda ai bisogni dei cittadini, ma anche alle risorse che nel contesto territoriale possono concorrere ad offrire risposte adeguate.

In coerenza con un tale assunto, la programmazione sociale e sanitaria triennale della Pianura Ovest si è confrontata, fin dal suo avvio, con le altre politiche che influenzano salute e benessere sociale della popolazione, partendo dalle informazioni e dei dati relativi al Profilo di Comunità che analizza la struttura demografica della popolazione per età, genere, provenienza, composizione familiare e sociale, stili di vita, natalità, mortalità e speranza di vita.

La conoscenza puntuale della domanda espressa e soddisfatta relativamente ai diversi ambiti d'intervento così come l'approfondimento sul capitale sociale, le principali tendenze e criticità

faranno da sfondo, nel triennio, alla programmazione integrata delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie ed allo sviluppo dell'interazione con le altre politiche.

In particolare:

- Con le politiche per la Formazione ed il Lavoro: per sviluppare azioni sinergiche fra Servizi sociali, Centri per l'impiego, Sportelli lavoro, Centri di Orientamento e di Formazione, Associazioni di categoria, Imprese for e non profit, a favore dell'inserimento lavorativo delle fasce deboli di popolazione, con particolare riferimento ai giovani, alle donne immigrate, ai diversamente abili, ai soggetti espulsi dal mercato del lavoro anche a seguito della forte crisi congiunturale.
- Con le politiche di genere e di pari opportunità: per affrontare i temi dalla salute, della prevenzione e della promozione di stili di vita sani, con approccio attento alle differenze di genere, di generazione ed in chiave interculturale; per prevenire e contrastare fenomeni e forme di violenza, prevaricazione e discriminazione.
- Con le politiche per l'ambiente: per potenziare la cultura del risparmio energetico, della raccolta differenziata dei rifiuti, per prevenire e contrastare la diffusione degli inquinanti ambientali
- Con le politiche urbanistiche, abitative, della mobilità: per raccordare le azioni di sostegno economico all'affitto, la regolamentazione degli accessi al patrimonio di edilizia residenziale pubblica, gli interventi di superamento delle barriere architettoniche e di sostegno economico per l'adattamento domestico; per promuovere interventi a favore della mobilità sostenibile, con riferimento alla mobilità delle persone disabili e non autosufficienti.
- Con le politiche della sicurezza e per la coesione sociale, per potenziare la prevenzione ed il contrasto agli incidenti ed agli infortuni, nei posti di lavoro, negli ambienti domestici e nelle strade; per sostenere l'associazionismo ed il volontariato locale e le forme di partecipazione attiva della cittadinanza alla vita pubblica, per sviluppare azioni di prossimità verso la popolazione socialmente più fragile, per sostenere la qualità delle relazioni sociali e la convivenza civile.

CAPITOLO 5: **Integrazione gestionale e professionale**

L'attivazione degli Sportelli sociali in ogni Comune del Distretto ha contribuito a svolgere una funzione di integrazione degli accessi al sistema dei servizi sociali omogeneo su tutto il territorio della Pianura Ovest.

Nel prossimo triennio, attraverso il coordinamento sistematico tra gli Sportelli sociali e degli Sportelli unici distrettuali (cup), s'intende arrivare alla condivisione di un progetto unitario che raccordi e garantisca coerenza fra tutti gli interventi individualizzati di natura assistenziale, socio-sanitaria e sanitaria.

L'adozione di un sistema informativo-informatico integrato per la gestione di tutte le fasi procedurali dell'accesso, già sperimentato ed in uso per la gestione della rete dei servizi per anziani, completerà l'articolazione organizzativa dei servizi.

L'ulteriore strumento, individuato come essenziale per assicurare integrazione e continuità dei processi assistenziali è l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) ovvero il luogo in cui vengono contemporaneamente esaminate da punti di vista professionali differenti le varie dimensioni del bisogno. Nel triennio l'UVM diverrà l'unità di valutazione di tutte le tipologie di bisogno nelle differenti fasce di età.

La costituzione dell'ASP Seneca, già dal gennaio 2008, ha rappresentato per il territorio della Pianura Ovest, un'importante occasione di rilettura della rete dei servizi presenti nel Distretto per innovare i processi d'integrazione fra gli Enti Locali, l'Azienda Usl con la nuova Azienda di Servizi alla Persona. Nel triennio si andrà a consolidare il sistema di relazioni che vede coinvolti i Comuni, con funzioni di programmazione e governo del sistema locale dei servizi, e l'ASP, titolare della produzione dei servizi.

CAPITOLO 6: Monitoraggio e Valutazione:

In vista delle indicazioni regionali sul sistema di monitoraggio e valutazione delle programmazioni zonali i Distretti della Provincia di Bologna, in accordo con l'Amministrazione provinciale , concordano nell'attivare un tavolo di coordinamento e raccordo sul tema, composto dai referenti degli Uffici di Piano provinciale e distrettuali, per predisporre strumenti, criteri e metodologia di valutazione condivisa, così come definito nell'ambito del Progetto sovrazonale "Azioni di supporto alla raccolta, elaborazione ed analisi dati in ambito sociale e socio-sanitario a supporto delle funzioni della CTSS.

CAPITOLO 7:

Orientamenti per la programmazione finanziaria

La situazione di forte incertezza sull'ammontare delle risorse a disposizione del triennio 09-11 rende particolarmente difficile la definizione degli orientamenti per la programmazione finanziaria dei Piani di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale.

Il Distretto Pianura Ovest s'impegna a garantire la continuità dei servizi e degli interventi considerati "basilari", pur in assenza di precise indicazioni sui livelli d'assistenza, ricercando costantemente l'economia di scala, le possibili ottimizzazioni gestionali, ed la progressiva omogeneizzazione dei criteri di offerta ed erogazione dei servizi dei diversi ambiti d'intervento.

In particolare, per quanto riguarda la programmazione delle risorse finanziarie del Fondo Regionale della Non Autosufficienza, s'intendono garantire, attraverso la programmazione concertata a livello distrettuale, i principali interventi a favore della popolazione anziana e disabili, in attuazione ai piani triennali dedicati.

Per quanto riguarda la programmazione del Fondo sociale locale, s'intende sostenere al continuità delle progettazioni in essere e – dove possibile – introdurre le innovazioni concertate con i diversi soggetti sociali coinvolti.

Il Distretto Pianura Ovest sarà impegnato nel triennio ad attivare il sistematico monitoraggio della spesa, adottando strumenti condivisi di controllo di gestione per il rispetto degli obiettivi e del budget assegnato annualmente.