

FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

In riferimento ai bisogni della propria comunità, da tempo la governance territoriale si è organizzata attorno alla dimensione del Nuovo Circondario Imolese – NCI (Unione dei Comuni che comprende i Comuni di Borgo Tossignano, Casalfiumanese, Castel del Rio, Castel Guelfo di Bologna, Castel S. Pietro Terme, Dozza, Fontanelice, Imola, Medicina e Mordano, istituita nel 2004 dalla Legge regionale n. 6), coincidente territorialmente con la dimensione dell'AUSL di Imola, dell'unico Distretto sociosanitario di Imola, dell'Azienda Servizi alla Persona Circondario Imolese, del Distretto dell'Istruzione, del Centro per l'impiego.

Le linee programmatiche di mandato approvate dall'Assemblea Nuovo Circondario Imolese il 15 settembre 2014, secondo l'art. 21 dello Statuto dell'Ente, all'inizio del terzo mandato amministrativo quinquennale (2014-2019) confermano la gestione associata per la Programmazione sociosanitaria attraverso l'Ufficio di Piano, a cui aderiscono tutti i Comuni con convenzione a tempo indeterminato. Nello steso atto è stato ripreso il Programma per il riordino delle forme di gestione dei servizi sociali e socio-sanitari previsto dall'art. 8 della Legge Regionale 26 luglio 2013, n. 12, approvato con atto deliberativo n. 7/2014 – aggiornato con successiva delibera n. 15/2014 – dalla Conferenza dei Sindaci del Nuovo Circondario Imolese.

Tale programma conferma l'istituzione dell'Azienda Servizi alla Persona Circondario Imolese effettuata il 1° gennaio 2008, cogliendo l'occasione del vincolo alla trasformazione delle IPAB. Le vicende legate alla trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di Servizi alla Persona si intersecano con quelle, più generali, dell'individuazione della modalità più idonea per la gestione integrata dei servizi sociali nell'ambito territoriale del Nuovo Circondario Imolese. Il processo di trasformazione fu interpretato come un'opportunità per provvedere al riordino delle modalità di erogazione delle prestazioni sociali e sociosanitarie da parte dei diversi Comuni facenti parte del Nuovo Circondario Imolese e sostenere, anche sotto il profilo gestionale, la decisione di unificare l'esercizio delle funzioni di indirizzo e programmazione in materia di politiche ed interventi in area sociale ad essi spettanti. La scelta di un'unica ASP fu favorita, oltre che da valutazioni di economicità, anche dal fatto che l'ambito del Nuovo Circondario Imolese è lo stesso dell'Azienda USL di Imola e dell'unico Distretto che la costituisce. La funzione di regolazione, programmazione, governo e verifica dei servizi, con la sottoscrizione dell'Accordo, ai sensi dell'art. 11, comma 1, della L. R. 6/2004, tra i Comuni del Circondario Imolese, la Provincia di Bologna e la Regione Emilia-Romagna per l'unificazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria presso l'Azienda U.S.L. di Imola e della Giunta del Nuovo Circondario Imolese, decorrente dall'1.02.2006, era stata attribuita alla Giunta suddetta ed era stato istituito un apposito Ufficio di supporto. Successivamente, con Deliberazione n. 61 del 27/09/2016 "DGR 1442/2016 "Disciplina della composizione, funzioni e modalità di funzionamento della CTSS Metropolitana di Bologna" – presa d'atto" la Conferenza dei Sindaci ha preso atto dell'intervenuta decadenza della CTSS di Bologna e della CTSS del Circondario Imolese alle quali, a seguito dell'adozione della DGR n. 1442/2016, è subentrata la CTSS Metropolitana di Bologna e ha dato atto che, in attuazione di quanto previsto dall'art. 61 comma 2 della LR 13/2015, le funzioni di Comitato di Distretto, per la parte degli enti locali, continuavano ad essere svolte dalla Conferenza dei Sindaci quale organo avente come componenti tutti i Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito distrettuale di riferimento.

L'esperienza di questi anni ha dimostrato e confermato che il Distretto è l'ambito ottimale anche del nostro territorio.

La scelta fatta nel 2008 di un unico soggetto pubblico gestore dei servizi sociali sociosanitari pubblici del Distretto è stata via via confermata e fa parte del più generale "1° Patto territoriale dello sviluppo del Circondario" stipulato dai 10 Comuni del territorio. A seguito dell'approvazione della L. R. 12/2013, la Conferenza dei Sindaci ha inteso ribadire che la propria visione strategica relativamente al sistema locale dei servizi sociali e sociosanitari richiede un rafforzamento della titolarità delle funzioni di governo e regolazione in capo ai Comuni che, coerentemente con l'esperienza fin qui strutturatasi e con il processo di riordino istituzionale avviato con la L. R. 21/2012, permetta di assicurare percorsi di razionalizzazione e innovazione gestionale nell'ambito dell'indispensabile integrazione sociosanitaria, per affrontare le esigenze degli utenti e garantire sostenibilità alla gestione pubblica in un periodo di grande difficoltà sia

economica che sociale. La Conferenza ha ritenuto che la L. R. 12/2013 offrisse gli strumenti per procedere ad una riorganizzazione del sistema pubblico dei servizi che, mantenendo ferma la separazione della funzione di governo dalla funzione di erogazione e senza alterare l'equilibrio già raggiunto tra produttori pubblici e privati per effetto dell'accreditamento, avesse l'obiettivo di accompagnare Comuni e AUSL nell'impegno rivolto a contenere i costi amministrativi e organizzativi per non dover ridurre i servizi e le prestazioni ai cittadini. Vista la Legge Regionale n. 12 del 26/07/2013 ad oggetto "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di azienda Pubbliche di Servizi alla Persona", gli Enti Soci hanno precisato di continuare ad avvalersi di ASP come ente strumentale anche per le attività di Servizio sociale territoriale, incluso lo Sportello sociale, riservandosi l'esercizio delle funzioni di regolazione ed indirizzo.

E' in corso l'approvazione della modifica statutaria proposta dall'Assemblea riguardante la semplificazione dell'Assemblea dei Soci di ASP che, attualmente, comprende i 10 comuni e il Nuovo Circondario Imolese. La Regione, infatti, prescrive che l'Assemblea dei soci sia composta dai rappresentanti degli enti locali soci o, in luogo di essi, dai rappresentanti delle Unioni di Comuni laddove operanti nell'ambito di riferimento. A tale proposito il Nuovo Circondario, nella logica della semplificazione voluta dalla legge, è intenzionato a fungere da unico Socio di ASP ed esercitare le sue funzioni attraverso la Conferenza dei Sindaci.

La Giunta del Nuovo Circondario Imolese, con Deliberazione n. 29 del 19.11.2014 "Approvazione convenzione tra Nuovo Circondario Imolese e Azienda USL di Imola per la costituzione dell'Ufficio di supporto alla CTSS e di piano per la salute e il benessere sociale (USEP)" ha ribadito e rinforzato l'aspetto di integrazione della Politiche sociali e sanitarie attraverso la struttura tecnica dell'Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano precisando che "per semplificare l'amministrazione territoriale, ai fini di supportare le funzioni di programmazione e governo dei servizi sociali e socio sanitari del territorio, nel Programma per il riordino delle forme di gestione, di cui alla Legge Regionale n.12 del 2013, il Nuovo Circondario Imolese ha scelto di affidare all'Ufficio di Supporto e di Piano anche la valenza di supporto tecnico alla programmazione in materia sociale come da Programma di riordino approvato dalla Conferenza dei Sindaci e dall'Assemblea del NCI".

Come già descritto, si è già adempienti alla indicazione regionale di istituire un unico Servizio sociale territoriale di ambito distrettuale.

Per quanto concerne il Distretto dell'Istruzione, è in atto da tempo, ed è di recente stato rinnovato, l'"Accordo di programma per la qualificazione e l'innovazione dell'offerta formativa e del rapporto scuola-territorio nel Circondario imolese", siglato fra Nuovo Circondario Imolese, i 10 Comuni che lo costituiscono, l'Ufficio Scolastico Regionale, le Istituzioni Scolastiche ed Enti di formazione professionali accreditati dalla Regione Emilia Romagna per la realizzazione dei percorsi triennali di istruzione e formazione professionale compresi nell'ambito territoriale del Circondario Imolese, la Federazione Italiana Scuole Materne – FISM Bologna, il Tavolo di coordinamento delle Associazioni imprenditoriali del territorio imolese. Tale Accordo prevede, fra l'altro, di dare continuità alla positiva l'esperienza realizzata dal CISS/T- Centro Integrato Servizi Scuola/Territorio, struttura integrata e avanzata che, sul nostro territorio, sostituisce il Distretto dell'Istruzione. Lo stesso Accordo prevede, fra le attività di pertinenza, di "collaborare con gli organismi e i tavoli di lavoro del Piano per la Salute e il Benessere Sociale del Nuovo Circondario Imolese". Il CISST è collocato nella sede del Nuovo Circondario Imolese, stessa sede dell'Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano.

Nella medesima costruzione si trova il Centro per l'Impiego: la logistica, la pratica del lavoro integrato da antica data, la competenza delle persone, ha permesso di potenziare l'integrazione anche delle politiche del lavoro, in ultimo in ordine all'attuazione della L. R. 14/2015.

SCELTE STRATEGICHE E PRIORITA'

La programmazione territoriale, ai vari livelli, è stata ricondotta prioritariamente ai tre obiettivi generali indicati nella premessa del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017 – 2019:

1) lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà attraverso gli strumenti previsti dalla legislazione nazionale e regionale;

2) orientamento a sostenere l'ambito distrettuale quale nodo strategico dell'integrazione sociale e sanitaria;

3) definizione di obiettivi volti a sviluppare strumenti nuovi di prossimità, obiettivi specifici di integrazione sociale e sanitaria e sviluppo delle Case della salute e/o modelli integrati e multidisciplinari di intervento.

Per quello che riguarda il primo obiettivo, l'organizzazione di questo territorio (un unico Servizio sociale territoriale, un unico Distretto, un unico Centro per l'Impiego, con territori coincidenti) ha favorito gli accordi per una progettazione che integrasse le misure nazionali (SIA/REI), regionali (RES/L. R. 14/2015) e locali pre esistenti di contrasto alla emarginazione sociale. Le risorse attivabili sono state integrate dalle équipe multidisciplinari che vedono, di fatto, sempre gli stessi operatori incontrarsi e confrontarsi. La filosofia e metodologia di lavoro già pre esistente di inserire gli aiuti economici all'interno di progettazioni individuali concordate con l'utente e verso l'autonomia, ha facilitato la traduzione di quello che prevedeva la normativa nazionale e regionale. I sistemi informativi di utilizzo obbligatorio da parte degli operatori non hanno favorito il raggiungimento degli obiettivi, sia per la scarsa funzionalità che per il rischio indotto di ingessare l'attività in una mera esecuzione delle procedure. Spazi di miglioramento sono previsti. Su questo è concentrata la attività del prossimo triennio, prevedendo formazione a piccoli gruppi integrati di operatori (appartenenti al Servizio Sociale Territoriale di ASP Circondario Imolese, alle tre Unità Operative del Dipartimento di Salute mentale dell'AUSL di Imola e al Centro per l'Impiego), aggregati per competenza territoriale, per declinare con precisione le azioni che sono attivabili e riportare il focus dell'attenzione sul senso vero e pieno dell'iniziativa.

Per ciò che concerne il secondo, si è già detto nel paragrafo "Fotografia del territorio" di come i risultati auspicati dalla Regione (orientamento a sostenere l'ambito distrettuale quale nodo strategico dell'integrazione sociale e sanitaria) siano già stati raggiunti in questo territorio: il territorio dell'Unione dei Comuni (Nuovo Circondario Imolese) e del Distretto socio sanitario è coincidente ed è lo stesso del Servizio sociale territoriale e dell'Azienda Servizi alla Persona.

In riferimento agli obiettivi specifici di integrazione sociale e sanitaria, questo territorio ha sviluppato negli scorsi anni un percorso laboratoriale per gli operatori del Servizio sociale territoriale e dell'AUSL che mirava a rafforzare i percorsi già in essere di valutazione integrata effettuati con l'Unità di Valutazione Multidimensionale (Regolamento approvato congiuntamente da ASP Circondario Imolese e AUSL di Imola), mettendo a disposizione e condividendo strumenti e percorsi preliminari per una funzionale integrazione delle équipe interistituzionali. Come specificato nella Sezione povertà di questo Piano "L'obiettivo definito su base triennale è quello di arrivare ad una effettiva coincidenza delle diverse équipe multidisciplinari, comprensive delle attività delle U.V.M. sociosanitarie, perseguibile anche grazie all'assetto territoriale istituzionale che prevede il confronto continuo tra operatori dei diversi servizi per la valutazione e presa in carico dei cittadini e dei nuclei famigliari". Nella conferma, con una visione innovativa, degli strumenti attualmente utilizzati, rientra la visione delle Casa della salute in quanto fautori di un modello integrato e multidisciplinare di intervento. Si riporta quanto già indicato nella Scheda programmatica specifica. "Nell'AUSL di Imola sono attive 2 Case della Salute, una di tipologia media a Castel San Pietro Terme ed una di tipologia piccola nel comune di Medicina. E' programmata la Casa della Salute grande di Imola ed in corso di realizzazione la Casa della Salute piccola della Vallata del Santerno a Borgo Tossignano. Il progetto/intervento intende sviluppare i seguenti obiettivi:

- Proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate;
- Implementare nel territorio locale le indicazioni regionali della DGR 2128/2017;
- Rafforzare l'assistenza primaria attraverso lo sviluppo della medicina di iniziativa e l'individuazione di strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute;

- Diffondere la cultura del lavoro di equipe ed i modelli organizzativi multi -professionali e interdisciplinari tra gli operatori delle Case della Salute. Ai fini del raggiungimento degli obiettivi sopra descritti, è previsto lo sviluppo delle seguenti azioni:
- Attivare la Casa della Salute della Vallata del Santerno entro l'autunno 2018;
- Attivare la funzione di Accoglienza presso la Casa della Salute programmata di Imola;
- Deliberare il nuovo assetto gestionale ed organizzativo previsto dalla DGR 2128/2016 presso le Case della Salute di Castel San Pietro, Medicina e della Vallata del Santerno, con particolare riferimento alle funzioni Hub/Spoke ed alle aree di intervento previste
- Realizzare gli interventi pianificati per le Case della salute attraverso iniziative di programmazione partecipata e con il coinvolgimento della comunità;
- Promuovere nelle Case della Salute di Castel San Pietro, Medicina, Vallata del Santerno e nella sede internucleo di Imola i progetti di: presa in carico del paziente cronico / RiskER, diagnostica strumentale ECG, spirometria, ecografia generalista, lettura integrata del rischio cardiovascolare, educazione terapeutica per gruppi, revisione del modello di continuità assistenziale diurna aziendale."

PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO, VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

La realizzazione di questo Piano si è inserita in percorsi e processi che già, su questo territorio, prevedevano il coinvolgimento dei cittadini e dei soggetti significativi, sia in termini di apporto gestionale che di rappresentanza.

Oltre a progettazioni comunitarie partecipate dei singoli Comuni, sono stati realizzati tre progetti a livello circondariale ("Opera Anziani Mordano", "S. M. A.R. T. Community - Principi, indirizzi, condizioni per la presa in carico di comunità e la cura di beni comuni immateriali quali Solidarietà, Multiformità, Accoglienza, Responsabilità, Tolleranza", "ComunitA'perTe – Dare spazio alla comunità per essere e fare comunità") finanziati con la L. R. 3/2010.

Il Piano regionale prevenzione è esso stesso coinvolgente molti luoghi e soggetti. Il punto di vista dei professionisti è sempre stato considerato anche in fase programmatica un elemento di sottile analisi dei bisogni e delle possibili soluzioni. I risultati di tutto ciò compongono questo Piano di zona.

Nello specifico di questo Piano di zona, per ogni Scheda di programmazione è stato identificato un referente fra i professionisti del sistema pubblico: questi hanno ipotizzato un possibile Gruppo di lavoro composto dai soggetti già coinvolti e da quelli coinvolgibili, comprendendo i referenti dei Progetti del Piano Regionale di Prevenzione e delle Azioni del progetto di partecipazione comunitaria "ComunitA'perTe" attualmente in corso. I componenti l'Ufficio di Piano hanno partecipato al Corso di formazione regionale specifico sul metodo de Community Lab ed è stata identificata l'azione da condurre con questa modalità. I Gruppi di lavoro sono stati intesi, per definizione, aperti a ulteriori integrazioni di partecipanti e di ciò si è data massima diffusione possibile attraverso una serata aperta al pubblico e i mezzi di comunicazione più in uso (comunicati stampa, siti del Nuovo Circondario Imolese e dell'AUSL di Imola) fornendo indirizzo e – mail di ogni singolo referente, perché potesse essere contattato per lo scopo. I cittadini, singoli o organizzati in gruppi formali, hanno risposto aderendo ai percorsi.

Per tutto il periodo dell'elaborazione del Piano ci siamo detti che questo era un punto di partenza per un modo nuovo di programmare in modo partecipato che non sarebbe terminato con la consegna di questo elaborato, da considerarsi come un primo step, già in fase di evoluzione.

Per il proseguo del triennio ci si propone di procedere per favorire la partecipazione più ampia di questo processo in divenire, secondo le seguenti modalità coordinate e realizzate dall'Ufficio di Piano:

1) continuare l'attivazione di percorsi di partecipazione comunitaria secondo il metodo del Community Lab, come indicato dalla Regione

2) continuare nell'attivazione della partecipazione della comunità professionale, convocando periodicamente il gruppo dei referenti delle Schede di programmazione

3) coinvolgere in modo specifico i soggetti gestori di servizi (Associazioni e Cooperative sociali) che operano nel territorio del Nuovo Circondario Imolese nella logica della co progettazione, che funga da stimolo per l'innovatività, la contaminazione e la loro attivazione in ulteriori percorsi comunitari con i cittadini.

L'esito di questa modalità di prosecuzione dei processi fornirà elementi alla Conferenza dei Sindaci del Nuovo Circondario Imolese per identificare eventuali aree prioritarie per le quali condurre un approfondimenti ulteriori prioritari.

Per ciò che concerne la co progettazione in specifico, sarà necessario un approfondimento per la traduzione operativa della più recente normativa a riguardo ("Linee guida regionali sull'affidamento dei servizi alle cooperative sociali", allegate alla deliberazione di Giunta Regionale dell'Emilia Romagna n. 969 del 2016; riforma del Terzo Settore, dell'impresa sociale e del Servizio civile universale approvato dalla Camera in via definitiva il 25 maggio 2016 (l.106/2016), e di seguito attuato con Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117; delibera 20 gennaio 2016, n. 32 dell'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) che approva le Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali, elaborate con riferimento alla disciplina di cui al D. lgs. 12 aprile 2006, n. 163).

Interlocutore consolidato nei processi di partecipazione sono le Organizzazioni Sindacali, nelle interlocuzioni con le quali si fa riferimento al Protocollo d'intesa siglato nel dicembre 2015.

Case della Salute e Medicina di Iniziativa

Approvato

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;

Razionale	I modelli organizzativi delle cure primarie devono prevedere modalità di assistenza multi-professionali e interdisciplinari, che vedono, quali professionisti deputati all'erogazione dell'assistenza primaria, il personale dipendente delle aziende sanitarie e degli enti locali in integrazione con il personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali) presso specifiche strutture. In Emilia-Romagna le Case della Salute traducono empiricamente questo orientamento, ponendosi in continuità ed a completamento del percorso regionale di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria. Nell'AUSL di Imola sono attive 2 Case della Salute, una di tipologia media a Castel San Pietro Terme ed una di tipologia piccola nel comune di Medicina. E' programmata la Casa della Salute grande di Imola ed in corso di realizzazione la Casa della Salute piccola della Vallata del Santerno a Borgo Tossignano.
Descrizione	Il progetto/intervento intende sviluppare i seguenti obiettivi: • Proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate; • Implementare nel territorio locale le indicazioni regionali della DGR 2128/2017; • Rafforzare l'assistenza primaria attraverso lo sviluppo della medicina di iniziativa e l'individuazione di strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute; • Diffondere la cultura del lavoro di equipe ed i modelli organizzativi multi-professionali e interdisciplinari tra gli operatori delle Case della Salute.
Destinatari	Cittadini assistiti dell'AUSL di Imola afferenti ai rispettivi bacini di competenza delle Case della Salute
Azioni previste	Ai fini del raggiungimento degli obiettivi sopra descritti, è previsto lo sviluppo delle seguenti azioni: • Attivare la Casa della Salute della Vallata del Santerno entro l'autunno 2018; • Attivare la funzione di Accoglienza presso la Casa della Salute programmata di Imola; • Deliberare il nuovo assetto gestionale ed organizzativo previsto dalla DGR 2128/2016 presso le Case della Salute di Castel San Pietro, Medicina e della Vallata del Santerno, con particolare riferimento alle funzioni Hub/Spoke ed alle aree di intervento previste • Realizzare gli interventi pianificati per le Case della salute attraverso iniziative di programmazione partecipata e con il coinvolgimento della comunità; • Promuovere nelle Case della Salute di Castel San Pietro, Medicina, Vallata del Santerno e nella sede internucleo di Imola i progetti di: presa in carico del paziente cronico / RiskER, diagnostica strumentale ECG, spirometria, ecografia generalista, lettura integrata del rischio cardiovascolare, educazione terapeutica per gruppi, revisione del modello di continuità assistenziale diurna aziendale.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, ASP, Comitato Consultivo Misto
Referenti dell'intervento	Direttore Distretto, DASS, Direttore DCP, Dirigente Infermieristico responsabile delle Case della Salute, Coordinatori infermieristici delle Case della Salute, Referente clinico aziendale per l'assistenza primaria, Responsabile Unità Pediatrica Cure primarie, Coordinatori CA
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Approvato

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	Il percorso di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera si è orientato e si orienta al perseguimento di maggiori livelli di appropriatezza della risposta ed efficienza nell'uso delle risorse sulla base dei bisogni prevalenti della popolazione (cronicità, multimorbidità), ed in armonia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.
Descrizione	Applicare gli standard nazionali previsti dalla Legge 135/2012 e dal DM 70/2015, contestualizzandoli alla realtà regionale (DGR 2040/2015).
Destinatari	Tutta la popolazione ed i pazienti del Servizio Sanitario Regionale
Azioni previste	Si rimandano i dettagli alle valutazioni che saranno proposte dal Nucleo Tecnico di Progetto appositamente incaricato dalla CTSS.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Aziende Usl di Bologna ed Imola, IRCCS Bologna, AOSP Bologna, Città Metropolitana, Enti locali
Referenti dell'intervento	Nucleo Tecnico di progetto
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità

Approvato

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	Il nuovo PSSR 2017-2019 prevede una specifica scheda attuativa di intervento sul tema dello sviluppo delle Cure Intermedie e del potenziamento della continuità Ospedale-Territorio (rif. DGR 1423/2017). L'Ausl di Imola ha da tempo avviato un processo di potenziamento delle Cure Intermedie, i cui snodi principali sono stati rappresentati dalla: ☐ attivazione, nell'aprile 2014, della Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI) di Castel San Pietro Terme; ☐ riorganizzazione dell'area post-acuzie ospedaliera; ☐ implementazione della gestione transmurale (Ospedale / SRCI / Residenze socio-sanitarie per anziani CRA / Assistenza domiciliare) degli anziani fragili da parte del geriatra ospedaliero; ☐ potenziamento della funzione di riabilitazione estensiva, garantita sia a livello ospedaliero che a livello territoriale all'interno della SRCI. L'Ausl di Imola ha formalizzato nel corso del 2017 (rif. Deliberazione n.106/2017), facendo seguito al percorso portato avanti negli ultimi anni, una collaborazione con l'Università di Bologna (Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - DIBINEM) per lo svolgimento del progetto di ricerca "Qualità e impatto degli Ospedali di Comunità nell'ambito dell'assistenza rivolte a persone anziane e fragili", con l'obiettivo di sviluppare metodi e strumenti per la valutazione della qualità delle Cure Intermedie e dell'assistenza socio-sanitaria, monitorando gli esiti e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali dei pazienti in carico presso le strutture aziendali al fine di costruire reti e percorsi integrati.
Descrizione	Il progetto/intervento intende sviluppare i seguenti obiettivi: 1. Potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio, ottimizzando l'attività di coordinamento del PUA e lo snodo assistenziale rappresentato dalla SRCI. 2. Definire una modalità strutturata per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi di cure intermedie (OsCo e ADI) e degli strumenti di coordinamento/continuità (dimissioni protette). 3. Sperimentare modelli per la valutazione di impatto della SRCI, prevenendo il monitoraggio di indicatori su: -appropriatezza del ricorso ai servizi ospedalieri e territoriali (es. % di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC, % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni, tasso di ospedalizzazione per ACSC) -qualità dell'assistenza erogata in SRCI, in termini di esiti clinici (es. differenziale MBI) e di patient reported outcomes
Destinatari	I pazienti prevalentemente con patologie croniche provenienti da struttura ospedaliera o dal domicilio, con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa.
Azioni previste	Ai fini del raggiungimento degli obiettivi sopra descritti, è previsto lo sviluppo delle seguenti

	azioni: Obiettivo 1 a) Predisposizione/aggiornamento delle procedure aziendali: PUA (revisione procedura 2016) e dimissioni protette (revisione procedura 2012). b) A livello internazionale (in particolare nel Regno Unito) da diverso tempo vengono sperimentati e utilizzati strumenti per la valutazione del bisogno assistenziale dei pazienti, a supporto dell'organizzazione dell'assistenza. Con il supporto di UNIBO e della rete costruita con i colleghi inglesi (Prof. Young, Bradford Institute of Health Research), si prevede di sviluppare un Need assessment tools con l'obiettivo di inquadrare in modo più preciso il motivo della presa in carico in SRCl e facilitare i professionisti nella predisposizione del PAI. Obiettivo 2 a) Un'analisi strutturata dei motivi del ricovero in OsCo può opportunamente supportare l'organizzazione aziendale nella definizione dei criteri di accesso alle strutture. Con il supporto di UNIBO sarà sperimentato il Frailty Score di Roockwood, per l'individuazione delle motivazioni che portano all'ingresso in SRCl. b) Definizione di strumenti operativi a supporto dell'integrazione tra ospedale e territorio: creare strumenti informativi informatizzati (es. relazione di dimissione assistenziale integrata da Osco per territorio/domicilio e viceversa), valutare la fattibilità (ipotesi di progetto) di integrare i programmi informatici (SW) dei vari setting (territorio/ospedale/medicina generale) al fine di avere le informazioni clinico-assistenziali degli utenti presi in carico nella rete delle cure intermedie. Obiettivo 3 a) Con l'obiettivo di sviluppare un cruscotto di indicatori per un monitoraggio strutturato dell'impatto (in termini di appropriatezza e di qualità) della SRCl, sarà attivato un gruppo di lavoro per la definizione degli indicatori, con il supporto di UNIBO. b) L'Ausl di Imola ha partecipato attivamente alla fase di validazione del questionario PREM (Patient Reported Experience Measure) . La raccolta dei PREM sarà strutturata a livello aziendale (entro il 2018), come strumento di monitoraggio della qualità dell'assistenza erogata in SRCl. In considerazione dell'esperienza maturata a livello aziendale, l'Ausl di Imola si propone, con il supporto di UNIBO, per coordinare la sperimentazione di una rilevazione a livello regionale del PREM. c) È stata validata, nell'ambito del medesimo studio, una versione del PREM dedicata ai pazienti in assistenza domiciliare: la rilevazione dell'esperienza dei pazienti sarà estesa, con il coinvolgimento e la collaborazione del Comitato Consultivo Misto (CCM) di Imola, anche a questo ambito, sperimentando la raccolta dei PREM-ADI per i pazienti in ADI. Si prevede di avviare la sperimentazione nel 2019.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Università di Bologna, Associazioni di cittadini/pazienti (attraverso la collaborazione con il CCM)
Referenti dell'intervento	1.a) Dott. Davide Carollo (DIT) 1.b) Dr. Andrea Neri (DMP) e Dott.ssa Sonia Cicero (DASS)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 8

1°: Pubblicazione

Procedura aziendale "PUA" in docweb

Descrizione: Predisposizione

procedura aziendale per la pubblicazione in docweb

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Procedura

ed. 2016 (da aggiornare) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Entro Dicembre 2018

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

2°: Bozza

di Procedura aziendale "Dimissioni Protette" per pubblicazione in docweb

Descrizione: Predisposizione

bozza di procedura per aziendale per la pubblicazione in docweb

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Procedura

ed. 2012 (da aggiornare) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Lavori in corso

- **Obiettivo 2019:** Entro Dicembre 2019

- **Obiettivo 2020:** Da definire

3°: Avvio

sperimentazione

Descrizione: Avvio

sperimentazione per lo sviluppo di un Need

assessment tools

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Collaborazione

con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Entro Dicembre 2018

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

4°: Avvio

sperimentazione

Descrizione: Avvio

sperimentazione del Frailty Score di

Roockwood

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Collaborazione

con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Entro

dicembre 2018

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

5°: Adozione

modello di relazione di dimissione assistenziale integrata

Descrizione: Adozione

modello di relazione di dimissione assistenziale integrata

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Anche

rif. a Procedura aziendale

"Addestramento care-giver" - **Riferita al:** 31/12/2016

- **Obiettivo 2018:** Entro Dicembre 2018

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

**6°: Proposta
di cruscotto**

Descrizione: Definizione

di un cruscotto di indicatori per la valutazione di impatto della SRCI

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Collaborazione

con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Entro Dicembre 2018

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

7°: Raccolta

PREM-OsCo

Descrizione: Messa

a regime della rilevazione a livello aziendale c/o SRCI (report annuale aziendale) e avvio sperimentazione a livello RER

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Collaborazione

con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Lavori in corso

- **Obiettivo 2019:** Entro Giugno 2019

- **Obiettivo 2020:** Da definire

8°: Avvio

sperimentazione PREM-ADI

Descrizione: Avvio

sperimentazione della rilevazione PREM-ADI a livello aziendale

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Collaborazione

con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Lavori in corso

- **Obiettivo 2019:** Entro Dicembre 2019

- **Obiettivo 2020:** Da definire

Budget di Salute

Approvato

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;

Razionale	Il DSMDP, integrandosi con il Terzo settore e ASP, sostiene, dal 2000 la metodologia del budget di salute. Nel 2008, partendo dalla costruzione e realizzazione condivisa tra DSMDP, ASP e Terzo Settore di un evento formativo, è stata sottolineata l'importanza della condivisione del modello a livello sociale e sanitario. Questo lungo percorso, in continua evoluzione, ha visto molti attori coinvolti: servizi, privato sociale, utenti, familiari e società imolese nel suo complesso. La presenza sul territorio imolese di un tessuto sociale ancora sufficientemente coeso e ricco di risorse relazionali continua a rendere possibili modalità di realizzazione dei servizi di salute mentale che si riferiscono ai modelli di salute mentale di comunità e comunità solidale, e che si caratterizzano, dal punto di vista concettuale e pratico, per la centralità della coprogettazione e della cogestione di aree di interventi e di servizi da parte di utenti e familiari, terzo settore, ente pubblico. Gli obiettivi attuali continuano ad essere legati ai principi fondanti: 1) Consolidare ed espandere un modello di intervento per la tutela della salute mentale della popolazione fondato sui principi della partecipazione sociale alla costruzione della salute; 1) Aumentare il coinvolgimento e la partecipazione degli Enti Locali e delle Associazioni; 2) Aumentare gli aspetti legati alla coprogettazione e covalutazione del servizio da parte dei fruitori (utenti e familiari); 3) Condividere e sistematizzare l'area della valutazione degli esiti con tutti i componenti del PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato); 4) Implementare le modalità di scambio esperienziale con UOCMR e ASP al fine di sviluppare l'applicazione della metodologia del BdS negli ambiti della Disabilità e nella risposta ai bisogni della popolazione anziana.
Descrizione	La persona, non più curata in un setting artefatto, riceve un servizio nella propria abitazione, nel suo reale contesto di vita. Questo tipo di intervento parte dai progetti terapeutico-riabilitativi individuali e consente alla persona di poter esprimere un maggiore esercizio del proprio ruolo di cittadino: una maggiore contrattualità, la possibilità di un apprendimento "in vivo", in un setting permanente, in un ambiente facilitante, ovvero nel contesto reale, diffuso, nel quale le diverse abilità della persona devono essere messe in pratica. Consente quindi un livello di supporto e di interventi sempre più individualizzati e flessibili che coinvolgano gli assi dell'abitare, del lavoro e della socialità, toccando aspetti diversi a seconda dei bisogni delle persone: supporto all'abitare, alla fruizione del tempo libero, aiuto alla gestione della salute facilitando il rapporto con i medici di medicina generale, sostegno nella relazione con gli amministratori di sostegno e quindi nella gestione del denaro, aiuto nella ricerca del lavoro, supporto ai percorsi di formazione. La persona viene sostenuta negli atti di vita quotidiana da forme di solidarietà organizzata, che la vede partecipare insieme alle famiglie, agli operatori pubblici e privati, ai volontari. In questa visione l'individuo viene inteso a tutti i livelli dei processi di cura come soggetto sensibile, determinante, risorsa fondamentale.

	Il BdS aumenta la capacità di presa in carico comunitaria, formale e informale, dei bisogni delle persone con disabilità sociale; determinando un aumento delle opportunità di scambio di risorse e affetti costituisce un intervento orientato a produrre un cambiamento del contesto. Prove di efficacia e di impatto nei servizi possono contribuire sia a contrastare i rischi della burocratizzazione e della iper-semplificazione del BdS, che a facilitarne l'estensione ad altri ambiti di intervento: minori e persone con dipendenza all'interno del DSMDP, anziani senza validi supporti familiari o in condizione di fragilità, persone con disabilità.
Destinatari	Destinatari di tali interventi saranno: 1) I cittadini in condizioni di disabilità sociale, concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente, o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la salute che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale. 2) Gli Enti Locali, il Terzo Settore e gli stakeholder per quanto attiene i momenti di confronto e gli eventi formativi.
Azioni previste	• Effettuazione della U.V.M. • Negoziazione del progetto con utente, familiari, ed eventuali altre persone significative • Coprogettazione DSM-DP, ASP e Terzo Settore (Comunità Solidale – Coop Tragitti, Associazioni, Figure Significative, ecc.) Utente, Familiari ed eventuali altre persone significative • Progetto (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato) scritto di durata non oltre l'anno; al termine l'eventuale nuovo progetto deve essere stilato dopo incontri congiunti della nuova équipe di lavoro integrata (DSMDP-Privato sociale) e attraverso una nuova negoziazione di obiettivi, metodi e tempi con utente ed il suo contesto; • Verifica del progetto, scritta, almeno ogni sei mesi; • Firma di utenti e familiari, operatori del Terzo settore, figure significative su Progetti Ter Riab. Individuali; • Discussione del progetto in équipe integrata, DSM-DP e Privato Sociale, almeno una volta al mese con possibilità di allargare l'incontro ad utenti, familiari o persone significative • Somministrazione all'inizio del percorso e successivamente ogni sei mesi, infine al termine, delle scale di rilevazione, Honos, BPRS e VSSS, e di interviste semi strutturate rivolte agli utenti, ai familiari ed agli operatori • Rilevazione delle giornate di degenza ospedaliera in ambito psichiatrico • Organizzazione di eventi formativi rivolti a operatori del DSMDP, ASP, Terzo Settore , utenti e familiari.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015) Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASP, Cooperazione , Associazioni, Utenti, Familiari.
Referenti dell'intervento	Alba Natali Azienda Usl di Imola
Risorse non finanziarie	Supporto abitativo: cooperazione. Supporto all'abitare e alla cura della salute: Organizzazioni di volontariato/ Associazioni; Vicinato. Supporto alla fruizione del tempo libero: Associazioni sportive e culturali.

Totale preventivo 2018: € 246.000,00

- AUSL (Nel 2017€ 216.644 (di cui € 54.753 UOCNPIA - € 13.894 UOCDP)): **246.000,00 €**

Indicatori locali: 8

1°: PTRI

condiviso e firmato

Descrizione: N. PROGETTI SCRITTI, FIRMATI DA TUTTI I SOGGETTI COINVOLTI (UTENTE, FAMILIARI, PERSONE SIGNIFICATIVE, EQUIPE DI LAVORO)/ N Utenti Con PTRI-BdS

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 100% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 100%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%

2°: PTRI,

verifiche semestrali

Descrizione: N VERIFICHE PERIODICHE SEMESTRALI PER OGNI UTENTE CO-PROGETTATE,SCRITTE, FIRMATE DA UTENTE, GRUPPO DI LAVORO, FAMILIARI,FIGURE SIGNIFICATIVE

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 100% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 100%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%

3°: Incontri equipe integrata

Descrizione: N INCONTRI DI EQUIPE INTEGRATA, PER OGNI UTENTE, PER LA STESURA DEL PTRI, RIPROGETTAZIONE, VERIFICA: almeno 2 per anno/ N utenti con PTRI con BdS

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 100% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 100%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%

4°: UVM

Descrizione: N. UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIMENSIONALE (UVM) SVOLTE / N NUOVE ATTIVAZIONI DI PTRI CON BUDGET DI SALUTE

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 100% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 100%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%

5°: Giornate

di degenza in ambiente psichiatrico

Descrizione: N GIORNATE DI DEGENZA IN AMBIENTE PSICHIATRICO durante il decorso del BDS (PRE e POST BdS) per ogni utente con PTRI-BdS

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Rilevate con diminuzione , nell'anno pre/post BdS del 70% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Mantenere la somministrazione e la

analisi dei risultati

- **Obiettivo 2019:** Mantenere la somministrazione e la
analisi dei risultati

- **Obiettivo 2020:** Mantenere la somministrazione e la
analisi dei risultati

6°: Riunioni

mensili equipe integrata

Descrizione: N RIUNIONI IN EQUIPE

INTEGRATA CADENZA MENSILE , PER OGNI UTENTE, PER LA DISCUSSIONE DEL PROGETTO
(DSMDP, PRIVATO SOCIALE, UTENTE, FAMILIARI, FIGURE SIGNIFICATIVE)

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 100% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 100%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%

7°: Eventi

formativi

Descrizione: REALIZZAZIONE

DI EVENTI FORMATIVI CONDIVISI con ASP, TERZO SETTORE, ASSOCIAZIONI: ALMENO UNO
ALL'ANNO

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Almeno un evento

- **Obiettivo 2019:** Almeno un evento

- **Obiettivo 2020:** Almeno un evento

8°: Valutazione

di esito: Scale di Valutazione

Descrizione: VALUTAZIONE DI ESITO:

N SCALE DI VALUTAZIONE (Honos 18; BPRS; VSSS; Interviste semistrutturate) rivolte
a Utenti, Familiari, Operatori.

Somministrate e effettuate almeno una
volta all'anno per ogni singolo utente/ N utenti con percorso di BdS

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Scale

di valutazione ed interviste effettuate, nei tempi previsti, a tutti coloro che
hanno dato il consenso - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Mantenere la somministrazione e la
analisi dei risultati

- **Obiettivo 2019:** Mantenere la somministrazione e la
analisi dei risultati

- **Obiettivo 2020:** Mantenere la somministrazione e la
analisi dei risultati

Riconoscimento ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, sanitari e sociosanitari

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	La promozione di attività rivolte al caregiver nell'AUSL di Imola prosegue sia in riferimento alle indicazioni della normativa sia agli obiettivi del PRP 4.2 La mappatura già effettuata degli interventi in essere sarà completata con la ricognizione delle attività esistenti e delle eventuali nuove disponibilità a carico dei partners territoriali. Il sostegno al caregiver familiare sarà realizzato implementando le attività di addestramento e informazione dedicate e promuovendo iniziative per il benessere.
Descrizione	Gli obiettivi relativi al progetto sono : a) individuazione e coinvolgimento stakeholders del territorio b) promozione iniziative per il benessere del caregiver c) promozione dell'informazione dedicata d) Implementazione della Procedura e predisposizione di pacchetti addestramento specifici e monitoraggio
Destinatari	Caregiver familiari/famiglie e persone accudite
Azioni previste	a) Incontri preliminari per ricognizione seguiti da incontro con tutti i partners b) ascolto nei punti di accoglienza e orientamento all'offerta c) Addestramenti e supporto educativo ai cg e verifiche periodiche d) implementazione della Procedura e predisposizione pacchetti di addestramento specifici comprensivi di monitoraggio
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASP, Terzo settore, Consulta del volontariato, Patronati, Cooperazione, Sindacati, Associazioni di categoria, Enti locali, Fondazioni, altri soggetti
Referenti dell'intervento	Alessandra Cenni, Simonetta Stanzani, Gabriella Caprara
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Progetto di vita, vita indipendente e dopo di noi. Maggiore sviluppo dei servizi di prossimità per le persone con disabilità

Approvato

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	ASP
Specifica soggetto capofila	ASP Circondario Imolese
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	Perseguire la costruzione di progetti personalizzati nelle modalità di cui all'art. 2 del 23.11.2016, curando processi di lavoro e azioni in rete finalizzati a costruire soluzioni organiche e coerenti con obiettivi di empowerment delle persone disabili e delle loro famiglie
Descrizione	La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge 18/09 rappresenta il principale punto di riferimento riconosciuto dalla comunità internazionale per la programmazione delle politiche a favore delle persone con disabilità, che va pertanto preso a riferimento anche nella programmazione regionale e locale del settore sociale e sanitario. In merito alle attività di abilitazione e riabilitazione la Convenzione prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita
Destinatari	Persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima.
Azioni previste	Favorire la partecipazione e l'ascolto dei desideri e dei bisogni espressi dalle persone disabili e dai loro familiari (o di chi giuridicamente li rappresenta) estendendo l'approccio anche ai giovani prossimi alla maggiore età coerentemente al protocollo per la continuità delle cure; formulare i progetti personalizzati nell'ottica del "budget di progetto" capace di indicare la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, strumentali, professionali e umane atte a garantire la piena fruibilità dei sostegni indicati per qualità, quantità ed intensità nel progetto personalizzato. Sviluppo di percorsi di accompagnamento all'autonomia, di rinforzo delle competenze e delle abilità di vita quotidiana, sviluppo di programmi di sostegno alla domiciliarità e all'inclusione sociale: rafforzare gli interventi mirati a sviluppare competenze nelle aree della cura di sé, della mobilità, della comunicazione e della gestione della vita quotidiana, introducendo progetti personalizzati ad impronta socio-educativa, validati in UVM e attuati secondo l'approccio metodologico di Vita Indipendente. Estensione delle esperienze extrafamiliari o di supporto alla domiciliarità in ambienti esterni alla famiglia, propedeutiche ai percorsi DOPO DI NOI: sviluppo e ampliamento della progettualità di week end in appartamenti palestra nelle zone di Medicina, Imola e Castel San Pietro Terme; partecipazione a laboratori o attività diurne mirate ad accrescere gli spazi di vita autonoma secondo una intensità di assistenza/supervisione educativa decrescente ; dare continuità alla consulenza pedagogica della Fondazione Dopo di Noi. Accoglienza temporanea o in emergenza in soluzione abitative extra familiare , con lo scopo di favorire anche occasioni di respiro ai famigliari: accoglienza in gruppo appartamento o forme

	analoghe di abitare assistito per brevi periodi atti a sperimentare forme più durature di uscita permanente dalla famiglia, in situazione di insufficienza della risposta di assistenza domiciliare. Sostenere l'attività di informazione, sensibilizzazione e consulenza in materia di amministrazione di sostegno: partecipare al tavolo di coordinamento di area metropolitana per la diffusione di linee di intervento omogenee nel territorio e facilitare i rapporti con il giudice Tutelare; promuovere la sensibilizzazione e la consulenza verso utenti, famiglie, operatori dei Servizi, Associazioni, volontari, favorendo l'accesso allo Sportello SOStengo collocato presso ASP; diffondere a livello locale le iniziative di informazione promosse a livello sovra distrettuale.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL di Imola (Unità Operative medicina riabilitativa, Dipartimento Cure primarie, Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza, Psichiatria Adulti), Istituzioni scolastiche, enti gestori di servizi domiciliari, residenziali o semiresidenziali o per l'inclusione sociale, associazionismo, Fondazione Istituzioni Riunite, Fondazione Dopo di noi Bologna, Centro Minguzzi, Ufficio di Supporto e di Piano Nuovo Circondario Imolese
Referenti dell'intervento	Laura Barelli ASP Circondario Imolese
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 95.962,00 (esclusa compartecipazione utenti: € 87.322,00)

- Compartecipazione utenti: **8.640,00 €**
- Altri fondi regionali : **70.000,00 €**

Risorse comunali: **17.322,00 €** di cui:

- ASP/Comuni per quote ad hoc: **17.322,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	La L. 38/10 ha definito principi e norme volte a garantire un'assistenza qualificata ed appropriata al paziente che necessita di cure palliative, rivolgendo specifica attenzione anche al paziente in età pediatrica e affidando al modello organizzativo a rete il compito di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. La rete di cure palliative permette di assicurare le migliori sinergie tra i diversi setting (nodi della rete) in tutto il percorso assistenziale. La Regione ha riorganizzato la rete locale di cure palliative (DGR 560/15) e ha definito i criteri di accreditamento della rete stessa (DGR 1770/16). Presso l'AUSL di Imola la rete delle cure palliative ha la seguente organizzazione: il nodo domicilio è rappresentato da 5 Nuclei di Cure Primarie (sede inter-nucleo di Imola, Vallata del Santerno, Castel S. Pietro Teme e Medicina), presso la Casa della Salute di Castel S. Pietro T. sono presenti l'ambulatorio di Cure Palliative e un Hospice territoriale di 12 posti letto, presso il Presidio ospedaliero di Imola è presente un servizio di Oncologia ospedaliera con letti ordinarie e attività di Day Service. Il coordinamento della rete è affidato ad un medico oncologo palliativista. E' stato individuato un referente medico pediatra per l'area delle cure palliative pediatriche.
Descrizione	Il progetto/intervento intende sviluppare il seguente obiettivo: Strutturare e coordinare il processo di sviluppo della Rete Locale Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche
Destinatari	Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa e sofferenza fisica, psicologica, spirituale e loro caregiver/famiglie
Azioni previste	Ai fini del raggiungimento degli obiettivi sopra descritti, è previsto lo sviluppo delle seguenti azioni: - Deliberare l'organismo tecnico di coordinamento della Rete ed il suo coordinatore ed il gruppo tecnico delle cure palliative pediatriche; - Definire percorsi organizzativi che si realizzano dalla segnalazione del caso fino all'exitus per garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva o cronica, per ogni età ed in ogni luogo di cura; - Effettuare divulgazione e informazione verso i cittadini sulle Cure Palliative attraverso l'elaborazione della Carta dei Servizi; - Valutare la performance della Rete attraverso la definizione e la valutazione di indicatori di monitoraggio e l'organizzazione di audit clinici ed organizzativi.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, medici assistenza primaria, terzo settore
Referenti dell'intervento	Responsabile Rete cure palliative
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: Divulgazione e informazione verso i cittadini sulle Cure Palliative attraverso l'elaborazione della Carta dei Servizi

Descrizione: Elaborazione

della Carta dei Servizi aziendale della Rete delle Cure palliative

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** No

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

Umanizzazione della pena, reinserimento delle persone in esecuzione penale.

Approvato

Riferimento scheda regionale

8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;

Razionale	Il territorio del Circondario Imolese non è sede di istituti carcerari tuttavia in linea con il modello di salute mentale di Comunità per adulti e minori che presentino anche difficoltà psichiche vengono costruiti percorsi alternativi alla pena detentiva sulla base di una valutazione multiprofessionale e multidimensionale che portano alla creazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati e che costituiscano possibilità di un reinserimento nel proprio territorio di origine mantenendo la continuità assistenziale. Tale percorsi, di cura ed inclusione sociale, rivolti ad adulti e minori, si sono intensificati sia con la chiusura degli OPG che con l'attuazione degli accordi regionali ("Norme in materia di politiche per le giovani generazioni"), al fine di implementare modalità di cura sempre più radicate nel territorio sia per evitare, in particolare per i minori, lo sradicamento con conseguente rischio di cronicizzazione che per la necessità di una visione bio psicosociale dei fenomeni che prevede la territorializzazione degli interventi e la collaborazione tra i servizi sociali dell'amministrazione della giustizia, degli enti locali e servizi sanitari. Il percorso di cura non può essere separato dagli interventi degli organi di giustizia che richiedono all'autore di reato una posizione attiva nel promuovere concrete attività riparative verso la vittima ed anche verso la sua comunità di appartenenza lungo un percorso che lo veda rielaborare il conflitto e a riconoscere ed elaborare le proprie responsabilità.
Descrizione	Mantenimento ed implementazione dei percorsi condivisi con Autorità Giudiziaria, Centro di Giustizia Minorile, UEPE, ASP, Terzo settore al fine di sviluppare progetti terapeutico riabilitativi individualizzati sul territorio. Tali progetti possono avere caratteristiche di inserimento in Residenze Sanitarie, Educative, Socio Sanitarie ma anche di progettualità domiciliari attraverso l'utilizzo del Budget di Salute. Sviluppo di azioni sul territorio e con gli Enti e le Associazioni coinvolte di azioni di sensibilizzazione e informazione.
Destinatari	Adulti e minori che presentino un disturbo psichico condannati in misura alternativa e/o interessati da provvedimenti giudiziari non detentivi che vivano sul territorio del Circondario Imolese..
Azioni previste	Costruzione condivisa con tutti i soggetti coinvolti di percorsi di informazione, sensibilizzazione e formazione a supporto dello sviluppo di un modello di intervento che si ispiri alla giustizia riparativa.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche Sociali
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUTORITA' GIUDIZIARIA; CENTRO DI GIUSTIZIA MINORILE; ASP; TERZO SETTORE ; CENTRO PER L'IMPIEGO; UTENTI E FAMILIARI.
Referenti dell'intervento	Natali Alba - Azienda Usl di Imola DSMDP

	0542604821- 0542 604825 a.natali@ausl.imola.bo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Medicina di genere

Approvato

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;E;

Razionale	
Descrizione	Adozione dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare
Destinatari	Cittadine e cittadini dei servizi sanitari e sociali Amministratori e amministratrici Operatori e operatrici sanitari, socio sanitari e sociali
Azioni previste	Attivazione gruppo aziendale "Medicina di genere" Partecipazione e adesione alla progettazione regionale Progettazione e realizzazione di eventi formativi per tutte le professionalità, compresi MMG e PDLs
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Equità in tutte le politiche scheda 11
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Terzo settore, Commissioni pari opportunità, comitati consultivi
Referenti dell'intervento	Antonella Padovani Responsabile URP
Risorse non finanziarie	Docenti formatori

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità.

Approvato

Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Il fenomeno della grave marginalità è molto complesso da fotografare, soprattutto in ambito locale. Le persone che versano in condizione di grave marginalità, infatti, gravitano perlopiù attorno alle aree metropolitane, ai grandi centri urbani. Le "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave marginalità adulta in Italia", approvate nel 2015 dalla Conferenza Unificata Stato Regioni, sono il documento di riferimento, culturale e metodologico, per gli interventi di supporto alle persone che si trovano in condizione di grave marginalità: la loro attuazione in ambito locale dovrà trovare la propria specificità.
Descrizione	Il Fondo Nazionale povertà prevede una quota di finanziamento dedicato ai servizi che si occupano di persone in condizione di grave marginalità e senza fissa dimora. La Regione Emilia Romagna ha individuato, quali ambiti per la ripartizione delle risorse, oltre ai Comuni capoluogo anche i Distretti comprendenti un Comune con più di 50.000 abitanti. Pertanto, quota parte di tali risorse verranno riconosciute anche per il Distretto imolese. La finalità individuate dalla Regione per l'utilizzo delle risorse è l'attuazione delle Linee di indirizzo nazionali sopracitate. I servizi sociosanitari e la rete di servizi pubblici e del privato sociale presenti sul territorio distrettuale avvieranno, nell'ambito di un coordinamento regionale, un confronto sul potenziamento e la qualificazione della rete di servizi esistente nell'ottica del superamento della mera gestione dell'emergenza. Una volta emanato l'atto di individuazione delle risorse effettive da parte della Regione verrà definito uno specifico documento di programmazione territoriale che diverrà parte integrante del Piano di Zona.
Destinatari	Ai sensi di quanto previsto dalla Linee di indirizzo nazionali, per persone in condizione di povertà estrema e senza fissa dimora si intendono le persone che: - Vivono in strada o in sistemazioni di fortuna - Ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna - Sono ospiti di strutture, anche per soggiorno di lunga durata, per persone senza dimora - Sono in procinto di uscire da strutture di protezione, cura o detenzione, e non dispongono di una soluzione
Azioni previste	Gli interventi e i servizi possibili sono quelli individuati nelle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, declinati nelle possibili realizzazioni locali e saranno posti in essere compatibilmente con le risorse finanziarie dedicate al progetto.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche abitative, dei servizi al cittadino, del lavoro, della giustizia, della istruzione/formazione; interventi sanitari individuali e di comunità.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni del Distretto, Nuovo Circondario Imolese, ASP Circondario Imolese, AUSL di Imola, associazioni di volontariato e di promozione sociale, enti morali e religiosi, cooperative sociali
Referenti dell'intervento	per il Nuovo Circondario Imolese – Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano (Silvia Campana), per ASP Circondario Imolese – Responsabile Servizio Sociale Territoriale (Maria Gabriella Caprara), per AUSL di Imola – Responsabile Dipartimento Salute Mentale (Alba Natali).
Risorse non finanziarie	Alloggi per l'accoglienza notturna e diurna, beni alimentari e non messi a disposizione, risorse umane del volontariato e degli Enti morali.

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: -

N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)

Descrizione: N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Non rilevabile

- **Obiettivo 2019:** Non rilevabile

- **Obiettivo 2020:** Non rilevabile

EQUITA' IN TUTTE LE POLITICHE –METODOLOGIE E STRUMENTI

Approvato

Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	
Descrizione	Potenziare il coordinamento del Sistema aziendale Equità per assicurare coerenza dell'applicazione pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi (programmazione, gestione ed erogazione dei servizi)
Destinatari	Cittadine e cittadini dei servizi sanitari e sociali Operatori e operatrici sanitari, socio sanitari e sociali
Azioni previste	Individuazione del Referente aziendale dell'equità Rinnovo del Board equità Adozione del Piano delle azioni sull'equità Utilizzo di strumenti e metodologie equity oriented con supporti formativi metodologici Partecipazione e adesione alla progettazione e formazione regionale
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Medicina di genere scheda 9
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Terzo settore, nuovo circondario, ASP, comitati consultivi
Referenti dell'intervento	Antonella Padovani Responsabile URP
Risorse non finanziarie	Docenti formatori aziendali e regionali

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Sostegno all'inclusione sociale delle persone straniere neo - arrivate

Approvato

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Il nostro territorio si rispecchia nei dati e nei trend regionali di presenza di cittadini migranti che si è consolidata nel tempo. A questa presenza si è aggiunta, negli ultimi anni, quella derivata dai cosiddetti "flussi non programmati", grazie alla presenza di strutture CAS e SPRAR. Tale presenza non è tanto significativa a livello numerico, quanto a livello culturale per l'impatto che ne deriva con la comunità e con il Sistema dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari. Anche in questo caso, si tratta di rinnovare un impianto di interventi e servizi in grado di supportare ed accogliere tutti i cittadini, con vari gradi di vulnerabilità, nell'ambito di un sistema sanitario e di welfare universalistico.
Descrizione	Confermando la scelta di questo territorio di puntare il più possibile a servizi universalistici che siano in grado di rispondere anche ai bisogni delle persone migranti, si tratta di sostenere percorsi di inclusione sociale per persone appena arrivate sul territorio nazionale, al fine di rispondere ai loro specifici bisogni, e di consolidare la filiera istituzionale dell'accoglienza attraverso un modello che integri interventi statali, regionali e locali.
Destinatari	Nativi e migranti del nostro territorio
Azioni previste	A) Sostegno all'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria: - consolidamento delle azioni, locali e sovra distrettuali con ricaduta locale, per la formazione linguistica adeguata ai bisogni identificati, con i supporti necessari e integrando iniziative istituzionali e del Terzo settore - consolidamento degli interventi qualificati di informazione, orientamento, mediazione interculturale, al fine di facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari - consolidamento degli interventi di formazione e confronto con il Sistema di erogazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari al fine di qualificarne la risposta, anche in termini relazionali. B) Consolidamento del sistema di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari protezione internazionale e minori non accompagnati: - qualificazione e formalizzazione delle procedure interistituzionali - approfondimento del fenomeno della tratta sul nostro territorio - sviluppo di una progettazione di rete che affronti i temi della presa in carico successiva alla dimissione dai Progetti CAS e SPRAR - potenziamento delle risposte abitative al termine dei Progetti individuali CAS e SPRAR, con il coinvolgimento di attori istituzionali pubblici, del Terzo settore, della Cooperazione, Organizzazioni sindacali, Enti morali (in connessione al tema della povertà abitativa esaminato in altra Scheda). C) Azioni del Progetto partecipato dai cittadini "ComunitA'perTe – Dare spazio alla comunità per essere e fare comunità": - "Dallo sguardo altrove al sorriso altrui" mirata a creare occasione di inclusione tramite

	momenti di socializzazione nella comunità, con il coinvolgimento del volontariato, e tese a superare la diffidenza fra nativi e migranti, approdando all'incontro consapevole e conviviale, a partire dalla Scuola per l'infanzia della frazione di Sassoleone e del capoluogo del Comune di Casalfiumanese
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche abitative (ved. Scheda 24 "La casa come fattore di benessere e inclusione sociale"), Politiche del lavoro (ved. Scheda 23 "Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili")
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Nuovo Circondario Imolese, Comuni del Nuovo Circondario Imolese, ASP Circondario Imolese, AUSL di Imola, CPIA Imola, Gestori SPRAR e CAS presenti sul territorio, Prefettura di Bologna, Consulta comunale per l'integrazione e l'intercultura del Comune di Imola, Enti morali, Terzo settore, cittadini, Città metropolitana di Bologna, Centro Per l'Impiego, Organizzazioni Sindacali
Referenti dell'intervento	M. Grazia Ciarlatani per l'Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano del Nuovo Circondario Imolese
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 1.664.020,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **71.000,00 €**
- AUSL : **66.000,00 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC...): **242.300,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici (1.011.938 Fondo SPRAR; 242.300 (MSNA)): **1.011.938,00 €**

Risorse comunali: 272.782,00 € di cui:

- ASP/Comuni per quote ad hoc: **272.782,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Il diritto alle pari opportunità è un preliminare fondamentale della democrazia e il tema della discriminazione assume, nell'attuale contesto di grandi trasformazioni sociali e demografiche, un peso sempre più rilevante anche rispetto alle necessità di garantire a tutti i cittadini e alle cittadine i propri e riconosciuti diritti, prevenendo fenomeni di esclusione e discriminazione. Malgrado i numerosi progressi compiuti, le donne appaiono ancora discriminate in diversi ambiti, come ad esempio nell'accesso al lavoro qualificato, nelle opportunità di fare carriera e di accedere ai livelli più elevati di responsabilità e retribuzione, nella rappresentanza politica, nella ripartizione del lavoro di cura tra uomini e donne. Tale situazione trae alimento dai numerosi stereotipi di genere diffusi in tutti gli strati della popolazione, presenti nella famiglia, nell'educazione, nella cultura, nel mondo del lavoro, nell'organizzazione della società, nei media, su cui è importante intervenire. Inoltre, sulla scia degli indirizzi europei, accanto alla parità tra donne e uomini devono essere prese in considerazione le discriminazioni multiple e i pregiudizi, oltre a quelli in base al sesso, il colore, le origini etniche e sociali, la lingua, la religione o altre convinzioni, le opinioni politiche e ogni altro genere di opinioni, l'appartenenza ad una minoranza, la disabilità, l'età, l'orientamento sessuale, l'identità di genere o lo stato economico e sociale. Dalla differenza di genere alle diversità fra le persone, fra le culture, fra le religioni, fra i popoli: l'intreccio fra universalità dei diritti e riconoscimento delle diversità è uno dei nodi principali con i quali deve misurarsi oggi la cultura dei diritti umani. La caratterizzazione in senso pluriculturale della società può rappresentare un rischio di conflittualità sociale, in quanto i processi di coesione sociale non si realizzano spontaneamente, bensì abbisognano di una strategia e di una cura costante delle dinamiche tra gruppi, comunità ed individui in un dato territorio. La disuguaglianza nell'accesso ai diritti si manifesta oggi non soltanto in termini di ricchezza/povertà o di genere, ma anche lungo la linea di demarcazione della cittadinanza o dell'appartenenza culturale, con il rischio di limitare fortemente le possibilità di una reale inclusione sociale della popolazione straniera. L'aumento della popolazione giovanile di origine straniera richiama nuovamente il tema dell'accesso ai diritti con particolare riferimento a quelli di cittadinanza, e ne evidenzia altresì un aspetto specifico, relativo al possibile scarto fra diritti formalmente riconosciuti ed opportunità realmente fruibili, specie in riferimento alle opportunità dei coetanei italiani.
Descrizione	Il territorio è da tempo impegnato nella diffusione di una cultura delle differenze e nel contrasto agli stereotipi. Il cambiamento culturale necessario per promuovere le pari opportunità, l'educare al rispetto ed alla valorizzazione delle differenze costituiscono un'azione essenziale per il riconoscimento di pari diritti e pari dignità per tutte e tutti, per una società più inclusiva, in cui le differenze siano considerate una risorsa da valorizzare, ed in cui prevenire fenomeni di sessismo, violenza, razzismo e omofobia. In questo modo si vuole inoltre contribuire anche all'importante obiettivo di contrastare la violenza contro le donne, che dagli

	stereotipi sessisti trova alimento. L'educazione alla differenza va promossa fin dall'infanzia, in quanto è nella prima fase della vita che si sviluppano modelli di riferimento, è pertanto importante un'integrazione maggiore con la scuola, anche attraverso la promozione e il sostegno di progetti dedicati a queste tematiche.
Destinatari	Tutti i cittadini e cittadine del distretto di Imola, con particolare attenzione alla popolazione straniera.
Azioni previste	-promuovere una cultura delle pari opportunità, con particolare attenzione alle giovani generazioni, anche attraverso il sostegno a progetti su queste tematiche e ad attività educative nelle scuole per l'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto agli stereotipi e alla violenza di genere; - integrare la dimensione di genere in tutte le politiche locali; - sostenere la diffusione di un linguaggio più rispettoso delle differenze di genere (diffusione delle Linee guida in ottica di genere della Regione Emilia-Romagna); - riconoscere e sostenere l'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato socio sanitario regionale (LR 2/2014); - favorire la diffusione sul territorio di interventi in una logica di prevenzione, mediazione e risoluzione efficace dei conflitti sociali e promuovere iniziative di prevenzione delle discriminazioni istituzionali
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Integrazione coi contenuti delle schede 5 (caregiver) e 25 (Contrasto alla violenza di genere).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Imola, ASP Circondario Imolese, Associazioni del territorio operanti nel settore, Nuovo Circondario Imolese.
Referenti dell'intervento	Maria Grazia Saccotelli, Azienda Usl di Imola Valentina Salmi, Nuovo Circondario Imolese
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 330.089,00 (esclusa compartecipazione utenti: € 329.489,00)

- Compartecipazione utenti: **600,00 €**
- Altri fondi regionali : **41.000,00 €**

Risorse comunali: **288.489,00 €** di cui:

- ASP/Comuni per quote ad hoc: **288.489,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita
Descrizione	Strategie integrate di sostegno ai neogenitori
Destinatari	famiglie con bambini da 0 a 10 anni
Azioni previste	a)mantenere il raccordo con gli Uffici Scuola dei Comuni al fine di consolidare il sistema dei servizi 0-3 e 0-6 anni b)sostenere lo sviluppo del progetto Infanzia a colori nell'ambito del setting 5 del PRP a favore di bambini dalle scuole dell'infanzia alle primarie c)potenziare la rete dei consultori nell'ambito delle case della salute d)offerta dello screening a tutti i bambini provenienti da paesi ad alta endemia tubercolare che si iscrivono a scuola, esteso gratuitamente a tutti i componenti del nucleo familiare e)sviluppo del progetto Programmi età specifici del setting 3 del PRP f)azioni specifiche indicate nelle schede n.16 e n.25
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche Sociali, Politiche Educative, schede 16 e 25, Piano Regionale Prevenzione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Asp, Coordinamento Pedagogico Comunale
Referenti dell'intervento	Peroni Gabriele, Cicero Sonia, Saccotelli Maria Grazia Riferimento scheda: Gabriele Peroni g.peroni@ausl.imola.bo.it tel.0542604960-4950
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Sostegno alla genitorialità

Approvato

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e relazionale. Così come l'impoverimento complessivo del contesto sociale porta un aumento della vulnerabilità dei singoli, delle famiglie e della società tutta. Tra le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono le fasi di transizione legate all'eventuale insorgere di crisi della coppia, separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, il carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli, ecc. L'essere stranieri, condizione spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento sociale e di deprivazione sia del nucleo familiare che dei figli anche se nati in Italia. Vi sono inoltre alcune forme di genitorialità che richiedono un'attenzione specifica, come l'essere famiglia affidataria e adottiva.
Descrizione	I servizi pubblici sanitari, educativi, sociali e i Centri per le famiglie, registrano un aumento dell'instabilità e della conflittualità familiare ed un contemporaneo processo di riduzione delle relazioni sociali. Questa crescente sfiducia e conflittualità si estende nei confronti anche delle istituzioni/servizi pubblici che sono investiti di aspettative, deleghe e richieste a cui sovente si riesce a dare risposte solo parziali. Occorre pertanto ri-orientare il sistema dei servizi, per consentire una reale progettazione ed innovazione degli stessi, sulla base dell'analisi del bisogno e delle risorse personali, familiari e comunitarie. L'attenzione deve essere mantenuta alla qualità dell'educazione nella prima infanzia, alla promozione del benessere e di stili di vita sani e consapevoli, quali fattori che agiscano preventivamente nelle situazioni di vulnerabilità sociale. Oggi le famiglie richiedono e propongono l'attivazione di modalità di intervento flessibili, la sperimentazione di nuove forme di partecipazione e di responsabilità sociale, l'attivazione di azioni di prossimità nei contesti di vita delle persone in grado di dar valore e forza alle relazioni e significato alle forme di solidarietà comunitarie. Il tema della vulnerabilità familiare richiama inoltre il fenomeno della negligenza e trascuratezza più o meno grave che può generare una carenza significativa o assenze di risposte adeguate allo sviluppo di un bambino. È riconosciuto scientificamente che all'origine della negligenza vi è una disfunzionalità nelle relazioni tra genitori e figli (o tra chi svolge le funzioni genitoriali) e scarse o problematiche relazioni tra le famiglie ed il mondo relazionale esterno. Occorre pertanto agire su entrambi i fronti per poter ottenere risultati tangibili di cambiamento
Destinatari	Famiglie con figli piccoli, figli adolescenti, figli giovani adulti presenti nel distretto di Imola
Azioni previste	- Promozione delle risorse dei futuri genitori, e dei neo genitori, in particolare nel primo anno di vita del proprio figlio - Attività di rete a sostegno della genitorialità fragile o negligente, con attenzione anche alle tematiche correlate all'affido e all'adozione - Consolidare le sperimentazioni, già da tempo presenti nel territorio, avviate col progetto PIPPI, nonché quelle relative alle progettualità per le neomamme - Sostenere le azioni previste dal progetto finanziato dalla Fondazione interbancaria "Con i bambini" relativo alla fascia 0-6, denominato "Una rete di servizi per qualificare la cura

	della prima infanzia ovunque si realizzi” - Innovazione degli strumenti dei professionisti rivolti al sostegno delle competenze genitoriali, con particolare riferimento alla gestione dei gruppi - Presa in carico integrata e trasversale della conflittualità familiare
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Imola, ASP Circondario Imolese, Associazioni del territorio operanti nel settore, Nuovo Circondario Imolese, Centro per le famiglie.
Referenti dell'intervento	Maria Grazia Saccotelli, Azienda Usl di Imola
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 72.900,00

- Altri soggetti privati (*Fondazione interbancaria*): **24.000,00 €**

Risorse comunali: **48.900,00 €** di cui:

- ASP/Comuni per quote ad hoc: **48.900,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	L'adolescenza è una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé e che, essendo potenzialmente caratterizzabile da fragilità, necessita di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. La tutela dei diritti alla partecipazione, all'ascolto, alla conoscenza e ad un ambiente di vita che garantisca e promuova benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti. Nel territorio circondariale esistono numerose esperienze di promozione del benessere e della salute e di prevenzione del rischio in adolescenza, che sono spesso frammentarie sia per la molteplicità di fattori (e di servizi) che intervengono nella fascia d'età 11-19 anni, che per la difficoltà degli adolescenti ad accedere in modo spontaneo ai servizi e, soprattutto, per la non completa condivisione delle strategie e integrazione degli interventi in ambito sociale e sanitario. Nell'ottica di ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione interistituzionale e interprofessionale, la programmazione degli interventi avrà come riferimento la conoscenza delle caratteristiche, delle condizioni di vita e dei bisogni degli adolescenti del territorio, definita sulla base di dati, ricerche, ma anche dell'ascolto e del coinvolgimento diretto degli adolescenti.
Descrizione	Il "Progetto Adolescenza" (approvato con Dgr. 590/13) si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti (con attenzione agli adulti di riferimento ed al passaggio alla maggiore età) e di coordinare, in un percorso integrato dedicato, le diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti nell'ambito distrettuale imolese. La proposta metodologica è di operare, in continuità con gli orientamenti regionali, utilizzando le risorse e le competenze già disponibili sul territorio, che vanno raccolte e coordinate in un'unica programmazione che attraversi tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, scolastici ed educativi, che operi in collaborazione con il Terzo settore e che sia coordinato a livello distrettuale. Specificiamo, inoltre, che il territorio partecipa attivamente ai lavori del Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza (si confronti la scheda 17a). Le modalità organizzative del "Progetto Adolescenza" vengono definite nel rispetto delle specificità territoriali, e garantiscono continuità tra promozione, prevenzione, cura e appropriatezza degli interventi. Il gruppo di operatori che si coordina nel "Progetto Adolescenza" è multidisciplinare e trasversale a tutti i servizi sociali e sanitari che si occupano di adolescenti. Sono collegati al "Progetto Adolescenza" tutti gli interventi socio-sanitari destinati alla fascia d'età 11-19 anni in ambito scolastico e comunitario (promozione di stili di vita salutari, prevenzione e cura delle psicopatologie, educazione all'affettività e alla sessualità, promozione della salute sessuale e riproduttiva, tutela dei minori, prevenzione del maltrattamento e abuso, individuazione precoce dei comportamenti a rischio ecc.), compresi i progetti contenuti nel Piano regionale della Prevenzione 2015-2018, con attenzione a quelli correlati alla tematica

	delle dipendenze. Il Progetto Adolescenza” si caratterizza per: ☐ forte connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di adolescenza: scuola, servizi educativi, servizi sanitari, servizi e opportunità sociali (tempo libero, servizio civile, cultura, sport); ☐ integrazione e armonizzazione tra politiche di promozione, prevenzione, sostegno e cura; ☐ contemporaneità di attenzione all’adolescenza, alla comunità ed ai legami esistenti (e da sviluppare); ☐ organizzazione di interventi in una logica di prossimità (andare verso), affiancamento partecipato e flessibilità; ☐ attenzione e sostegno alle competenze genitoriali in età adolescenziale e giovanile, fenomeno emergente nel territorio, con connessioni a tutti gli interventi correlati alla sessualità, così come citato anche nelle schede n.15,16,18 e 37; ☐ attenzione e cura alla promozione del benessere scolastico, come fattore di contrasto alla dispersione scolastica e all’insuccesso formativo; ☐ cura delle relazioni tra generi, tra generazioni e tra culture; ☐ collaborazione con il terzo settore; ☐ integrazione gestionale delle risorse umane e materiali, infra ed interservizi, individuando configurazioni organizzative e modalità di coordinamento tra le attività dei diversi servizi ed enti; ☐ integrazione professionale, finalizzata al miglioramento del lavoro interprofessionale. Tali azioni andranno ulteriormente implementate con riferimento alle azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria previste dal progetto “Incubatore Comunità Educante: strategie di sviluppo inclusivo tra scuola e territorio” che prevede, per il nodo territoriale afferente all’ambito scolastico del Nuovo Circondario Imolese, azioni rivolte a: ☐ Creare un sistema multidisciplinare ed integrato tra pubblico e privato/Terzo settore, e tra scuola e territorio, per contrastare la povertà educativa e la dispersione scolastica nella fascia adolescenziale; ☐ Consolidare, a livello metropolitano, una comunità professionale che condivida linguaggi e dispositivi educativi; ☐ Costruire progetti integrati nelle programmazioni scolastiche connessi alla programmazione distrettuale e metropolitana. Inoltre, con riferimento a progettualità finanziate da parte di fondazioni interbancarie, si farà riferimento alle azioni presenti nei formulari approvati ed in fase di ulteriore definizione. Sarà data attuazione anche alle azioni correlate ai percorsi partecipativi derivanti da “ComunitàPERte” delle comunità di Borgo Tossignano, Calsalfumane (frazione San Martino in Pedriolo) e Dozza, così come identificate nel Documento di proposta partecipata del percorso LR 3/2010. Attenzione sarà data, come trattato anche nella scheda 37, anche agli indirizzi derivanti dalle raccomandazioni regionali “Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti”, che rappresentano uno sviluppo ed un approfondimento delle caratteristiche dei percorsi di cura contenute nella DGR 590/2013, proponendo un percorso di cura specifico per l’età 14-25 anni, fondato su continuità ed integrazione tra promozione del benessere, prevenzione e cura, garanzia di accesso diretto, competenza specifica ed integrazione dei professionisti. Si precisa, infine, che il territorio accoglierà gli orientamenti che deriveranno dal Piano Adolescenza Regionale, la cui deliberazione è prevista nel corso dell’anno 2018.
Destinatari	Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori dei servizi socio-sanitari-educativi-scolastici e del Terzo settore, la comunità di riferimento. Adolescenti e giovani adulti (14-25 anni) per i percorsi di cura di salute mentale (cfr.scheda 37).
Azioni previste	1. coordinamento interistituzionale e tra servizi; 2. monitoraggio attuazione progetto adolescenza rispetto a governo locale, coinvolgimento del mondo familiare e comunitario, partecipazione attiva adolescenti, funzione di ascolto e connessione tra i servizi; 3. accompagnamento alla programmazione con percorsi di formazione e coprogettazione su obiettivi e priorità condivisi; 4. valutazione interventi e benchmark; 5. attivazione processi partecipativi; 6. organizzazione punti di accesso distrettuali per adolescenti;

	7. collaborazione con scuole per la gestione di sportelli di ascolto; 8. coinvolgimento scuole tramite peer educator; 9. interventi/comunicazione di prossimità; 10. interventi di sostegno per adulti di riferimento; 11. attuazione dei progetti legati al target adolescenza interni al Piano Regionale della Prevenzione; 12. formazione degli operatori e scambio di esperienze; 13. formazione dei peer e attivazione di progetti di peer education 14. recepimento orientamenti Piano Adolescenza Regionale; 15. realizzazione delle azioni previste dal progetto I.C.E. in riferimento al nostro territorio 16. partecipazione fattiva al Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza 17. partecipazione con proposte progettuali candidate ai bandi regionali in materia di adolescenza LR 14/08
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Scheda relativa al Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza Scheda 37 "Qualificare il sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Asp Circondario Imolese, Azienda Usl (Consultorio, Spazio Giovani, Neuropsichiatria, CSM), Rete Istituzioni Scolastiche Autonome, CISST, Centro per le famiglie, soggetti del Terzo Settore che collaborano nelle progettualità specifiche, Coordinamento imolese dei gruppi di auto-mutuo-aiuto, Centri di Aggregazione Giovanile del territorio
Referenti dell'intervento	Valentina Salmi, Ufficio di Piano Nuovo Circondario Imolese Valentina.salmi@nuovocircondarioimolese.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 226.762,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **30.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **6.000,00 €**

Risorse comunali: **190.762,00 €** di cui:

- ASP/Comuni per quote ad hoc: **190.762,00 €**

Indicatori locali: 0

Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti ed adolescenti

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna - Ufficio di Supporto
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	L.R. 14/2008, art 21 c.1 Ogni conferenza territoriale sociale e sanitaria attiva, quale proprio organo consultivo, un coordinamento tecnico per l'infanzia e l'adolescenza, che svolge un ruolo di raccordo e confronto tra i diversi distretti, in merito alle politiche per l'infanzia e l'adolescenza, in coerenza con il piano sociale e sanitario regionale. .L.R. 14/2008, art 24 c.2 La Regione riconosce nel coordinamento di cui all'articolo 21 l'ambito di raccordo del sistema di protezione dei bambini e degli adolescenti vittime o a rischio di violenze, maltrattamenti e trascuratezza. PSSR Scheda 17 Progetto adolescenza. Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, par. Ritornare ai giovani La CTSSM dunque si pone, e pone a tutti i distretti, l'obiettivo di ricomporre il quadro delle opportunità e dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, attraverso il Coordinamento tecnico metropolitano e i Coordinamenti distrettuali. Poiché il tema del benessere di bambini e adolescenti è trasversale, si richiamano anche in particolare: Scheda 15 "Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita; "Scheda 16 "Sostegno alla genitorialità"; Scheda. 37 "Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti, e neomaggiorenni con bisogni sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela".
Descrizione	Il Gruppo sarà nominato entro il 2018 da CTSSM con composizione secondo la LR 14/2008 art.21, c. 2 Nella composizione del coordinamento è garantita la rappresentanza dei diversi territori distrettuali, con la presenza di esperti in ambito sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale. È, inoltre, promosso l'apporto delle amministrazioni dello Stato competenti in materia di sicurezza e giustizia.
Destinatari	Operatori e referenti dei Servizi Sociali e Sanitari coinvolti, degli Enti Locali, Docenti e Dirigenti della Scuola e della Formazione, Terzo settore
Azioni previste	Il coordinamento ha l'obiettivo di sostenere a livello distrettuale e metropolitano la ricomposizione/integrazione dei servizi e delle opportunità per l'infanzia e adolescenza (socioeducativi, cura e prevenzione, scuola tempo libero); ha il compito di raccordare le diverse programmazioni distrettuali nell'area infanzia e adolescenza, curando la armonizzazione delle azioni e attività (sociali, sanitarie, scolastiche, educative) per la prevenzione, la cura e il benessere dei bambini e degli adolescenti e l'equità a livello metropolitano nell'offerta di servizi. Monitora e stimola l'attuazione di specifiche linee, indirizzi e programmi regionali destinati ad essi. Valorizza i Piani della Prevenzione delle Asl e per la Educazione alla salute e stili di vita sani in riferimento ai bambini, adolescenti e giovani. Facilita il rapporto con le Autonomie scolastiche ed i Centri di Formazione. Promuove la necessaria integrazione interistituzionale tra Servizi Sociali e Sanitari, Autonomie scolastiche, Ufficio Scolastico

	regionale/territoriale, Amministrazioni dello Stato, e la collaborazione con il terzo settore. Attiva collaborazioni con la Università e Istituzioni pubbliche con finalità di ricerca e documentazione sui temi del benessere dei bambini, adolescenti e giovani. Promuove accordi interistituzionali e con il terzo settore per condividere interventi specifici di promozione del benessere per bambini /adolescenti e per rendere più efficace la relazione tra Scuole e servizi. Si raccorda con i coordinamenti distrettuali, metropolitani e sovra distrettuali del sistema di protezione, accoglienza e tutela dei bambini e degli adolescenti, che promuovono azioni di sostegno alla genitorialità e di prevenzione delle condizioni di trascuratezza/negligenza nei bambini e azioni integrate rivolte ai minori con bisogni socio sanitari complessi e/o vittime o a rischio di violenze, maltrattamenti. Propone percorsi di approfondimento, attiva gruppi di lavoro metropolitani, percorsi di formazione integrati su tematiche specifiche (contrasto alla povertà educativa, promozione di sani stili di vita, disagio nella fascia adolescenziale). Promuove l'accesso a fondi dedicati di livello nazionale ed europeo. Elabora i dati a disposizione.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Il Coordinamento opera per integrare la programmazione sociale e sanitaria a favore di bambini e adolescenti con le politiche scolastiche e formative che hanno medesimo obiettivo: in particolare promuove presso le scuole i Piani di Prevenzione Asl che han
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari, degli Enti locali; Rappresentanza del Terzo settore, Ufficio scolastico territoriale e Autonomie scolastiche; Enti di Formazione; Università
Referenti dell'intervento	Laura Venturi – Responsabile Ufficio di Supporto della CTSS Metropolitana di Bologna Tiziana Di Celmo, Claudia Ceccarelli – Città metropolitana, Struttura Tecnica Metropolitana
Risorse non finanziarie	La Città metropolitana, anche attraverso l'accordo con la Unione Reno Galliera, assicura la risorsa di personale per il coordinamento generale; le altre risorse di personale per il coordinamento e la partecipazione ai diversi gruppi di lavoro sono assicur

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	
Descrizione	Informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla
Destinatari	donne uomini e coppie in età fertile
Azioni previste	a)formazione operatori sanitari b)apertura di uno spazio per adolescenti e giovani adulti per la preservazione della fertilità c)diffusione di progetti "fra rischio e piacere" del PRP d)distribuzione di contraccettivi gratuiti presso lo spazio giovani come da DGR
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche educative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Scuole Medie superiori
Referenti dell'intervento	Saccotelli Mariagrazia Riferimento scheda: Gabriele Peroni g.peroni@ausl.imola.bo.it tel.0542604960-4950
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Approvato

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	L'incremento dell'offerta del gioco d'azzardo comporta la necessità di raggiungere cittadini a rischio anche in contesti di prossimità.
Descrizione	L' intervento è finalizzato a raggiungere cittadini del territorio imolese abituati a frequentare sale scommesse e /o luoghi ove è possibile effettuare giochi d' azzardo (in primis con slot machine o acquistando "gratta e vinci"). L' obiettivo è favorire l' aggancio con queste persone a potenziale rischio di addiction da gioco al fine di effettuare interventi di psicoeducazione direttamente nei contesti di prossimità da loro frequentati. Sono previsti anche interventi di psicoeducazione rivolti a familiari di cittadini giocatori abituali, non ancora in carico all' UOCDP, al fine di sensibilizzare gli stessi familiari sia alla complessità del fenomeno addiction da gioco, sia addestrandoli a strategie finalizzate a motivare il giocatore a considerare la richiesta d' aiuto ai servizi specialistici. Questi interventi vengono effettuati anche in contesti informali a favore di familiari che hanno preso contatti con altre realtà del territorio attive verso il problema del gioco d' azzardo patologico.
Destinatari	• Giocatori d' azzardo occasionali e abituali • Familiari di giocatori d' azzardo abituali
Azioni previste	• Interventi di psicoeducazione effettuata in contesti di prossimità rivolti a persone a rischio addiction da gambling • Interventi di psicoeducazione rivolti ai familiari di soggetti a rischio addiction da gambling • partecipazione al Tavolo GAP distrettuale
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche Sociali, Politiche Giovanili
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Terzo Settore, Uffici comunali competenti
Referenti dell'intervento	Direttore UOCDP Imola Stefano Gardenghi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 107.915,00

- Programma gioco d'azzardo patologico: **107.915,00 €**

Indicatori locali: 1

1°: Capacità

di attrazione dell'intervento di psicoeducazione

Descrizione: Numero di utenti presi in carico dall' UOCDP dopo interventi di psicoeducazione/Numero di utenti contattati con interventi di psicoeducazione che hanno effettiva necessità di supporto (>20%)

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** >20%

- **Obiettivo 2019:** >25%

- **Obiettivo 2020:** >30%

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	La popolazione anziana a maggiore rischio di fragilità, sanitaria e sociale può beneficiare di interventi finalizzati alla promozione di un invecchiamento attivo ed in salute così come raccomandato dal PRP –RER. Nell'Azienda USL di Imola l'obiettivo è di implementare la progettualità già in essere che comprende la mappatura delle attività della Comunità e diffusione dell'informazione sulle stesse, la promozione di attività rivolte ad incrementare il livello di attività fisica della popolazione ed interventi di prevenzione delle cadute per gli anziani nelle Case della Salute, definendo anche i percorsi aziendali AFA ed EFA
Descrizione	Gli obiettivi degli interventi tesi a promuovere l'invecchiamento attivo e in salute sono: -Incrementare il livello di attività fisica della popolazione. - Prevenzione delle cadute e delle relative conseguenze in termini di disabilità e costi per il sistema, attraverso l'applicazione di protocolli di prevenzione differenziati per diverse categorie di anziani a rischio con lo scopo di sperimentare interventi mirati e ottimizzare le risorse dedicate - Ampliando l'area degli obiettivi alle persone anziane con disabilità ci si propone di offrire percorsi facilitati attraverso le iniziative proposte dall'Associazione - Piena funzionalità dei percorsi AFA ed EFA in ambito territoriale con particolare riferimento ai pazienti presi in carico nel "Progetto cronicità/RiskER" per EFA e i pazienti con lombalgia per AFA
Destinatari	Persone anziane ed anziane disabili dell'AUSL di Imola e loro familiari e caregiver
Azioni previste	- Censimento di risorse e iniziative di promozione del movimento già presenti sul territorio - Informazione alla popolazione sulle possibilità di attività motoria disponibili attraverso strumenti informativi adeguati (Sito internet, opuscoli libretti ecc) - Messa in rete, ove possibile delle iniziative, sfruttando le sinergie ed evitando dispersione di risorse - Incremento delle disponibilità di nuovi luoghi idonei per l'effettuazione di attività motorie in sicurezza. - Promozione di nuove iniziative di attività motoria (corsi per walking leader, gruppi di cammino, ginnastica per anziani, attività sportive organizzate) e implementazione di quelle esistenti - Attivazione del programma di prevenzione delle cadute all'interno delle Case della Salute: 1) percorsi per la prevenzione cadute di piccolo gruppo presso CdS e/o individuali a domicilio (protocollo Otago); 2) azioni di sensibilizzazione e formazione per MMG e/o personale delle CdS e di informazione agli assistiti come previsto dal PRP - Eventi di diffusione ed informazione nelle Case della salute e negli eventi del DSM - DP compresa la Conferenza organizzativa aperta a tutta la cittadinanza - 1) Definire i percorsi aziendali di attuazione della presa in carico EFA ed AFA (con Sanità Pubblica, medici specialisti e MMG)

	2) Sensibilizzare i gestori di Palestre/Società Sportive del territorio ad aderire al modello delle "Palestre che Promuovono Salute" della RER
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni (assessorato allo sport, urbanistica), Circondario Imolese, Scuole, Centri sociali, Associazioni di volontariato (AUSER, ANTEAS ecc), Enti di promozione sportiva (CSI, UISP). MMG, U.O. Medicina riabilitativa , possibile raccordo con le Palestre che promuovono Salute del territorio MMG, PLS, Dip. Sanita' pubblica, Montecatone Rehabilitation Institute , Associazionismo locale Cure Primarie e MMG in convenzione, Sanità Pubblica, Medicina Riabilitativa, Enti di promozione sportiva del territorio
Referenti dell'intervento	Martini Gabriella, Peroni Gabriele, Natali Alba , Stanzani Simonetta
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Sostegno alla popolazione anziana fragile. Coordinamento tavolo anziani attivi

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	ISTITUZIONE GIAN FRANCO MINGUZZI della Città metropolitana di Bologna con funzioni di coordinamento organizzativo
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;D;

Razionale	Investire sulla salute considerando l'intero arco di vita e mirando all'empowerment delle persone, con particolare attenzione agli anziani
Descrizione	A livello metropolitano, Città metropolitana, CTSSM e Terzo settore hanno siglato il 19 Dicembre 2017 il Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali; tale patto ha, come primo punto di attenzione, il contrasto delle nuove povertà. All'interno del Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali sono stati condivisi alcuni ambiti prioritari di azione: nuove povertà, persone anziane, persone con disabilità, minori e giovani in condizione di disagio, donne che hanno subito violenza, cittadini immigrati, soggetti in esecuzione penale. Per la piena e concreta realizzazione delle azioni previste, si sono costituiti (e si costituiranno) per le singole aree di intervento, tavoli tematici che saranno composti da rappresentanti del Terzo settore e della pubblica amministrazione Rispetto al tema sostegno alla popolazione anziana fragile, è già attivo dal 2011 un gruppo di lavoro che ha operato su diverse tematiche attinenti alla vita della popolazione anziana e dei caregiver che se ne prendono cura. Sono stati affrontati nell'ambito di specifici diversi progetti temi quali: l'importanza della prevenzione per il benessere della persona anziana; la necessità di tramandare la memoria mediante il progetto "La scrittura del ricordo", l'esigenza di approfondire nuove possibilità di housing sociale rivolto alle persone anziane, l'importanza di promuovere una cultura di rispetto dei diritti e doveri delle persone anziane fragili. Il gruppo di lavoro e la sua attività potranno essere valorizzati nell'ambito del Patto per il contrasto alle fragilità sociali.
Destinatari	• Enti locali • Associazioni • Cittadini e Volontari
Azioni previste	• Stesura della Carta dei diritti responsabili delle persone anziane fragili • Organizzazione di un seminario di presentazione della Carta
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	• Auser • Ancescao • SPI – CGIL

	• Asp Città di Bologna • Azienda Usl di Bologna • Istituzione Minguzzi • Fondazione Santa Clelia Barbieri
Referenti dell'intervento	Istituzione Minguzzi, Serena Cavallini
Risorse non finanziarie	Raccordo con Ufficio di Supporto e CTSS Metropolitana di Bologna: Francesco Bertoni – Struttura Tecnica Metropolitana

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza – Innovazioni sulla domiciliarità

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	Consolidare e qualificare i servizi storici esistenti; garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarità; garantire equità di accesso ai cittadini; garantire equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi
Descrizione	L'invecchiamento della popolazione e l'andamento demografico cambiato necessitano di uno sforzo di riprogettazione del sistema di welfare. I principi ai quali occorre ancorare l'innovazione sono l'universalismo, il governo del pubblico, la valorizzazione del lavoro di cura, una migliore integrazione socio-sanitaria e la partecipazione attiva e diffusa di cittadini singoli o associati.
Destinatari	anziani
Azioni previste	• Promuovere la domiciliarità, nelle forme classiche e nelle forme più innovative con servizi e supporti efficaci • Costruire sulla domiciliarità la Filiera dell'innovazione sociale • Promuovere o sostenere azioni di contrasto alla violenza nella relazione di cura, anche con apposite campagne informative/formative : Mappatura degli eventi avversi • Promuovere un'ulteriore qualificazione del lavoro di cura: Costruire progetti formativi per care giver • Monitorare le domande di accesso alle strutture residenziali • Promuovere un metodo di confronto permanente sull'utilizzo del FRNA
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Punto 4) In raccordo con scheda 25 (Consultorio) Punto 5) In raccordo con scheda 5 (Direzione Infermieristica e Tecnica)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASP/NCI/Coop Comunità Solidale/Coop Elleuno/UOMR/Comune CSPT
Referenti dell'intervento	Morsiani Angela
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 2.312.722,67 (esclusa compartecipazione utenti: € 2.223.362,67)

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **3.000,00 €**
- Compartecipazione utenti: **89.360,00 €**
- FRNA: **1.480.402,67 €**

- FNNA: **620.500,00 €**

Risorse comunali: **119.460,00 €** di cui:

- ASP/Comuni per quote ad hoc: **119.460,00 €**

Indicatori locali: 0

Sviluppo della rete dell'offerta a sostegno degli anziani non autosufficienti

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza – Innovazioni sulla domiciliarità

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Supporto della CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	Potenziamento della funzione pubblica di governo del sistema dei servizi, finalizzata ad ampliare il ventaglio delle possibilità disponibili per gli anziani non autosufficienti con diverso livello di gravità.
Descrizione	Nel 2007 il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ha rappresentato una innovazione storica ed un forte investimento nella strutturazione del sistema dei servizi a sostegno della popolazione anziana (tanto che a livello regionale le risorse erogate su questa area di bisogno sono pari a quelle stanziare a livello nazionale dal Fondo per le Non Autosufficienze). Nel corso degli anni successivi, l'attività si è però limitata a consolidare quanto realizzato, senza allargare lo sguardo ai bisogni emergenti che contraddistinguevano le diverse fasce di età della popolazione anziana. La presenza di posti in strutture residenziali offerti in regime a libero mercato in numero pari a quelli offerti dal sistema pubblico evidenzia un primo aspetto di riflessione; negli ultimi anni si stanno inoltre diffondendo e sviluppando tipologie di offerta che danno risposta a bisogni diversi (compagnia, socializzazione e supporto lieve alle attività quotidiane) da quelli che il sistema dei servizi a favore della non autosufficienza è solito soddisfare con i servizi sviluppati attraverso le risorse del FRNA.
Destinatari	
Azioni previste	L'attività si concentrerà sulle seguenti aree di intervento: - superare il quadro frammentato attuale attraverso lo sviluppo e il rafforzamento di una funzione pubblica di garanzia e controllo, che ponga vincoli, definisca standard qualitativi e di processo ed agisca per un accesso equo ed appropriato a servizi ed opportunità territoriali; - inserire questa funzione pubblica nella rete di pianificazione territoriale, orientamento e governo di un accesso unico al sistema complessivo dell'offerta pubblico/privata, mettendo in collegamento i Servizi territoriali e creando un ponte stabile tra la valutazione del bisogno e la certificazione delle competenze; - realizzare un servizio pubblico di consulenza e orientamento verso le diverse soluzioni a sostegno della non autosufficienza offerte dal territorio ed acquistabili anche con risorse proprie delle famiglie, quando non sussistano i requisiti di gravità, reti di sostegno, condizione economica che permettano l'attivazione del percorso di presa in carico e di supporto alla non autosufficienza con ingresso nella rete dei servizi pubblici, consentendo ai cittadini di scegliere in modo competente le risorse di welfare a cui rivolgersi, anche oltre il perimetro delle prestazioni garantite da Comuni e Aziende sanitarie e, nel contempo, sviluppando interventi di garanzia relativamente alla qualità dei servizi acquistati dai cittadini nel mercato privato; - contribuire a ripensare in maniera più flessibile il sistema di accreditamento regionale, individuando possibili strade per superarne le criticità.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Uffici di Piano, Aziende Usl, soggetti gestori dei servizi a favore di anziani non autosufficienti, Alleanza Cooperative
Referenti dell'intervento	Chris Tomesani – Comune di Bologna
Risorse non finanziarie	Stefania Baldi, Francesco Bertoni – Struttura Tecnica Metropolitana

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Coordinamento su accreditamento strutture sociosanitarie per il funzionamento dell'OTAP Organismo tecnico di ambito provinciale

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Razionale	Potenziare l'integrazione socio-sanitaria
Descrizione	Gli Organismi tecnici di ambito provinciale (OTAP) hanno la funzione peculiare di coadiuvare il soggetto istituzionale competente al rilascio dell'accREDITAMENTO, tramite la verifica del possesso dei requisiti di qualità del servizio o struttura richiedente l'accREDITAMENTO.
Destinatari	
Azioni previste	Nell'ambito delle attività previste dal sistema di accREDITAMENTO delle strutture sociosanitarie, ai sensi della DGR 514/2009 e ss.mm., si intende garantire il coordinamento delle attività afferenti al corretto funzionamento dell'OTAP ed al raccordo tra l'organismo stesso e i SIC (Soggetti Istituzionali Competenti al rilascio dell'accREDITAMENTO) presenti nell'area metropolitana. E' prevista una attività di coordinamento operativo nell'utilizzo degli strumenti e delle procedure e di approfondimento delle normative e degli atti di indirizzo. In tale contesto è importante la strutturazione di una segreteria a supporto organizzativo dell'attività dell'OTAP, quale prosecuzione delle attività precedentemente svolte dalla Provincia e che ad oggi, a seguito del riordino delle competenze della Città Metropolitana e degli enti locali, non trovano collocazione esplicita e afferenza organizzativa. Nel corso del 2018 si prevede di definire la strutturazione di tale funzione di segreteria tecnica, a supporto del responsabile OTAP.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ufficio di Supporto, Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, Soggetti Istituzionali Competenti
Referenti dell'intervento	Patrizia Maurizi – Azienda Usl Bologna
Risorse non finanziarie	Raccordo con territorio imolese, Ufficio di Supporto e CTSS metropolitana: Francesco Bertoni – Struttura Tecnica Metropolitana

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Adattamento domestico. Integrazione dei servizi e degli interventi territoriali: gestione del servizio

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza – Innovazioni sulla domiciliarità

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Distretto di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	Consolidare, qualificare e sviluppare le attività relative alla consulenza e al supporto alla realizzazione di interventi di adattamento domestico nei Distretti della provincia attraverso l'attività del CAAD; sviluppare e rafforzare il lavoro di coordinamento, indirizzo e verifica a livello sovradistrettuale.
Descrizione	Il CAAD di Bologna è stato istituito nel 2005 dal Comune di Bologna recependo le indicazioni del percorso delineato dalla Regione Emilia Romagna per la costituzione della Rete dei CAAD regionali. I CAAD sono stati concepiti nell'ambito del "Programma Regionale Casa Amica", con una visione avanzata del tema della domiciliarità, intesa non solo a favorire la permanenza al domicilio della persona disabile o anziana, ma ad incrementare la migliore qualità della vita e della partecipazione sociale.
Destinatari	Il servizio CAAD è rivolto a: ☐ cittadini disabili e anziani e loro famiglie provenienti dall'intero territorio della Città Metropolitana di Bologna; ☐ operatori dei Servizi territoriali rivolti a persone anziane e persone disabili; ☐ funzionari e tecnici dei Comuni impegnati nell'ambito delle Politiche Abitative ed Edilizia ☐ soggetti del terzo settore attivi nell'ambito dei servizi agli anziani e ai disabili ☐ istituzioni e soggetti pubblici e privati impegnati nell'ambito dell'accessibilità alle strutture e della qualità dell'abitare (progettisti e tecnici in campo edile ed impiantistico, artigiani, scuole, ospedali, uffici pubblici...) e loro organizzazioni di rappresentanza.
Azioni previste	Le azioni previste sono: ☐ gestione delle attività assicurate dallo sportello informativo e di consulenza in modo da garantire l'orientamento ed il supporto al cittadino ed agli operatori dei servizi territoriali sia a livello centralizzato secondo modalità trasversali valide per tutto il territorio provinciale sia in maniera mirata rispetto alle esigenze Distrettuali, ☐ attività di pianificazione e coordinamento/monitoraggio periodico delle attività da parte del Distretto città di Bologna con il coinvolgimento ed in raccordo con l'Ufficio di Supporto, ☐ Implementazione del sistema informativo CAAD predisposto dalla Regione e assolvimento degli obblighi informativi di competenza, ☐ Attività di informazione e comunicazione sull'Adattamento Domestico svolte non solo

	a livello centralizzato presso la sede del servizio, ma anche in modo decentrato sui territori ☐ Consolidamento della presenza decentrata del servizio attraverso la presenza per una o due volte al mese della equipe multidisciplinare del CAAD, per le attività di consulenza, di informazione, di formazione, presso la sedi individuate nei vari distretti ☐ Progettare e realizzare iniziative di formazione e aggiornamento, dirette ai tecnici delle amministrazioni pubbliche impegnati nell'ambito della edilizia e gli artigiani installatori, ad operatori dell'area sociosanitaria, ad operatori degli Sportelli sociali ☐ Mappatura e ricomposizione degli interventi che concorrono all'adattamento domestico nei suoi diversi aspetti anche se erogati e gestiti da enti diversi e sulla base di fonti di finanziamento diverse
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Distretti Azienda USL di Bologna • Ufficio di supporto CTSS Bologna • Comuni dell' ambito territoriale metropolitano • UDP dei Distretti Attualmente la gestione del servizio CAAD è affidata ad Ausilioteca- AIAS onlus a seguito di un precedente affidamento già scaduto ed attualmente in proroga. E' in corso di avvio la procedura per la riaggiudicazione della gestione per il prossimo triennio, mediante procedura di evidenza Pubblica dei servizi. La procedura coinvolge tutti e tre i servizio che costituiscono la Corte Roncati (Centro Regionale Ausili – CRA- , Centro Ausili Tecnologici - CAT- Centro Adattamento Ambiente Domestico –CAAD)
Referenti dell'intervento	Direttore UASS Distretto di Bologna coadiuvato dal Responsabile USSI Distretto di Bologna Mara Grigoli, 0516597140 mara.grigoli@ausl.bologna.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 195.000,00

- FRNA: 195.000,00 €

Indicatori locali: 0

La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Approvato

Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	I 10 Comuni del Nuovo Circondario Imolese
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	Il Razionale/Motivazionale del territorio corrisponde a quanto descritto per questo tema nella DGR 1423/2017. Trattasi, cioè, di considerare l'abitare come uno dei fattori della salute dei cittadini.
Descrizione	Ne consegue che le Politiche abitative non possano che essere intese come intrecciate alle Politiche sociali e sociosanitarie, rivolte a tutti i cittadini, con azioni declinate a seconda delle caratteristiche dei sottogruppi ai quali si fa riferimento per risorse delle persone e bisogni presentati.
Destinatari	Nuclei con disagio abitativo diversamente declinato
Azioni previste	Il Sistema territoriale da tempo tenta di integrare i saperi e le politiche al fine di rispondere nel modo più adeguato possibile alla povertà abitativa espressa dai cittadini nelle sue diverse articolazioni. Il prossimo triennio potrebbe vedere un rafforzamento organico della "filiera dell'abitare" che colleghi le azioni già messe in campo, le aggiorni e le adegui a nuovi bisogni emergenti, considerandone come capofila le Politiche abitative, e, quindi, i Comuni, che, per definizione, devono tentare una risposta al bisogno abitativo per tutti i target di cittadini, compreso quelli più svantaggiati. In particolare: 1) risposta all'emergenza abitativa 2) gestione di risposte abitative di transizione 3) accesso all'ERP 4) nuove tipologie di accordo fra pubblico e privato 5) co – housing 6) sostegno al pagamento dell'affitto/gestione delle morosità 7) gestione dei rapporti di inquilinato
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Come già detto le Politiche abitative non possono che essere integrate con quelle sociali e sociosanitarie. In questa programmazione si vedano i riferimenti citati nella Scheda regionale n. 10 "Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni del Nuovo Circondario Imolese, ASP Circondario Imolese, AUSL di Imola, ACER, Solaris s. r. l., Terzo settore ed Enti morali del territorio
Referenti dell'intervento	Comuni del Nuovo Circondario Imolese
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 219.865,00 (esclusa compartecipazione utenti: € 194.828,00)

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **30.200,00 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **35.000,00 €**
- Compartecipazione utenti: **25.037,00 €**

Risorse comunali: **129.628,00 €** di cui:

- ASP/Comuni per quote ad hoc: **129.628,00 €**

Indicatori locali: 0

Amministratore di sostegno - "SOSTengo! Azioni di valorizzazione e di supporto in tema di Amministratore di Sostegno"

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Riconoscimento ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, sanitari e sociosanitari

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Istituzione Gianfranco Minguzzi
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	Integrazione socio-sanitaria: dalla domiciliarità alle cure intermedie
Descrizione	Il progetto SOSTengo promuove e diffonde, fra la cittadinanza, i familiari e gli operatori socio-sanitari la conoscenza della figura dell'amministrazione di sostegno e supporta gli amministratori di sostegno volontari e familiari che già svolgono tale funzione.
Destinatari	Tutti i cittadini della Città metropolitana di Bologna (familiari, beneficiari, operatori socio-sanitari, ecc)
Azioni previste	- Diffondere la conoscenza fra la cittadinanza dell'istituto dell'amministrazione di sostegno e fornire un primo livello di informazione qualificato ai cittadini che necessitano di attivare una amministrazione di sostegno, attraverso l'attività svolta con gli sportelli di consulenza aperti nei 7 distretti dell'area metropolitana - Aumentare il numero di cittadini disponibili ad assumere incarichi di ADS ; - Garantire ulteriori occasioni di formazione, di aggiornamento e di consulenza agli ads, ai familiari di persone non autonome e agli operatori socio-sanitari; - Favorire lo scambio di esperienze fra gli AdS volontari - Potenziare, in coordinamento con il Giudice Tutelare, il supporto agli AdS volontari - Gestire l'elenco degli amministratori di sostegno volontari della Città metropolitana di Bologna
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Tribunale di Bologna, Fondazione Dopo di Noi, Centro Servizi per il Volontariato VolaBO, Università di Bologna, Uffici di piano.
Referenti dell'intervento	Annalina Marsili - Città metropolitana di Bologna
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Contrasto alla violenza di genere

Approvato

Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	Nonostante il sistema di prevenzione e protezione attivato, che vede coinvolti numerosi soggetti pubblici e privati in un'ottica di sussidiarietà e collaborazione (Enti locali, AUSL, Centri antiviolenza, Forze dell'Ordine, Servizi di area giuridica, servizi scolastici ecc.) il fenomeno della violenza contro le donne è oggi molto rilevante anche nella nostro territorio. La situazione delle donne che subiscono violenza è stata inoltre influenzata dalla crisi economica che ha interessato il nostro paese dal 2008 e che ha reso i percorsi di uscita dalla violenza e della ricerca dell'autonomia più complessi. La crisi ha provocato un generale aggravamento delle condizioni materiali e di vita delle donne: quelle che si rivolgono ai centri sono per lo più donne che appartengono a ceti sociali medio/bassi, e che in numero consistente rilevano l'impossibilità di trovare lavoro e autonomia abitativa. È quindi opportuno sostenere le donne nel percorso di uscita dalla violenza con azioni che tengano conto di questi presupposti e delle difficoltà crescenti.
Descrizione	Il contesto di progetto è la territorialità costituita dai 10 Comuni del Nuovo Circondario Imolese, che fa parte a sua volta della Città metropolitana di Bologna. Specificatamente alle politiche di contrasto alla violenza di genere, negli ultimi quattro anni sono state sviluppate sul territorio le seguenti azioni: - sottoscrizione (in data 16/12/2015) e implementazione di un Accordo metropolitano per la realizzazione di attività ad interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza e sua traduzione operativa sul territorio imolese. Tale Accordo vede fra i firmatari la Città metropolitana di Bologna, il Nuovo Circondario Imolese, i Comuni e le Unioni dei Comuni dell'ambito metropolitano di Bologna, le Associazioni Trama di terre e PerLeDonne con sede a Imola e le Associazioni SOS Donna, Mondo Donna UDI, Casa delle Donne per non subire violenza con sede a Bologna. In esso si prevede il potenziamento e la messa in rete del sistema di accoglienza a donne che hanno subito violenza, attraverso azioni di consulenza, ascolto, sostegno e accoglienza, anche in emergenza; - promozione dell'integrazione del Percorso di accoglienza e di presa in carico sociosanitaria della donna vittima di violenza di AUSL di Imola e Azienda Servizi alla Persona Circondario Imolese, con Accordo di collaborazione con i due Centri Antiviolenza operanti sul territorio (Associazione Trama di terre e Associazione PerLeDonne) e con le Forze dell'Ordine per la creazione di sinergie operative attorno alle aree più critiche del fenomeno;aggiornamento dell'opuscolo informativo No alla violenza contro le donne – Guida ai servizi del territorio del Nuovo Circondario Imolese quale strumento per portare a conoscenza delle donne vittime di violenza, e di tutta la comunità, quali sono i Servizi (pubblici e terzo settore) ai quali potersi rivolgere; - partnership nel progetto di area metropolitana Di genere in genere: identità, differenze e relazioni metropolitane per lo sviluppo di percorsi di formazione, a fini preventivi, rivolti in particolare alle giovani generazioni; - partecipazione alla Cabina di regia delle Pari Opportunità della Città Metropolitana di

	Bologna; - coordinamento Consolidamento e potenziamento della rete dei servizi a favore di donne vittime di violenza domestica e dei loro figli (terminato in data 31/12/2017), attuato con la partnership di diversi Enti pubblici e del Terzo Settore, per consolidare e sostenere servizi quali sportello di ascolto, sostegno e consulenza, interventi in emergenza con collocazione in appartamenti "rifugio" e progetti di autonomia abitativa; - coordinamento Continuità del consolidamento e potenziamento della rete di servizi a favore di donne vittime di violenza domestica e loro figli (iniziato in data 01/01/2018) che, in continuità col progetto precedente, azioni di sostegno per le donne migranti vittime di violenza nella conoscenza dei propri diritti e delle leggi del Paese ospitante, affinché si riconoscano esse stesse e vengano riconosciute come soggetti portatrici di diritti sostenendole nei percorsi di emancipazione dalle situazioni di violenza. - partnership nel progetto di area metropolitana "Insieme per...una casa per te!" per lo sviluppo di percorsi di autonomia abitativa per donne (anche con figli) vittime di violenza; - rinnovo del Tavolo politico di contrasto alla violenza di genere, costituito dagli Amministratori locali alle Pari Opportunità dei dieci Comuni, e supportato dall'Ufficio di Piano del Nuovo Circondario Imolese; - ridefinizione del Tavolo tecnico di contrasto alla violenza di genere, quale spazio di riflessione tra gli operatori, i servizi e gli enti del Terzo Settore coinvolti, per il monitoraggio dei percorsi sociosanitari e della qualità della risposta, e finalizzato al consolidamento di una rete di intervento a favore delle donne vittime di violenza di genere per favorire la parità e combattere le discriminazioni. - Azioni di formazione, sia con riferimento agli operatori coinvolti nel settore, sia rivolte al contesto scolastico circondariale. Nel 2018 in particolare, a seguito di una formazione regionale sul tema dell'emergenza-urgenza per donne vittime di violenza, cui aderiscono operatori del sociale e del sanitario, verranno svolte formazioni locali agli operatori del settore utilizzando la metodologia della peer education; - Azioni di sensibilizzazione della cittadinanza sul tema, con un'attenzione particolare rivolta ai professionisti della cura del corpo femminile da agganciare tramite azioni comunitarie (progetto "Dalla parte delle donne: oltre la professione") - Azioni di prevenzione interne alle scuole. Nell'attuale assetto dei servizi le maggiori criticità che affrontano le donne riguardano gli strumenti a loro disposizione per ripensarsi nell'uscita dalla situazione violenta, ossia con l'ottenimento di indipendenza economica, con particolare riferimento a una situazione lavorativa stabile e sufficiente al proprio mantenimento e a quello dei figli/e, ed all'autonomia abitativa. Questi due aspetti assumono particolare rilevanza per le donne straniere che in mancanza di un lavoro non hanno i requisiti per il mantenimento dei permessi di soggiorno, condizione che può rappresentare un forte deterrente nel percorso di allontanamento dalla situazione di violenza spesso agita dai mariti.
Destinatari	Donne vittime di violenza (maltrattamenti, abusi, tratta, matrimoni forzati, ecc.) e figli.
Azioni previste	- Partecipazione del territorio al Coordinamento per le pari opportunità ed il sostegno alle donne vittime di violenza di genere; - Continuità di adesione all'Accordo Metropolitano - Partecipazione del territorio a bandi regionali sul tema (es. bando autonomia abitativa) - Formazione rivolta a operatori sociosanitari (Azienda Usl – ASP) coinvolti nella presa in carico delle donne vittime di violenza - Sostegno e consolidamento della rete locale antiviolenza - Attività di promozione di una cultura di genere all'interno degli Istituti Scolastici del Circondario Imolese (Dai gesti alle parole) - Attività di prevenzione e promozione della salute relative al programma di educazione alla socialità e all'affettività all'interno degli Istituti Scolastici del Nuovo Circondario Imolese (Si confronti Piano regionale della Prevenzione, progetto 5.7)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Integrazione con Scheda 14 (Pari Opportunità) e con progetto 5.7 del Piano Regionale della Prevenzione. Scheda sul Coordinamento metropolitano per le pari opportunità ed il sostegno alle donne vittime di violenza di genere.

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Imola, ASP Circondario Imolese, Associazioni del territorio afferenti al Tavolo Tecnico locale contro la violenza, Nuovo Circondario Imolese, forze dell'Ordine.
Referenti dell'intervento	Maria Grazia Saccotelli, Azienda Usl di Imola Valentina Salmi, Nuovo Circondario Imolese
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 89.071,00

- Altri fondi regionali (*Fondi Bando autonomia abitativa, Contributo regionale per progetti rivolti alla promozione ed al conseguimento delle pari opportunità e al contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere (Delibera n. 1835 del 17/11/2017 – Determina n. 3361 del)*): **76.000,00 €**
- Unione di comuni (*Nuovo Circondario Imolese*): **13.071,00 €**

Indicatori locali: 0

Pronto Intervento Sociale- PRIS

Approvato

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Riferimento scheda distrettuale: Consolidamento e sviluppo di Servizi Sociali Territoriali -SST

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Verso un nuovo Welfare: dalla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni all'innovazione sociale per il contrasto alle disuguaglianze e all'impoverimento
Descrizione	Il PRIS è un servizio previsto dalla L. 328/00, riconosciuto come livello essenziale di assistenza da garantire nei confronti di soggetti che versino in situazioni di emergenza e urgenza sociale. La Legge R.E.R. 2/2003 lo prevede nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Il PrIS interviene nei casi in cui si verifica una condizione di abbandono e di disagio estremo nella quale la persona si trovi senza apparente possibilità di attivare nell'immediato e autonomamente soluzioni sufficientemente adeguate ad alleviare la condizione di bisogno stessa. Si configura, nell'ambito del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, come soggetto preposto agli interventi necessari per rispondere alle necessità di bisogno indifferibile ed urgente, in particolare per i casi che ancora non siano assunti in carico da parte degli SST competenti territorialmente. Il Comune di Bologna è Ente capofila del servizio, di valenza metropolitana, che prevede l'adesione dei Comuni capodistretto in rappresentanza dei Comuni del territorio provinciale. L'Amministrazione comunale coordina e garantisce il monitoraggio e la verifica del buon andamento del servizio. Il servizio è stato affidato dal Comune di Bologna ad ASP Città di Bologna.
Destinatari	Minori e adulti in situazione di bisogno indifferibile ed urgente
Azioni previste	Il PrIS attiva le prestazioni che devono essere erogate in termini immediati per tutto l'arco delle 24 ore per quanto riguarda il territorio del Comune di Bologna. Per i distretti del territorio provinciale aderenti al progetto sovraterritoriale, si attiva al di fuori del normale orario di funzionamento dei Servizi Sociali Territoriali (SST), e risponde ai bisogni di natura sociale per i quali la tempestività della risposta risulta imprescindibile a garantirne l'efficacia. Il servizio di Pronto Intervento Sociale prevede: una Centrale operativa telefonica che funziona come primo accesso e raccoglie tutte le telefonate dagli operatori e dalle forze dell'ordine che rilevino la situazione di urgenza sociale; un Nucleo professionale, costituito da operatori sociali con formazione specifica che garantiscono la reperibilità e che può essere attivato tramite la centrale operativa qualora la situazione richieda una valutazione professionale, pur se urgente e parzialmente esaustiva; una rete di risorse/servizi/strutture attivabili immediatamente dalla centrale operativa. Per l'annualità 2018 si prevede il potenziamento del servizio PRIS area anziani per il periodo estivo (18 giugno –15 settembre), al fine di evitare ricoveri impropri di persone anziane che accedono al PS/OBI. La sperimentazione prevede le seguenti azioni generali:

	• intervento (telefonico e/o diretto) presso il P.S. dell'Ospedale Maggiore nelle fasce orario dalle 8.00 alle 18.00 dal Lunedì al Venerdì e dalle ore 8.00 alle 13 il Sabato su richiesta dell'infermiera di continuità, per l'effettuazione di valutazione multidimensionale del caso/i individuato/i presso PS/OBI dell'Ospedale Maggiore. • reperimento ed attivazione della rete familiare e sociale della persona segnalata. • segnalazione ai servizi sociali territoriali • eventuale attivazione, da parte dell'infermiere di continuità, del servizio trasporto al domicilio o in struttura residenziale. Il percorso residenziale sovradistrettuale prevede: • Attivazione diretta di n° 2 posti di pronta accoglienza presso la CRA Valleverde di Rastignano. (servizio attivabile per i sei Distretti dell'Ausl di Bologna). • Solo residualmente, in caso di indisponibilità di posti presso la CRA Vallleverde, attivazione diretta di posti di pronta accoglienza presso le Case di Riposo Villa Clelia (Lizzano in Belvedere), Villa Linda (Gaggio Montano), Villa Luana (Pianoro), Villa Morandi (Grizzana Morandi). (servizio attivabile per tutta l'area metropolitana di Bologna) NOTA: nei posti sovradistrettuali gli ospiti potranno essere accolti per un massimo di 48 ore, entro tale termine ogni Distretto dovrà provvedere al trasferimento del proprio cittadino sul proprio territorio.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comune di Bologna, ASP Città di Bologna, Comuni e Unioni di Comuni
Referenti dell'intervento	Chris Tomesani – Comune di Bologna; Annalisa Faccini – ASP Città di Bologna
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell' aiuto tra pari 1. sottogruppo Gap/Alcool 2. sottogruppo Demenze 3. sottogruppo Salute Mentale

Approvato

Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	1. Promozione e supporto dell'attività dei gruppi di auto mutuo aiuto nelle problematiche legate alle dipendenze 2. Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di automutuoaiuto nell'ambito della rete di cura delle persone con demenza e di aiuto ai loro caregivers, ha il significato di fornire opportunità al familiare per sostenersi nel lavoro di assistenza, alla persona malata ed al caregiver per sfuggire all'isolamento, per contrastare attivamente i limiti a cui la malattia porta, per confrontarsi con altri che hanno lo stesso problema e condividere le criticità e le possibili soluzioni. Nella realtà imolese è attiva e si sta implementando la rete dei caffè Alzheimer 3. Le pratiche di Auto Mutuo Aiuto sono strettamente collegate ad un modello di Salute Mentale di Comunità, empowerment, responsabilizzazione e valorizzazione del sapere esperienziale di tutti i cittadini in una ottica di costruzione sociale della salute.
Descrizione	1)sottogruppo GAP/ALCOL: l'intervento è finalizzato a favorire l'integrazione con Gruppi di Auto Muto Aiuto in area Alcol (Club Alcolisti in Trattamento) e in area Gioco d'azzardo Patologico (Giocatori Anonimi) potenziando gli scambi di conoscenze specifiche e le potenzialità di intervenire con maggiore efficacia nei confronti di utenti in carico sia nelle realtà locali di Mutuo Aiuto (alcol e gioco) che nei settori specifici dell'UOCDP di Imola. 2. Integrazione dei centri di incontro quali opportunità a bassa soglia nel sistema delle cure 3. I gruppi AMA già attivi sul territorio del Circondario Imolese, supportati anche dalla UOCPA con funzioni di segreteria e facilitazione, attraversano i seguenti temi: superamento di un momento di difficoltà o di una esperienza dolorosa (Ritorno al futuro, Lutto, Lavoratori precari); approfondimento di problematiche umane ed affettive (Crisalide, I muscoli e il cuore, Uomini in centro, I mille volti del cambiamento) superamento di varie forme di disagio (Gruppo uditori di voci, A porte Aperte); costruzione di una relazione positiva e soddisfacente tra le persone attraverso l'arte o attraverso l'attività sportiva (Gruppo Teatrale Tabu', Banda Tabu'; Corsi di Ginnastica Dolce, Nuoto, Yoga, Nordic Walking, Pallavolo, Sitting Volley); confronto e scambio di esperienze tra familiari di persone con disabilità fisica e psichica (Familiari Insieme, Germoglio). Le finalità non sono terapeutiche ma di condivisione di vissuti, esperienze e problemi. Vengono favorite la possibilità di espressione, narrazione, ascolto, condivisione e confronto.
Destinatari	1.Giocatori d'azzardo abituali e gamblers, Familiari di giocatori d'azzardo abituali e gamblers, Persone con problemi alcol correlati, Familiari di persone con problemi alcol correlati 2.Persone con demenza e loro familiari/caregiver, persone utenti centri SM e famiglie, la comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali 3. Tutte le persone che sentono il bisogno di migliorare la qualità della propria vita affrontando le situazioni difficili assieme ad altre persone, con disponibilità all'ascolto e all'aiuto reciproco.

Azioni previste	1. Invio di utenti da parte dell' UOCDP di Imola verso i gruppi di auto mutuo aiuto territoriali (CAT, Alcolisti Anonimi, Giocatori anonimi) e presa in carico di utenti da parte dell' UOCDP inviati dalle medesime realtà di Auto Muto Aiuto. Supervisioni o scambio di conoscenze specifiche tra servizio pubblico (UOCDP) e le realtà di auto mutuo aiuto 2. Mappatura delle attività presenti nel territorio e dei caregiver raggiunti 3. Mantenimento delle funzioni di facilitazione e sostegno da parte della UOCPA e del DSMDP in generale verso le iniziative di Auto Mutuo Aiuto 4. Supporto al Coordinamento dei Gruppi di AutoMutuo Aiuto Imolesi: incontri bimensili.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	1. Gruppi di auto mutuo aiuto del territorio (Club Alcolisti in Trattamento, Alcolisti anonimi, Giocatori Anonimi) 2. Associazione Alzheimer, Cooperative del privato sociale 3. Terzo Settore
Referenti dell'intervento	1. Direttore UOCDP Imola Stefano Gardenghi 2. Direttore Infermieristico Davide Carolo 3. Direttore DSMDP Alba Natali
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 4

1°: N.

utenti con presa in carico integrata

Descrizione: Numero di utenti con presa in carico integrata (UOCDP e Gruppi di Auto Mutuo Aiuto) / Utenti ai quali è stata proposta una presa in carico integrata (UOCDP e Gruppi di Auto Mutuo Aiuto) >30%

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 5 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 5

- **Obiettivo 2019:** 7

- **Obiettivo 2020:** 9

2°: N°

Centri di incontro nel territorio distrettuale

Descrizione: Mappatura dei centri

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 3

**3°: N gruppi AMA collegati alle pratiche di salute Mentale
di comunità del DSMDP (indicato**

Descrizione: Gruppi

AMA afferenti al Coordinamento gruppi di AutoMutuo Aiuto (Comprendenti quelli collegati alla UOCDP)

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 20

- **Obiettivo 2019:** 22

- **Obiettivo 2020:** 22

4°: N incontri del Coordinamento Gruppi di AMA

Descrizione: Sul

territorio del Circondario da oltre 20 anni si riunisce ogni due mesi il Coordinamento dei Gruppi AMA

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 6 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 6

- **Obiettivo 2019:** 6

- **Obiettivo 2020:** 6

Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del Terzo

Settore

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	Anche nel nostro territorio si rileva un certo grado di frammentazione sociale, ma anche la presenza di straordinarie risorse civiche. Non può, quindi, che essere un obiettivo rilevante la costante cucitura di queste risorse in un'ottica di coesione sociale e la promozione del capitale sociale attraverso la promozione della partecipazione.
Descrizione	All'interno di questa matrice comune, si ricompongono le azioni già in essere e quelle che verranno sollecitate, valorizzando ambiti diversi di iniziativa al fine di promuovere e consolidare esperienze di partecipazione, co – progettazione, rappresentanza, cittadinanza attiva.
Destinatari	La comunità del Nuovo Circondario Imolese
Azioni previste	A. Rafforzare, raccordandoli il più possibile in una cornice organica, gli interventi nei seguenti ambiti: ☐ Servizio Civile (progetti attualmente in corso, ridefinizione della struttura operativa) ☐ Consulta dell'Integrazione e dell'intercultura del Comune di Imola ☐ Coinvolgimento di soggetti del terzo settore nei programmi di contrasto all'esclusione sociale e povertà ☐ Progetti locali finanziati dalla L. R. 3/2010 "Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali" (azioni operative declinate in altre Schede intervento) ☐ Progetti attuati con la metodologia del Community Lab (per il 2018 Coordinamento azioni locali di riutilizzo delle eccedenze) B. Supportare gli Enti locali ed il Terzo Settore nello sviluppo di nuove forme di partenariato pubblico/privato sociale al fine di co - costruire progettazioni innovative, all'interno di linee guida regionali sulla co – progettazione.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Vedasi Sezione povertà per il coinvolgimento del terzo settore, Scheda n. 12 "Sostegno all'inclusione sociale delle persone straniere neo – arrivate" che comprende anche due azioni operative del Progetto "ComuntA'perTe", Scheda n. 16 "Sostegno alla genito
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni del Nuovo Circondario Imolese, Nuovo Circondario Imolese, ASP Circondario Imolese, AUSL di Imola, Consulta dell'Integrazione e dell'intercultura del Comune di Imola, Fondazione Montecatone onlus, soggetti del terzo settore, cittadini.
Referenti dell'intervento	M. Grazia Ciarlatani e Silvia Campana Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano Nuovo Circondario Imolese, Silvia Reggiani Comune di Imola, Francesca Marchetti Comune di Castel S. Pietro T., Alberto Gasparri AUSL di Imola, M. Gabriella Caprara ASP Circondario Imolese (altri referenti saranno coinvolti nel proseguo delle attività)

Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 55.386,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **44.886,00 €**
- Altri fondi regionali (*Fondi L. R. 3/2010*): **10.500,00 €**

Indicatori locali: 0

Sensibilizzazione e formazione al servizio civile

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del Terzo Settore

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	Collaborazione pubblico privato, valorizzazione del Terzo settore
Descrizione	Diffondere i valori del servizio civile quale strumento di cittadinanza attiva e di impegno sociale per i giovani italiani e stranieri; Creare momenti di incontro e scambio tra i volontari di enti diversi per attività e per territorio; Contribuire alla formazione di cittadini responsabili attraverso percorsi di sensibilizzazione e apprendimento; Valorizzare le competenze e l'inserimento professionale dei giovani che hanno partecipato ai progetti di servizio civile utilizzando strumenti europei e canali informatici; Creare occasioni di confronto tra gli operatori degli enti di servizio civile per lo scambio di buone pratiche; Rafforzare le esperienze di coprogettazione tra enti per condividere competenze, innalzare la qualità del servizio civile, rispondere in forma congiunta ai bisogni del territorio; Stimolare il confronto interistituzionale e sensibilizzare l'opinione pubblica sul valore del servizio civile, quale opportunità per gli enti e per i giovani; Supportare il percorso di attuazione della riforma del servizio civile universale.
Destinatari	
Azioni previste	Gruppi di lavoro tematici per la realizzazione delle attività previste dal sistema di servizio civile; Formazione generale dei volontari in SCN e SCR in forma coordinata e congiunta tra gli enti di SC; Moduli formativi sulla valorizzazione delle competenze acquisite tramite il SC per favorire l'inserimento lavorativo dei giovani; Incontri formativi coordinati e congiunti tra gli enti del territorio per l'aggiornamento delle figure previste dal sistema di servizio civile; Interventi di presentazione del servizio civile nelle scuole secondarie con metodologie di apprendimento non formale; Infopoint sul servizio civile all'interno di eventi, feste del volontariato e iniziative rivolte ai giovani; Rilevazione, monitoraggio e valutazione delle azioni previste; Elaborazione del piano provinciale del servizio civile tramite la raccolta dei diversi progetti di servizio civile universale e regionale per favorire l'equa distribuzione dei posti sul territorio provinciale Sostegno agli enti per l'iscrizione al nuovo albo di servizio civile universale
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti di servizio civile aderenti al Coordinamento Provinciale di Bologna (enti pubblici, fondazioni, organizzazioni non profit, cooperative ecc.); Associazioni di promozione sociale; Organizzazioni di volontariato; Centri di aggregazione giovanile; Università; Istituto storico Parri; Scuola di Pace di Montesole; Museo Cidra; Centri sociali e ricreativi; Scuole secondarie di secondo grado; Centri di formazione professionale; Consulta provinciale della protezione civile; Centri per l'impiego; Informagiovani
Referenti dell'intervento	Coordinamento provinciale enti di servizio civile CO.PR.E.S.C. di Bologna Cinzia Giannoni – Sebastiano Miele tel. 051/6599261 – serviziocivilebologna@gmail.com

Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/professionisti

Approvato

Riferimento scheda regionale

31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Riorganizzazione punti nascita
Descrizione	Riorganizzazione punti nascita
Destinatari	Donne, coppie in gravidanza e nel post parto
Azioni previste	a)consolidamento della rete con l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna per STAM, STEM e oncologia ginecologica b)collaborazione con Consultorio e Asp per bisogni specifici c)avvio gruppo di lavoro per la revisione di tutta l'assistenza al percorso nascita promuovendo una forte integrazione H/T e sociosanitaria locale prevedendo la redazione di un documento di riorganizzazione specifico
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Asp, Tavolo Tecnico di contrasto alla violenza, Terzo Settore
Referenti dell'intervento	Zucchini Stefano, Saccotelli Maria Grazia, Ricciutello Cosimo- Azienda Usl di Imola Riferimento scheda: Gabriele Peroni g.peroni@ausl.imola.bo.it tel.0542604960-4950
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti ed adolescenti

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	A fronte delle problematiche emergenti sociali e sanitarie che coinvolgono minori in situazioni di rischio per condizioni di maltrattamento e di disagio relazionale all'interno di famiglie multi problematiche, si rende sempre più inderogabile l'esigenza di operare appropriate scelte di integrazione socio-sanitaria nella programmazione di interventi atti a soddisfare l'applicazione delle DGR 1904/11, 1677/13 e 1102/14. Sviluppare e documentare un percorso interaziendale AUSL e ASP sulla tutela dei minori, con particolare riferimento alle condizioni di maltrattamento e abuso. Su queste ultime sviluppare una formazione specifica orientata al lavoro clinico e sociale sulle esperienze traumatiche.
Descrizione	In particolare si intende rivolgere una particolare attenzione alle condizioni di estrema fragilità e rischio costituite da condizioni traumatiche che si configurano come abbandoni, separazioni dovute a fenomeni migratori e situazioni di custodia cautelare. In tale ambito vanno studiate strategie di intervento che orientino i minori verso una maggiore autonomia al passaggio in età adulta contrastando il rischio di sviluppo antisociale o di disturbi psicopatologici. Per le condizioni di maltrattamento e abuso vanno definite procedure relative alla componente ospedaliera in integrazione ai servizi territoriali aziendali e all'ASP.
Destinatari	Bambini e adolescenti in condizioni di grave disagio e rischio psicosociale. Per l'adolescenza la fascia di età è quella dei 14-25 anni per allinearci alle recenti linee di indirizzo regionali. Gli interventi sono inoltre rivolti alle famiglie, alla rete dei professionisti coinvolti e agli enti gestori di comunità.
Azioni previste	Applicare i percorsi definiti dalle DGR di riferimento Operare in modo integrato per la prevenzione degli allontanamenti dei minori attraverso interventi educativi, sanitari e sociali valorizzando la domiciliarità e la prossimità. Monitorare gli interventi per valutazioni di esito atte a migliorare la programmazione dei servizi nel senso dell'appropriatezza e di un utilizzo finalizzato delle risorse. Sviluppare un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale (AUSL-ASP) sulla tutela dei minori in condizioni di pregiudizio.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Collaborazione con enti, associazioni e istituzioni. Gruppo di lavoro integrato sociale e sanitario per la definizione di un PDTA sulla tutela minori.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASP, AUSL (NPIA, CF, CSM, Pediatria ospedaliera, Dipendenze Patologiche).
Referenti dell'intervento	Ricciutello- Azienda Usl di Imola Caprara- ASP Circondario Imolese
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 1.136.638,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **330.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **140.000,00 €**
- AUSL : **30.000,00 €**

Risorse comunali: **636.638,00 €** di cui:

- ASP/Comuni per quote ad hoc: **636.638,00 €**

Indicatori locali: 0

Centro Specialistico metropolitano contro l'abuso e il maltrattamento “Il Faro”

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Qualificare il sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorrenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione tutela

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Il crescente disagio di bambini e ragazzi, che presentano problematiche complesse, in particolare legate a situazioni di abuso e maltrattamento, necessita di qualificare e consolidare sempre più gli strumenti, le modalità di lavoro e le azioni di rete tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema di accoglienza (servizi sociali, sanitari, educativi e privato sociale), mettendo a punto percorsi specifici ed integrati per la valutazione e la presa in carico del minore e della sua famiglia.
Descrizione	Il centro “Il Faro” garantisce l'intervento sulle situazioni complesse di bambini/adolescenti vittime di precoci e gravi forme di abuso/maltrattamento che necessitano di una risposta qualificata e specialistica e supporta i servizi territoriali attraverso interventi di consulenza al fine di offrire interventi omogenei sull'intero territorio metropolitano.
Destinatari	☐ Bambini/adolescenti vittime di precoci e gravi forme di abuso/maltrattamento e famiglie (interventi diagnostici, terapeutici e di accompagnamento nei percorsi giudiziari). ☐ Operatori di Servizi Sociali, Sanitari, Educativi e Scolastici (interventi di supporto e consulenza). ☐ Operatori e alunni di istituzioni educative e scolastiche (interventi di prevenzione).
Azioni previste	Il centro “Il Faro” realizza azioni riguardanti: ☐ mantenimento di un'equipe multiprofessionale interaziendale che garantisca un adeguato intervento sui casi complessi inviati dai servizi; ☐ attività di consulenza specialistica; ☐ presa in carico diagnostica e terapeutica; ☐ elaborazione del progetto di intervento riparativo e terapeutico con l'equipe del territorio; ☐ realizzazione dell'attività formativa e di supervisione; ☐ realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e informazione; ☐ attività di documentazione e ricerca sul fenomeno; ☐ gestione Centro di documentazione; ☐ gestione spazio attrezzato per l'ascolto del minore nel procedimento giudiziario ☐ elaborazione relazione annuale sull'attività svolta Nell'ambito dell'Ufficio di Supporto della CTSS metropolitana si è condiviso l'opportunità di consolidare ed ampliare l'attività de Il FARO, avviando contestualmente un gruppo tecnico finalizzato ad elaborare un progetto in cui siano dettagliate in particolare le seguenti funzioni:

	☐ modalità di raccordo tra Il FARO e i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali; ☐ modalità di accesso al servizio Il FARO; ☐ modalità di presa in carico di utenti particolarmente complessi (anche in relazione al servizio di accompagnamento e supporto nel corso di procedimenti giudiziari in tribunale); ☐ raccordo con le ETI/UVM minori; ☐ sinergie/integrazione tra servizio di consulenza giuridica de Il FARO e Ufficio Tutele del Comune di Bologna (nella prospettiva dell'eventuale sviluppo di un Ufficio Tutele Metropolitano).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, ASP Nuovo Circondario Imolese, ASP Seneca, ASP Città di Bologna, ASC Insieme, Istituzione Servizi Sociali, educativi, culturali dell'Unione dei Comuni dell'Appennino bolognese, Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, Comune di Bologna
Referenti dell'intervento	Monica Minelli, Mariagnese Cheli
Risorse non finanziarie	Personale Ufficio di Supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna, personale appartenente alle istituzioni coinvolte.

Totale preventivo 2018: € 28.983,00

- AUSL : **25.000,00 €**

- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC...): **3.983,00 €**

Indicatori locali: 0

P.I.P.P.I- Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Qualificare il sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorrenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione tutela

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Comune di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Ritornare ai giovani – La tutela dei minori in difficoltà
Descrizione	Al fine di potenziare le politiche e gli strumenti a supporto della genitorialità e a sostegno della qualificazione del sistema di accoglienza, di protezione, cura e tutela dei minori, la CTSSM, attraverso il Coordinamento tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza, attiva le sinergie con i diversi coordinamenti attivi a livello metropolitano, volti a definire modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi e sanitari, a prevenire l'allontanamento dei minori dalla loro famiglia di origine attraverso l'implementazione del modello di intervento P.I.P.P.I. a qualificare il sistema dell'accoglienza fuori dalla famiglia e dell'adozione di minori.
Destinatari	
Azioni previste	- Verifica e progettazione degli interventi intensivi ed integrati da parte di equipe multidisciplinari, nei confronti e con famiglie e minori in carico ai Servizi sociali comunali per situazioni di vulnerabilità, negligenza genitoriale o necessità di protezione e tutela (Area Accoglienza ed Area Tutela Minori del Servizio Sociale Territoriale, Centro per le Famiglie e Servizio Risorse Minori di Asp Città di Bologna) - realizzazione di Laboratori formativi, in collaborazione con l'Università di Padova, per l'implementazione, la cura e la sperimentazione dei Dispositivi previsti dalla Linee di Indirizzo nazionali del dicembre 2017 (vicinanza solidale, gruppi con genitori e gruppi con bambini, educativa domiciliare, partenariato tra scuola, famiglia e servizi) e per l'utilizzo degli strumenti di valutazione (triangolo, genogramma, scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio, ecc..) - prosecuzione incontri di Tutoraggio sui casi e di formazione congiunta tra gli operatori coinvolti, in collaborazione con il Consultorio Familiare Ausl di Bologna - rilevazione e valutazione dei risultati attesi attraverso una Cabina di regia a cadenza indicativamente bimestrale ed attraverso la partecipazione ai coordinamenti regionali sul progetto Pippi nelle diverse declinazioni assunte nei territori.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni dell'area metropolitana; Nuovo Circondario Imolese, Provincia di Bologna, Ausl di Bologna, Ausl di Imola, Asc Insieme, Asp Seneca, Asp Circondario Imolese, Asp Città di Bologna
Referenti dell'intervento	Gina Simona Simoni - Comune di Bologna-Responsabile Servizi ed interventi Famiglie e Minori Antonella Tosarelli e Tiziana Mori – Comune di Bologna – Referenti territoriali del Progetto

	Pippi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

PROMOZIONE DELL'EQUITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Approvato

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate rappresentano un tema oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione. Ad oggi non si rileva una sufficiente chiarezza e condivisione tra gli esperti rispetto alle cause determinanti il fenomeno e alle soluzioni maggiormente efficaci. Il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna per la X legislatura regionale.
Descrizione	Nel 2015 e 2016 sono state attuate diverse azioni (in applicazione delle DGR n. 1056/15 e DGR 377/2016) riguardanti la riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale; nel 2017 è stata adottata la DGR 272 che definisce obiettivi e strumenti per la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati prevedendo un monitoraggio strutturato delle liste e dei tempi di attesa, la definizione delle priorità e dei relativi tempi massimi di attesa e l'adozione di sistemi e strumenti di comunicazione ai cittadini
Destinatari	Tutta la popolazione
Azioni previste	- garanzia dei tempi di attesa standard per le prestazioni specialistiche (7 gg per le urgenze, 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni) - miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante - incremento delle prenotazioni e dei controlli effettuati da parte della struttura sanitaria che ha in carico il cittadino - garanzia dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in relazione alla classe di priorità assegnata; - adozione di sistemi di comunicazione trasparente verso i cittadini rispetto a liste e tempi di attesa; - monitoraggio delle disdette e delle mancate presentazioni.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Partecipano al monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa: - le parti sociali; - gli Enti Locali, nell'ambito delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie; - le rappresentanze dei cittadini, nell'ambito del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità

	dei servizi dal lato del cittadino (CCRQ).
Referenti dell'intervento	PAOLA DAL POZZO
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Promozione e supporto alla qualificazione dei punti di accesso

Approvato

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Riferimento scheda distrettuale: Consolidamento e sviluppo di Servizi Sociali Territoriali -SST

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Promuovere equità di accesso e delle opportunità del cittadino in tutta l'area metropolitana
Descrizione	La DGR 1012/2014 promuove la realizzazione del SST unico distrettuale; al suo interno, lo sportello sociale è uno snodo importantissimo per soddisfare adeguatamente i bisogni dei cittadini. Attraverso una serie di azioni, ci si propone di sostenere e potenziare l'accesso ai servizi nei territori, con l'obiettivo di garantire equità delle opportunità per i cittadini.
Destinatari	Operatori dell'accesso ai servizi, Uffici di Piano
Azioni previste	Si realizzeranno azioni differenziate tra i territori, sulla base delle richieste e delle esigenze dell'organizzazione distrettuale esistente: - Focus group con gli operatori, finalizzati a far emergere le problematiche esistenti relative all'inserimento dei dati e alla "gestione" dello sportello e a garantire omogeneità nell'utilizzo del sistema informativo. - Elaborazioni dati dell'Osservatorio degli sportelli sociali, finalizzate alla conduzione dei focus group, a esaminare i bisogni esistenti nei territori e a fare un confronto con i dati esistenti relativi ai diversi territori e/o ai periodi precedenti per verificare l'andamento dell'inserimento dei dati. - Si inizierà la sperimentazione di una modalità omogenea di inserimento dei bisogni e dei servizi richiesti, in modo da arrivare ad avere dati confrontabili tra i diversi comuni. Si potranno aggiornare ed attualizzare le "regole d'oro" distrettuali per l'inserimento dei dati, elaborate nel 2016 in collaborazione con il distretto Pianura Est. - Si coordineranno alcune azioni di auto-formazione tra gli operatori degli sportelli. Si potranno anche realizzare momenti di formazione "standard", relativi al complesso del sistema dei servizi alla persona e alle novità della normativa nazionale e regionale in tema di servizi sociali (nuova governance, gestione pubblica unica, REI, RES, PSSR...) e momenti di formazione finalizzati ad un uso consapevole e corretto del sistema informativo. Si istituirà un coordinamento metropolitano dei referenti territoriali degli sportelli sociali, in modo tale da garantire le medesime opportunità e i medesimi servizi ai cittadini in tutta l'area metropolitana. Attraverso il coordinamento dei referenti degli sportelli sociali, si aggiornerà il Portale degli sportelli sociali inserendo le informazioni più recenti in modo tale da fornire uno strumento utile a tutta la cittadinanza. Si realizzerà una mappatura distrettuale dei soggetti del Terzo settore e delle attività da essi svolte in merito ai bisogni emergenti e si valuteranno le modalità con cui raccordare all'interno del portale queste informazioni, in modo da poterle diffondere alla cittadinanza. A seguire, potrà essere realizzata una azione di formazione rivolta agli operatori di sportello sociale, finalizzata allo sviluppo di una funzione di orientamento dei cittadino verso il territorio

	e la comunità. Si promuoverà inoltre l'integrazione tra i diversi punti di accesso. Si sosterranno azioni di accompagnamento ai processi di conferimento nelle Unioni e di omogeneità territoriale, anche attraverso la realizzazione di mappature delle attività dettagliando gli ambiti di attività, gli orari di apertura, i bisogni ai quali danno risposta, i servizi offerti. Si raccoglieranno anche altri dati di accesso eventualmente disponibili, in aggiunta rispetto a quelli dell'Osservatorio degli sportelli sociali. Saranno previsti momenti e restituzione dei lavori a livello tecnico e politico, con la finalità di raggiungere obiettivi e realizzare azioni con la maggiore condivisione possibile.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Uffici di Piano, responsabili di servizio sociale territoriale, operatori di sportello sociale, operatori di sportelli tematici
Referenti dell'intervento	Struttura Tecnica Metropolitana: Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Bianca Veronica Di Nuzzo
Risorse non finanziarie	Le attività vengono in parte svolte nell'ambito degli accordi attuativi della convenzione quadro tra CM e Unioni/Comuni – progetti di collaborazione ed integrazione, e pertanto in alcuni casi coinvolgono i referenti degli Uffici di Piano

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in Emergenza /Urgenza

Approvato

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute . Il pronto soccorso riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità soprattutto per le patologie tempo-dipendenti. Il pronto Soccorso è uno snodo fondamentale tra ospedale e il territorio nella gestione dei pazienti cronici e polipatologici Oggi il PS si può considerare come un servizio con una doppia veste : servizio ad alta specializzazione per la gestione di casi complessi , dall'altro potenziale raccordo tra sanitario e i servizi territoriali a bassa soglia . E' quindi l'interfaccia tra ospedale da una parte e territorio dall'altra .
Descrizione	1) Garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità 2) integrazione ospedale territorio 3) predisposizioni percorsi pazienti fragili
Destinatari	1) a: personale sanitario ospedaliero : medici DEA , radiologi, infermieri DEA e personale 118 1)b: Cittadini e personale interno ospedaliero soprattutto medici ed infermieri del PS ortopedico , pediatrico , oculistico e medici ed infermieri degli ambulatori specialistici 2) professionisti del DEA 3) Medici del DEA , MMG , Pneumologi
Azioni previste	1) a: attuazione procedura interaziendale trombectomia per pazienti con stroke ischemico 1) b: Piano del sovraffollamento : definizione NEDOCS , fast -track, affidamento specialisti 2) Promuovere iniziative formative nella gestione dei pazienti fragili in emergenza /urgenza (es.vittime di violenza ed abuso) 3) Sviluppo interfaccia territorio-ospedale della BPCO
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	2) integrazione con politiche sociali (ASP)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	2)ASP
Referenti dell'intervento	Cenni Patrizia
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare

Approvato

Riferimento scheda regionale

35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Sviluppo della telemedicina per pazienti cronici (BPCO, scompenso cardiaco e diabete) che vivono in aree distanti più di 60 minuti da strutture ospedaliere di primo livello. Distribuzione dispositivi domiciliari agli utenti. Per le caratteristiche oro-geografiche descritte la Casa della Salute della Vallata del Santerno, in corso di realizzazione ed operativa entro il 2018, rappresenta il setting sperimentale adeguato all'obiettivo del progetto.
Descrizione	Il progetto/intervento intende sviluppare i seguenti obiettivi: Realizzare un servizio di telemedicina a favore dei pazienti residenti in aree disagiate e affetti da malattie croniche quali diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva e scompenso cardiaco, attraverso l'ambulatorio cronicità della Casa della Salute della Vallata del Santerno, secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la continuità assistenziale.
Destinatari	Cittadini, Case della Salute, strutture residenziali e semiresidenziali, strutture territoriali, ADI, MMG, PLS.
Azioni previste	Ai fini del raggiungimento degli obiettivi sopra descritti, è previsto lo sviluppo delle seguenti azioni a livello locale: - Individuare all'interno della Casa della Salute della Vallata del Santerno un Ambulatorio che dovrà avere specifiche caratteristiche strutturali/tecnologiche (ambulatorio cronicità); - Individuare la popolazione target, ovvero l'identificazione dei pazienti affetti dalle patologie croniche selezionate, residenti nelle aree ubicate indicativamente a distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di livello superiore; - Individuare il percorso funzionale e organizzativo relativo alla presa in carico e gestione del paziente cronico; - Individuare ospedale o specialista di riferimento e modalità di raccordo; - Individuare i criteri di priorità (definiti dall'equipe della CdS) per la dotazione dei dispositivi domiciliari ai pazienti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL (Ingegneria Clinica, DCP, operatori della Casa della Salute della Vallata del Santerno, specialisti), medici di assistenza primaria, volontariato
Referenti dell'intervento	Direttore DCP, operatori della Casa della Salute della Vallata del Santerno

Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Consolidamento e sviluppo di Servizi Sociali Territoriali -SST

Approvato

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	ASP
Specifica soggetto capofila	ASP Circondario Imolese
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	La Comunità è oggi soggetta a rapidissimi cambiamenti che richiedono: - un continuo adeguamento del sistema alla mutevolezza sociale - una manutenzione periodica degli strumenti di programmazione ed erogazione dei servizi - coinvolgimento della rete pubblico-privata e non solo delle istituzioni, - collaborazione in luogo di autorità. L'assetto organizzativo adottato da Asp verrà gradualmente sperimentato per il tempo utile ad evidenziarne aspetti migliorativi ed aspetti da migliorare, fino ad arrivare al completo allineamento alle indicazioni regionali compatibilmente con le risorse a disposizione
Descrizione	Il Servizio Sociale territoriale ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. Il Servizio Sociale Territoriale ha il compito di garantire l'ascolto dei cittadini, l'informazione e l'orientamento, sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi, attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale, promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere, favorire e sostenere politiche e interventi che riducano il grado di esposizione della popolazione a rischio di esclusione, di emarginazione e di disagio sociale, far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili che richiedono tempestività di intervento e nelle quali vi siano elementi di rischio e pregiudizio.
Destinatari	I cittadini
Azioni previste	• Intensificazione del lavoro di comunità indirizzando l'operatività verso la valorizzazione dell'integrazione fra servizi e l'interazione con il territorio nelle sue varie componenti istituzionali e associazionistiche • Completamento dell'attuazione graduale dei modelli organizzativi previsti nelle Linee Guida regionali; • Proseguimento dell'omogeneizzazione delle modalità operative e procedurali del SST nei diversi territori del NCI, nonché delle modalità di approccio professionale nella gestione del lavoro sociale; • Organizzazione del sistema di responsabilità/coordinamento del SST alla luce della normativa offrendo una occasione di sperimentazione e crescita professionale agli operatori interessati. • Riequilibrio dei carichi di lavoro e delle risorse umane dedicate sui territori, sulla base dei risultati delle banche dati, dei bacini di utenza e delle indicazioni delle linee guida regionali. • Alimentare i flussi informativi coerenti con le funzioni svolte a supporto del processo di analisi del territorio e dei suoi bisogni/risorse

	• Integrazione operativa con le figure professionali aggiuntive (ass. sociali ed educatori) afferenti a progetti specifici (Rel/ReS, Casp-ER, ecc.) • Inserimento nelle aree territoriali di personale OSS a supporto delle attività socio-assistenziali, in collaborazione con gli A.S., per gli utenti in carico • Implementazione della dotazione organica di ASP di 2 AS e 1 educatore.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, del lavoro, scolastiche, abitative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL di Imola, Terzo Settore, cittadini
Referenti dell'intervento	Gilberta Ribani – ASP Circondario Imolese
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 2.126.330,00

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **126.000,00 €**

Risorse comunali: **2.000.330,00 €** di cui:

- ASP/Comuni per quote ad hoc: **2.000.330,00 €**

Indicatori locali: 0

Livelli essenziali delle prestazioni sociali nei Comuni della Città metropolitana di Bologna

Approvato

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Promuovere equità di accesso e delle opportunità del cittadino in tutta l'area metropolitana
Descrizione	La definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) è solitamente subordinata alla presenza di un livello adeguato di finanziamenti per garantirne l'implementazione. In assenza di finanziamenti che possano rendere esigibili i diritti stabiliti dai LEPS, si può adottare un approccio mirato a definire i LEPS attualmente erogabili, a condizioni e finanziamenti dati. Seguendo tale approccio, i LEPS possono essere operativamente classificati nella maniera seguente: • LEPS intesi come garanzia della presenza di determinati servizi. La stessa Legge 328/2000 ha definito un elenco di servizi da prevedere e la legislazione regionale ha introdotto altri servizi da assicurare a livello locale. • LEPS intesi come prestazioni da erogare nei limiti di uno stanziamento definito. Si tratta di prestazioni che vengono solitamente definiti in ambito locale, ma che spesso sono previste anche nella legislazione regionale. Si rende opportuno un impulso per omogeneizzare almeno le priorità di accesso, i requisiti qualitativi delle prestazioni, i criteri minimi di garanzia delle prestazioni. • LEPS che devono essere erogati per disposizioni di legge. Alcuni interventi sociali dei Comuni sono senz'altro da garantire per prescrizioni legislative (ad esempio, la presa in carico di minori privi di sostegni familiari) o di disposizioni della magistratura (ad esempio, la tutela di persone non in grado di provvedere a se stesse). • LEPS erogati dall'INPS: prestazioni assistenziali effettivamente esigibili, in presenza dei requisiti di accesso previsti.
Destinatari	
Azioni previste	L'attuazione delle leggi regionali in materia di welfare, del piano sociale e sanitario regionale, delle programmazioni di zona per la salute e il benessere sociale, non ha colmato le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi. La spesa sociale dei Comuni metropolitani è ancora estremamente diversificata. E' quindi opportuno definire un livello minimo delle prestazioni sociali, da garantire a tutti i cittadini dell'area metropolitana bolognese, attraverso un utilizzo delle risorse disponibili che sia maggiormente orientato all'equità sociale. L'analisi dei LEPS verrà condotta attraverso diverse azioni: 1. Rilevazione dei bisogni sociali, utilizzando prioritariamente il Sistema informativo degli sportelli sociali; 2. Identificazione dei flussi di spesa e della dinamica degli ultimi 5 anni, utilizzando le rilevazioni esistenti (dati ISTAT sugli interventi e sulla spesa sociale dei Comuni, dati di consuntivo FRNA e FNA); 3. Analisi organizzativa della strutturazione dei Servizi Sociali Territoriali; 4. Costituzione di un gruppo di progetto finalizzato alla definizione dei LEPS, articolati

	come sopra.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ANCI, Università, Uffici di Piano
Referenti dell'intervento	Struttura Tecnica Metropolitana: Francesco Bertoni, Tiziana Di Celmo
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

CAPIRSI FA BENE ALLA SALUTE

Approvato

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	Il nuovo PSSR 2017-2019 prevede una specifica scheda d'intervento sulla Health Literacy (HL). Secondo la definizione dell'OMS rappresenta il grado della capacità degli individui (saper leggere, saper scrivere, saper parlare, saper ascoltare, avere minime competenze matematiche, nel contesto in cui si svolgono le attività sanitarie) di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Possedere una buona "Health Literacy" significa avere le competenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggior controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari (es. fare attività fisica e mangiare cibi sani); per contro è probabile che le persone con competenze limitate accedano in misura minore ai servizi di prevenzione, abbiano una minore capacità di comunicare i sintomi della malattia, maggiori difficoltà a comprendere il proprio problema di salute, a leggere e capire le istruzioni delle medicine, la loro funzione e i possibili effetti collaterali. All'Azienda USI di Imola, ha già formato, sull'approccio HL, a partire dal 2013 n. 127 dipendenti del ruolo sanitario e n. 29 dipendenti dell'Istituto di Montecatone. Per quello che attiene l'orientamento dei cittadini, dopo aver progettato la segnaletica per il Presidio Ospedaliero con il supporto dei volontari del Comitato Consultivo Misto ed averla realizzata, il Servizio tecnico aziendale, l'URP e i volontari hanno prodotto e somministrato un questionario di valutazione della nuova segnaletica.
Descrizione	Il progetto intende sviluppare i seguenti obiettivi: • Formare i professionisti sanitari, amministrativi e di area sociale (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto; • Valutare l'impatto generato dalla formazione erogata; • Produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari • Favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie
Destinatari	Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti dell'Azienda USI di Imola, Montecatone e ASP
Azioni previste	Ai fini del raggiungimento degli obiettivi sopra descritti, sono previste le seguenti azioni: Obiettivo 1: • Progettare percorsi formativi modulando ed equilibrando la necessità di garantire da un lato trasversalità di approccio al tema HL e dall'altro valorizzare il contributo delle specificità legate alle diverse professionalità coinvolte (soprattutto per l'area amministrativa). I destinatari individuati in via prioritaria sono coloro che operano all'interno delle Case della Salute di Castel San Pietro Terme e Medicina; • Programmare ed erogare gli eventi formativi

	Obiettivo 2: • Pianificare la valutazione di impatto della formazione erogata definendo metodi e strumenti • Misurare l'impatto generato anche a seguito della formazione erogata Obiettivo 3: • Produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari in via prioritaria sul tema dello Scompenso cardiaco; Ossigeno terapia; allattamento al seno. Obiettivo 4: • Organizzare incontri pubblici • Produrre materiale e aggiornamenti della segnaletica della Casa della Salute di Castel San Pietro Terme • Elaborare i dati del questionario degenza 2018
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Montecatone R.I. e ASP
Referenti dell'intervento	Obiettivi 3 e 4: Dott.ssa Alice Bonoli (Staff Informazione e Comunicazione)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	E;

Razionale	Garantire il mantenimento dei "vecchi" Lea e l'implementazione dei "nuovi" Lea in materia vaccinale; garantire tutti gli adempimenti relativi agli obblighi vaccinali per la frequenza scolastica
Descrizione	
Destinatari	a-c-d) personale sanitario dipendente e convenzionato b)CCM aziendale e)donne in gravidanza f)Istituti scolastici g)tutta la popolazione
Azioni previste	a)iniziativa di formazione informazione b)collaborazione con il CCM per promuovere la pratica vaccinale rivolta alle persone anziane c)collaborazione con Medico Competente Aziendale per promuovere l'adesione alla vaccinazione agli operatori sanitari d)collaborazione con MMG per vaccinazione anti pneumococcica oltre che antinfluenzale e)offerta attiva vaccinazione antipertosse nelle donne in gravidanza in collaborazione con Consultorio e Ginecologia f)costruzione di collaborazione con Istituti Scolastici per scambio elenchi e verifica posizioni vaccinali degli alunni, in aderenza alle norme g)chiamata attiva e somministrazione di tutte le vaccinazioni previste
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	Rangoni Roberto Riferimento scheda: Gabriele Peroni g.peroni@ausl.imola.bo.it tel.0542604960-4950
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Sviluppo Trasporto Pubblico Locale – Fondo Sociale Mobilità

Approvato

Riferimento scheda regionale

22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	Contrastare l'impoverimento, sostenere e promuovere l'inclusione sociale delle persone a rischio di fragilità e di povertà estrema
Descrizione	La Regione Emilia-Romagna, con DGR 1982/2015, nell'ambito della Programmazione sociale, a partire dal 2016 ha deciso di adottare nuovi criteri per l'accesso ai titoli di viaggio "MI MUOVO INSIEME", in modo da includere nuove categorie sociali beneficiarie di abbonamenti a tariffa agevolata per il trasporto pubblico locale. Inoltre, con la stessa DGR ha istituito un fondo vincolato da destinare agli Enti capofila per l'erogazione di ulteriori contributi destinati ai beneficiari dei titoli di viaggio del trasporto pubblico locale in situazione di particolare difficoltà. L'innovazione introdotta ha riguardato anche gli enti beneficiari delle risorse: una quota (pari al 30% su base regionale) è stata destinata agli ambiti distrettuali, ossia, per la nostra CTSS, tutti fuorché l'ambito del Comune di Bologna (vedi tabella con riparto regionale 2017). Azione di coordinamento rispetto al Trasporto Pubblico Locale. E' stato pertanto realizzato un coordinamento che portasse alla definizione di un accordo sovra distrettuale per l'utilizzo delle risorse con criteri omogenei.
Destinatari	
Azioni previste	Nel corso del mese di Aprile 2018 è stato approvato l'accordo sovra distrettuale per il Trasporto Pubblico Locale. Si tratta di un accordo che comprende cinque dei sette territori dell'ambito metropolitano bolognese. Le azioni previste sono le seguenti: - Monitoraggio periodico sull'utilizzo delle risorse e sui beneficiari del servizio; - Estensione dell'accordo alla totalità dei territori dell'ambito metropolitano; - Verifica del possibile ampliamento al trasporto ferroviario, attraverso tavoli di lavoro con i gestori del trasporto; - Verifica del possibile allargamento ad ulteriori categorie di beneficiari, anche attraverso l'ampliamento delle fonti di finanziamento disponibili. Verrà realizzato un confronto periodico con le OO.SS. in sede di monitoraggio dell'accordo sottoscritto.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche per la mobilità
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Gestori Trasporto Pubblico Locale, OO.SS., Uffici di Piano
Referenti dell'intervento	Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Stefania Baldi
Risorse non finanziarie	Le attività vengono in parte svolte nell'ambito degli accordi attuativi della convenzione quadro tra CM e Unioni/Comuni – progetti di collaborazione ed integrazione, e pertanto in alcuni casi

	coinvolgono i referenti degli Uffici di Piano

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Potenziamento segreteria organizzativa, comunicazione e formazione della CTSS Metropolitana di Bologna

Approvato

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Sviluppo azioni di sistema e relazioni con gli stakeholders
Descrizione	L'azione è mirata alla organizzazione e verbalizzazione della attività della CTSSM , della Struttura Tecnica Metropolitana, dell'Ufficio di Supporto per la soluzione dei problemi organizzativi e di monitoraggio della tempistica, in relazione alle scadenze istituzionali e alla pianificazione della agenda del Presidente CTSSM. Attività di supporto alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie nello svolgimento delle attività tecniche connesse CTSSM integrati in ambito sociale, sanitario ed socio sanitario
Destinatari	
Azioni previste	Si garantisce la segreteria organizzativa e verbalizzante della CTSSM, della Struttura Tecnica Metropolitana , dell'Ufficio di Supporto, di gruppi di lavoro tematici per progetti trasversali e intersettoriali di supporto alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie nello svolgimento delle attività tecniche connesse alla CTSSM integrate in ambito sociale, sanitario ed socio sanitario Si seguono i flussi di entrata e uscita della corrispondenza e la relativa archiviazione Si promuove la diffusione delle attività della CTSSM e supporto a iniziative di comunicazione Si gestisce il sito web/ si realizza un nuovo sito web in raccordo con quello in fase di ridefinizione della Città Metropolitana Si organizzano momenti di approfondimento di carattere seminariale per la programmazione di ambito metropolitano Si organizzano azioni di alta formazione rivolte alle tecnostrutture (Struttura Tecnica Metropolitana, Uffici di Piano, Responsabili UASS e altre figure tecniche impegnate nelle attività dell'Ufficio di Supporto) Si istruiscono e gestiscono le relazioni con l'utenza - in collaborazione con Aziende sanitarie e Città Metropolitana - reclami, diffide, interrogazioni, richieste accesso atti ai sensi dell'art. 30, comma 3 dello Statuto e all' art. 119, comma 1, del Regolamento interno dell'Assemblea Legislativa RER Funzioni trasversali collegate al lavoro di Segreteria organizzativa per la circolarità delle informazioni e archivio in particolare nei seguenti settori: • Stato avanzamento CAAD • Aggiornamento applicativo Legge 119 del 31/7/2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" • Designazioni componente delle Commissione di esperti per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori portatori di handicap, anziani, malati di Aids DGR 2011 n. 1904 integrata dalla DGR n. 1106/2014 e DGR n. 564/2000 e n. 1423/2015 • Nomine componenti Organi collegiali (Consiglio di Indirizzo e Verifica) su designazione

	CTSSM Bo e per pareri ai sensi dell'art. 3-bis, comma 6, della L.R. n. 502/92 sulla conferma dei Direttori Generali aziende sanitarie area metropolitana • Bilanci Economici Preventivi e di Esercizio di AUSL di Bologna, AOU di Bologna, IOR e AUSL di Imola • OTAP - Organismo Tecnico Accreditamento Provinciale • Nucleo Tecnico di Valutazione e Programma lavori della Unità tecnica di missione per la stesura "Documento di coordinamento della programmazione in ambito metropolitano" • Programmazione chiusure estive delle Aziende sanitarie • Alienazioni immobiliari e Piani programmatici ASP Si svolge funzione di Segretaria organizzativa per i seguenti Gruppi di lavoro: • Implementazione dei punti di atterraggio per il servizio di elisoccorso notturno • Riorganizzazione dei turni delle Farmacie della provincia di Bologna • Nuova Rete Reumatologica metropolitana • "Linee guida regionali sull'affidamento dei servizi alle cooperative sociali" in collaborazione con Legacoop Bologna, Consorzio Colibrì e Consorzio Aldebaran • Costituzione coordinamento metropolitano per il superamento delle aree sosta • Costituzione coordinamento metropolitano per il contrasto al gioco d'azzardo patologico DGR 2098/2017 Piano Locale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico • Sviluppo delle professioni sanitarie" e Collegi delle professioni sanitarie • Auto Mutuo Aiuto 2018 Area metropolitana • Costruire Salute - Il piano della Prevenzione 2018-2021 della Regione Emilia Romagna" e del percorso avviato per la predisposizione del Piano Operativo Azienda USL di Bologna
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Città Metropolitana, Aziende sanitarie area metropolitana (Direzioni generali, amministrative, sanitarie, Dipartimenti e Direzioni territoriali, DASS, Responsabili UASS), altre figure tecniche impegnate nelle attività dell'Ufficio di Supporto, ASP, Assessorati RER, Anci, ASSR, Direzione Generale sanità e politiche sociali RER, Enti Territoriali
Referenti dell'intervento	Annalisa Carassiti
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Potenziamento concertazione e realizzazione attività tecniche con organizzazioni sindacali e parti sociali

Approvato

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Supporto alla governance metropolitana
Descrizione	Le attività sono dirette a potenziare il raccordo della CTSS Metropolitana con gli stakeholders del territorio, dalle OO.SS. alle varie forme associative di rappresentanza dei cittadini. Tali attività si realizzano sia attraverso la gestione dei rapporti tra tali soggetti e la CTSS Metropolitana di Bologna, sia attraverso la gestione e la partecipazione a diversi gruppi di lavoro e coordinamenti tematici che prevedono la partecipazione degli stakeholders del territorio.
Destinatari	
Azioni previste	Informazione e concertazione, segreteria organizzativa e verbalizzante delle sedute della CTSS Metropolitana con le OO.SS su diversi temi, tra i quali: - Consultazione su programmazione territoriale L.R. 14/2015 - Nuovo Regolamento CRA - Trasporto Pubblico Locale – Fondo Sociale Mobilità - Modalità di pagamento da parte CUP 2000 con carte di credito e di debito - Informativa piano operativo riduzioni estive - Programmazione piano operativo anno 2018 del PATRO (programmazione ed innovazione dell'assistenza territoriale ospedaliera) Distretto Appennino Bolognese e Distretti AUSL Bo - Accordo Medici di Medicina Generale - Accordo sindacale AVEC Si realizza inoltre una significativa attività di raccordo delle attività della CTSS Metropolitana con i Comitati Consultivi Misti sui temi sanitari, socio-sanitari, sociali, finalizzata ad ascoltare e riportare la voce dei cittadini e delle loro forme associative. Nel 2017 vi è stato il primo incontro del CCM AUSL Bo con la CTSSM su assetto istituzionale dei CCM di Distretto riorganizzazione della rete territoriale ed ospedaliera. Monitoraggio Dialisi: L'attività del gruppo si concentra sul monitoraggio di livello metropolitano sulle problematiche relative ai pazienti in dialisi: 1) Monitoraggio occupazioni posti letto nei punti di Dialisi su tutto il territorio compresa AUSL Imola; 2) Valutazione problemi relativi ai trasporti dei pazienti in emodialisi; 3) Verifica del servizio per sostegno psicologico ai pazienti e parenti degli emodializzati; 4) ripristino dotazioni organiche dei professionisti infermieri, medici, psicologi. Osservatorio Invalidi Civili:

	Il gruppo di lavoro ha l'obiettivo di favorire la liquidazione le pensioni d'invalidità civili entro i 120 gg. previsti per legge. L'Istituzione dell'Osservatorio risale al 2010, avvenuto in seguito ad una richiesta specifica delle OO.SS., con l'obiettivo di ottimizzare le procedure informatiche ed organizzative atte a garantire il rispetto della tempistica per l'espletamento delle pratiche presentate. Nel corso degli anni sono stati fatti passi avanti, grazie ad un monitoraggio continuo dell'andamento della situazione. I punti di forza dell'attività dell'Osservatorio sono rappresentati: - dall'integrazione tra medici INPS e ASL Bo ed il continuo raccordo con le OO.SS, una pratica operativa che ha richiesto un notevole sforzo di realizzazione ed è da considerarsi un successo non scontato. - Realizzazione da parte dell'ASL Bo di corsi di formazione per i Medici di Medicina Generale ed i Medici in Formazione triennale, atti a migliorare le conoscenze della legislazione e delle procedure riguardanti le invalidità civili e abbattere i tempi d'attesa. Attraverso l'attività della Struttura Tecnica Metropolitana, viene pertanto garantito il coordinamento dell'Osservatorio Invalidi Civili, l'attività di segreteria organizzativa e verbalizzante, la raccolta della documentazione; il mantenimento della rete di rapporti con INPS, AUSLBO, OO.SS, Patronati sindacali.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Le attività di coordinamento e raccordo si realizzano attraverso il coinvolgimento delle OO.SS. e dei CCM. Sono inoltre coinvolti soggetti ulteriori nei gruppi tecnici sopra menzionati. In particolare: Monitoraggio dialisi: AUSL Bo, AOSP, AUSL, IMOLA, CTSSM, Associazioni malati; Osservatorio invalidi civili: STM, Medici INPS, Dirigente Medici ASL, INPS, OO.SS., Patronati
Referenti dell'intervento	Struttura Tecnica Metropolitana: Stefania Baldi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Promozione della responsabilità sociale di impresa

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del Terzo Settore

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Città Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	Creare condizioni promozionali e facilitanti che permettano a tutte le aziende di partecipare ad un'azione di responsabilità sociale metropolitana.
Descrizione	Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti. La Città metropolitana, in partnership con distretti socio-sanitari, rappresentanti delle Associazioni imprenditoriali, delle organizzazioni sindacali e del mondo della cooperazione sociale ha istituito, nel 2015, l'Albo metropolitano delle Aziende inclusive dalla Città Metropolitana di Bologna che, attraverso il riconoscimento e la valorizzazione delle esperienze positive attuate, favorisce l'adozione e la diffusione, da parte delle imprese pubbliche e private for profit dell'area metropolitana, di metodologie e percorsi volti all'inclusione lavorativa delle persone svantaggiate. Incentivare politiche di welfare aziendale per assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età. Attraverso politiche di welfare aziendale è possibile valorizzare il tema del welfare aziendale facendolo uscire dalla sfera della scelta individuale delle singole aziende e spostandolo in una sfera di condivisione fra pubblico e privato in un sistema di welfare condiviso.
Destinatari	• imprese pubbliche e private for profit • persone svantaggiate • ee.ll.
Azioni previste	Organizzazione di laboratori territoriali per la promozione della responsabilità sociale d'impresa nell'area metropolitana di Bologna (DGR 339/2017 Regione Emilia Romagna). In particolare la riflessione, condivisione e riflessione su: Albo e Network Metropolitano delle aziende inclusive, network distrettuali; welfare aziendale e condiviso, con attenzione alla prospettiva di genere Strategie per una comunità socialmente responsabile Sviluppo di una cultura della Responsabilità sociale d'impresa e di territorio, in collaborazione con la Regione, attraverso una strategia che metta in sinergia le azioni degli enti locali a livello metropolitano, delle aziende, delle parti sociali, per creare network distrettuali e un network metropolitano di imprese socialmente responsabili, all'interno dei quali non solo si scambino buone prassi inclusive, ma che divengano anche il luogo per avere scambi diversi e per garantire benefit a chi vi partecipa, in modo da creare vantaggi, soprattutto per le aziende più piccole, che meno delle grandi possono affrontare le difficoltà di inserimenti lavorativi complessi • Promozione e modifica del regolamento e allargamento dei criteri per l'accesso all'Albo metropolitano delle Aziende Inclusive per rendere visibili le esperienze di

	responsabilità sociale condotte dalle aziende e favorire il moltiplicarsi di iniziative inclusive, aumentando le opportunità di inserimento socio lavorativo per le fasce più deboli della popolazione
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Sviluppo del sistema di welfare metropolitano e contrasto all'impoverimento
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	• ee.ll. • Aziende • Terzo Settore • Associazione imprenditoriali • Organizzazioni sindacali • Soggetti enti di formazione
Referenti dell'intervento	Laura Venturi, Città metropolitana e Ufficio di supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna
Risorse non finanziarie	Risorse del personale coinvolto

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Riuso e distribuzione beni alimentari

Approvato

Riferimento scheda regionale

22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Nuovo Circondario Imolese
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	C;

Razionale	"...unilateralmente possiamo solo evitare il peggio, mentre per raggiungere il meglio abbiamo bisogno di cooperazione". John Nash "Quest'uomo, si disse il piccolo principe, quest'uomo sarebbe disprezzato da tutti, dal re, dal vanitoso, dall'ubriaccone, dall'uomo d'affari. Tuttavia è il solo che non mi sembri ridicolo. Forse perché si occupa di altro che non di se stesso". Antoine de Saint-Exupéry - Il Piccolo Principe La condizione di povertà, di emarginazione sociale, i momenti di difficoltà che ciascun individuo o nucleo familiare può esperire nella propria esistenza, nascono e si determinano nell'ambito della Comunità nella quale gli individui e le famiglie vivono, delle sue risorse e della rete di legami che la costituiscono. La Comunità stessa può costruire una risposta di valore nell'aiuto all'emancipazione dalla condizione di fragilità di individui e famiglie, attivandosi per mettere a disposizione le proprie risorse e incentivando ad un consumo sostenibile delle stesse. La lotta alla condizione di povertà, per il riconoscimento della dignità delle persone, non può pertanto esaurirsi nelle azioni normative descritte nelle schede precedenti, seppur, queste, misure di fondamentale importanza nella costruzione di un welfare in grado di accogliere i bisogni dei più fragili. In questo quadro, diventa centrale l'attività di coordinamento delle risorse pubbliche e private presenti sul territorio a sostegno dell'emancipazione delle persone in difficoltà.
Descrizione	La Regione Emilia Romagna ha sottoscritto il "Protocollo per l'attuazione del Reddito di solidarietà e delle misure a contrasto di povertà ed esclusione sociale in Emilia Romagna" con l'obiettivo di valorizzare e mettere in rete l'insieme delle risorse delle comunità locali per qualificare e rafforzare il sistema degli interventi a contrasto della povertà. L'attuazione a livello locale degli obiettivi del Protocollo e la declinazione delle specifiche azioni sono demandati alla programmazione dei Piani di Zona. Il recupero e la redistribuzione dei beni alimentari (e non) ai fini di solidarietà sociale è sicuramente uno degli ambiti di applicazione delle strategie congiunte per il contrasto alla povertà incentivate dal Protocollo. Sul territorio del Circondario Imolese esistono diverse Associazioni di volontariato e di promozione sociale che si occupano da tempo di recupero dei beni alimentari e di utilità a fini di solidarietà sociale, di contrasto allo spreco e di educazione a un consumo sostenibile delle risorse anche in collaborazione con il Servizio Sociale e con le amministrazioni comunali. Particolarmente rappresentative sono l'associazione "No Sprechi" di Imola, che comprende diverse Associazioni, e il Coordinamento del Volontariato di Castel San Pietro Terme, rappresentato dall'associazione capofila AUSER nel territorio del Circondario. Le organizzazioni che si sono date le diverse realtà territoriali e le attività che esse realizzano si differenziano anche di molto perché provengono da storie e territori differenti ma, assieme al resto della rete di Associazioni volontariato e promozione sociale del Circondario e agli enti

	morali e religiosi, creano una enorme ricchezza comunitaria sia in termini di risposta ai bisogni delle persone che di sostegno alla creazione di un consumo sostenibile per il benessere complessivo della Comunità. L'Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano del Nuovo Circondario Imolese ha avviato una attività di ricognizione e conoscenza delle diverse attività realizzate da queste Associazioni e non solo, finalizzata alla realizzazione, assieme ad esse, della attività di coordinamento delle risorse pubbliche e private descritta in premessa. Obiettivo dell'intervento è quello di sistematizzare le attività realizzate all'interno della complessiva rete di risorse a contrasto della povertà attivate dai servizi pubblici e da soggetti privati, di facilitare collaborazioni a livello territoriale e la definizione di prassi condivise, di contribuire alla lotta allo stigma nei confronti delle persone in condizione di povertà.
Destinatari	cittadini singoli e nuclei famigliari che si trovano in una situazione di fragilità economica e sociale e che possono, anche attraverso il sostegno alimentare e l'inclusione in relazioni sociali, emergere dalla situazione di bisogno.
Azioni previste	- mappatura dei servizi e delle attività realizzate - individuazione dei partecipanti all'attività di coordinamento - condivisione della metodologia di lavoro - definizione degli obiettivi specifici, tenendo in considerazione l'opportunità di pubblicizzare l'elenco delle organizzazioni convenzionate per la distribuzione di alimenti tramite Fondi Europei (istruzioni operative AGEA) e coordinare gli interventi così come richiesto dal Protocollo regionale qui citato - definizione delle attività per il perseguimento degli obiettivi - monitoraggio delle attività realizzate Gli interventi saranno posti in essere compatibilmente con le risorse finanziarie dedicate al progetto.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	politiche economiche e produttive
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni del Distretto, Nuovo Circondario Imolese, Associazioni di volontariato e di promozione sociale, enti morali e religiosi, ASP Circondario Imolese, cittadini singoli e nuclei famigliari, attività artigianali e commerciali
Referenti dell'intervento	per l'Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano – Silvia Campana; per ASP circondario Imolese Maria Gabriella Caprara (Responsabile Servizio Sociale Territoriale), per l'Associazione "No Sprechi" di Imola – Sergio Suzzi e Fulvia Felini; per il Coordinamento del Volontariato di Castel San Pietro Terme – Claudio Tassoni (AUSER). Altri referenti potranno essere individuati a seguito del coinvolgimento nelle attività di Coordinamento.
Risorse non finanziarie	beni alimentari e non che escono dal circuito della commercializzazione e che hanno caratteristiche adeguate per essere utilizzati/consumati; spazi e ambienti messi a disposizione da Associazioni o Enti; risorse umane del volontariato.

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 4

1°: -

Numero di attori coinvolti nelle attività di coordinamento

Descrizione: -

Numero di attori coinvolti nelle attività di

coordinamento

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Da definire

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

2°: -

Numero di obiettivi definiti

Descrizione: -

Numero di obiettivi definiti

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Da definire

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

3°: -

Numero di azioni realizzate

Descrizione: Numero di azioni realizzate

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Da definire

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

4°: -

Numero di beneficiari coinvolti

Descrizione: -

Numero di beneficiari coinvolti

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Da definire

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

Azioni di supporto alla programmazione locale per l'inclusione sociale e il contrasto all'impoverimento

Approvato

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Promuovere equità di accesso e delle opportunità del cittadino in tutta l'area metropolitana
Descrizione	Si realizzeranno azioni di approfondimento su alcune tematiche ed argomenti prioritari per la programmazione
Destinatari	
Azioni previste	Le attività riguardano diversi ambiti di azione, per i quali si ritiene cruciale realizzare approfondimenti che rientrano tra le priorità indicate dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale. In particolare, sull'area delle povertà e dell'impoverimento, in sinergia con i coordinamenti previsti (Rel e RES, LR 14/2015) si prevede di realizzare nel corso del prossimo biennio attività rispetto a due tematiche: - Ricognizione/mappatura fonti di finanziamento, interventi e beneficiari. Tale attività sarà mirata a mappare "verso quale target povertà" le azioni dei Comuni sono principalmente rivolte, ed impostare in tal modo una azione di ampliamento della platea dei beneficiari omogenea sull'ambito metropolitano. - Indagine su chi accede allo sportello sociale senza ricevere servizi. Tale attività è mirata a mappare il profilo di chi accede allo sportello sociale, in modo da verificarne i bisogni nel dettaglio e poter programmare – se possibile – interventi mirati a soddisfarli. Tale attività potrà essere anticipata, inoltre, da un lavoro con le assistenti sociali, finalizzato a verificare se chi accede allo sportello è già in carico o conosciuto ai servizi. Rispetto all'area minori, è prioritario ripartire con l'elaborazione dei dati sui minori in carico ai servizi sociali, utilizzando a supporto della programmazione i dati inseriti nel sistema informativo Garsia minori. Inoltre, in collaborazione con l'Unione Reno Galliera verrà svolta una indagine rivolta alle famiglie con bambini che non vanno al nido, finalizzata a verificare le motivazioni della cosiddetta "propensione al nido" e della eventuale scelta di non far frequentare ai bambini i servizi socio educativi. Tale indagine potrà essere svolta anche in altri territori che potranno candidarsi per l'estensione. Rispetto all'area disabili, è prioritario condurre un'azione di ricomposizione della filiera dei servizi rivolti a tale area di bisogno. La ricomposizione avverrà sia con riferimento agli utenti assistiti attraverso le diverse tipologie di servizi, sia rispetto alle diverse, molteplici e frammentate, fonti di finanziamento esistenti. L'obiettivo di tale ricomposizione è di ricostruire il percorso di continuità assistenziale della persona con disabilità, in modo tale da poter fornire opportunità omogenee rispetto ai percorsi di vita. Si valuterà la possibilità di realizzare una mappatura/indagine sul terzo settore, in modo da aggiornare la conoscenza sulle realtà esistenti ed operative nei vari territori. Si realizzerà inoltre una azione di accompagnamento all'applicazione e realizzazione dei Piani di

	Zona; valutazione dei Piani di Zona attraverso l'adeguamento e l'utilizzo del "Modello di valutazione" realizzato nel 2011. Si potranno inoltre realizzare approfondimenti specifici sulla tematica dell'immigrazione, sulla base delle esigenze riportate dai territori in fase di programmazione delle attività. Si verificherà la possibilità di stabilire un raccordo operativo con l'Azienda Usl per lo svolgimento di approfondimenti ad hoc sulle tematiche della salute, avviando attività specifiche.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Uffici di Piano, Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, Università
Referenti dell'intervento	Struttura Tecnica Metropolitana: Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Bianca Veronica Di Nuzzo
Risorse non finanziarie	Le attività vengono in parte svolte nell'ambito degli accordi attuativi della convenzione quadro tra CM e Unioni/Comuni – progetti di collaborazione ed integrazione, e pertanto in alcuni casi coinvolgono i referenti degli Uffici di Piano

Totale preventivo 2018: € 5.000,00

- Altri fondi statali/pubblici (*Città metropolitana/Budget Ufficio di Supporto CTSSM*): **5.000,00 €**

Indicatori locali: 0

Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili – L. r. 14/2015

Approvato

Riferimento scheda regionale

23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	lavoro/sociale/sanitario
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	

Razionale	I dati di attività anno 2017 del Centro per l'impiego di Imola indicano la presenza sul territorio di 3.574 persone che hanno presentato Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro e 5.930 patti di servizio stipulati. Per il Collocamento mirato, i dati di attività presentano 194 persone iscritte o reiscritte e 354 patti di servizio stipulati. Per superare il difficile periodo di crisi, prolungata e strutturale, che anche il Distretto imolese continua a vivere occorre individuare nuove strategie per far tornare a crescere il sistema territoriale e ridare ai cittadini opportunità di miglioramento della qualità di vita.
Descrizione	Gli obiettivi che si vogliono perseguire sono: ☒ potenziamento del supporto ai cittadini in condizione di fragilità e vulnerabilità nei percorsi di miglioramento delle proprie competenze lavorative e di avvicinamento al mondo del lavoro nel rispetto del principio dell'equità di accesso alle risorse presenti sul territorio; ☒ valorizzazione del sistema produttivo locale attraverso la piena realizzazione delle politiche di inclusione lavorativa e sociale intese anche quali opportunità di crescita imprenditoriale.
Destinatari	Cittadini in condizioni di fragilità e vulnerabilità con particolare riferimento all'inserimento lavorativo, aziende del territorio, associazioni datoriali ed imprenditori locali
Azioni previste	• coordinamento da parte del servizio pubblico di tutti i possibili percorsi di inclusione lavorativa presenti sul territorio e afferenti a canali di finanziamento diversi, pubblici e privati, in modo da garantire equità nell'accesso dei cittadini (valutazione dei bisogni, presa in carico e progettazione/realizzazione degli interventi), non sovrapposizione degli interventi, ottimizzazione delle risorse, valorizzazione della realtà imprenditoriale locale; • potenziamento della rete di collaborazioni con le realtà produttive locali attraverso l'integrazione con le politiche dedicate, la sinergia con le associazioni datoriali, la condivisione di esperienze; • investimento di una parte rilevante delle risorse per attuazione L.r. N. 14 nella impostazione di percorsi di tirocinio e per il supporto lavorativo alle persone individuate, quali concrete occasioni di sperimentazione diretta di capacità lavorative, apprendimento sul campo e supporto economico.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Attuazione Re.I e Re.S, progetto Insieme per il lavoro, opportunità formative, politiche del lavoro, FRD, politiche sociali e sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASP, AUSL, CIP, Enti di formazione locali, imprenditori e associazioni datoriali, terzo settore.
Referenti dell'intervento	Maria Gabriella Caprara per ASP Circondario Imolese, Alba Natali per AUSL Imola - DSM, Elena

	Martignani per Agenzia Regionale per il lavoro
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Misure a contrasto della povertà – sostegno all’inclusione sociale attiva e reddito di solidarietà (SIA/REI – RES)

Approvato

Riferimento scheda regionale

22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	ASP
Specifica soggetto capofila	ASP Circondario Imolese
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	In Emilia-Romagna in questi anni il tasso di povertà relativa è passato dal 2,2% del 2009 al 4,5% nel 2016, il che significa che circa 200.000 persone hanno difficoltà economiche a procurarsi beni e servizi. Sono invece oltre 65.000 le famiglie (3,3% in Emilia-Romagna, 6% in Italia) al di sotto della soglia di povertà assoluta, ovvero che non hanno reddito sufficiente a soddisfare i bisogni ritenuti essenziali (perlopiù giovani, cioè sotto i 35 anni o tra i 35 e i 49 anni con minori a carico). A questo si somma il dato della emarginazione adulta che, secondo le stime ufficiali, riguarda oltre 4.000 persone senza dimora (Fonte: dati Istat rielaborati dal Servizio statistico regionale; Università di Modena). A fronte di tali dati la legislazione nazionale prima con il SIA (sostegno all'inclusione attiva) poi diventato Re.I (Reddito di inclusione) e la legislazione regionale attraverso il Re. S. (reddito di solidarietà) si propongono di offrire un sostegno concreto alle persone e alle famiglie in grave difficoltà economica mettendo al centro la persona e il suo nucleo familiare secondo i principi della responsabilizzazione e dell’attivazione delle risorse di ciascuno. Al tempo stesso, l’obiettivo è costruire insieme, enti pubblici e Terzo settore, risposte e percorsi che rendano più efficace l’azione dei diversi soggetti e più equo e razionale l’uso delle risorse. In quest’ottica l’integrazione del ruolo e delle specificità del Terzo settore rappresenta un importantissimo elemento di qualificazione del sistema territoriale: svolgendo, ad esempio, funzioni di “antenna” nei confronti delle persone o famiglie in difficoltà che possono essere informate e orientate per favorirne l’accesso alle prestazioni di sostegno al reddito e di inclusione attiva e, in generale, collaborando all’analisi dei bisogni e della loro evoluzione nel tempo, allo scambio di dati e informazioni, alla progettazione degli interventi e alla verifica dei risultati.
Descrizione	L'accesso alle misure di contrasto alla povertà ed al sostegno all'inclusione attiva (Re.I/ Re.S) è sempre accompagnato da un progetto di attivazione sociale e inserimento lavorativo, concordato e sottoscritto dai componenti maggiorenni del nucleo familiare, dal referente del Servizio sociale territoriale del territorio competente e, in caso di proposte per l'inserimento lavorativo, dal Centro per l'impiego. La misura dà quindi luogo a un vero e proprio patto tra erogatori e beneficiari: a fronte della corresponsione del contributo economico, ci deve essere uno specifico impegno del nucleo familiare a perseguire progetti di inclusione sociale e lavorativa e rispettare gli impegni presenti nel progetto Per le specificità previste, è ipotizzata una forte integrazione con le progettazioni di cui alla scheda 23 di attuazione della L.R. n. 14/2015
Destinatari	Nuclei familiari che risultano, al momento della presentazione della richiesta e per tutta la durata dell'erogazione del beneficio, in possesso congiuntamente dei requisiti: - di residenza e soggiorno ☑ cittadino dell'Unione o suo familiare che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di

	soggiorno permanente, ovvero cittadino di paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo; ☑ residente in Italia, in via continuativa, da almeno due anni al momento della presentazione della domanda. - economici ☑ un valore ISEE in corso di validità non superiore a 6mila euro; ☑ un valore ISRE (l'indicatore reddituale dell'ISEE, ossia l'ISR diviso la scala di equivalenza, al netto delle maggiorazioni) non superiore a 3mila euro; ☑ un valore del patrimonio immobiliare, diverso dalla casa di abitazione, non superiore a 20mila euro; ☑ un valore del patrimonio mobiliare (depositi, conti correnti) non superiore a 10mila euro (ridotto a 8mila euro per la coppia e a 6 mila euro per la persona sola). E che inoltre ☑ non percepiscano già prestazioni di assicurazione sociale per l'impiego (NASpl) o altri ammortizzatori sociali di sostegno al reddito in caso di disoccupazione involontaria; ☑ non possiedano autoveicoli e/o motoveicoli immatricolati la prima volta nei 24 mesi antecedenti la richiesta (sono esclusi gli autoveicoli e i motoveicoli per cui è prevista una agevolazione fiscale in favore delle persone con disabilità); ☑ non possiedano navi e imbarcazioni da diporto (art. 3, c.1, D.lgs. 171
Azioni previste	– Informazione diffusa alla popolazione e alle realtà dei servizi pubblici e privati per conoscenza opportunità, modalità e punti di accesso – formazione personale servizi sociali per conoscenza strumenti e modalità operative, anche ai fini dell'azione di orientamento dei cittadini alla rete integrata delle risorse e delle opportunità – raccordo con centro per l'impiego; – raccolta domande , valutazione iniziale ed approfondita – costruzione integrata dei progetti in raccordo fra le diverse misure regionali e nazionali presenti ed integrando le diverse opportunità possibili – monitoraggio singoli progetti – implementazione casellario assistenza – supporti educativi, mediazione culturale, interventi a sostegno genitorialità, attivazione tirocini, servizi a supporto domiciliarità, mediazione familiare
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Attuazione L.R. N 14/2015, progetto Insieme per il lavoro, opportunità formative, politiche del lavoro, FRD, politiche sociali e sanitarie, politiche abitative, Progetto contrasto povertà, attività Centro per le famiglie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASP, AUSL, Centro per l'impiego, associazioni volontariato, realtà del terzo settore attive in tema di contrasto alla povertà,
Referenti dell'intervento	M. Gabriella Caprara ASP - Elena Martignani per Agenzia Regionale per il lavoro
Risorse non finanziarie	Eccedenze alimentari, Bottega del cotto, Progetto No sprechi,...

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Previsione utilizzo FRNA/FNA anno 2018

Approvato

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Ausl Imola
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	

Razionale	Garantire i servizi residenziali e di supporto alla domiciliarità per anziani e disabili.
Descrizione	1) Assistenza residenziale anziani. Nel 2017 è iniziata la trasformazione di una struttura per anziani (CRA Dozza) in una comunità alloggio per disabilità, che sarà completata alla fine del 2020, con la riduzione di n. 16 posti per anziani accreditati (mediamente 4 posti per anno). Sempre nello scorso anno è stato trasformato 1 posto temporaneo post dimissione in posto definitivo presso la CRA F. Baroncini 2) Domiciliarità. Nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie 3) Assistenza domiciliare e servizi connessi 4) assegno di cura anziani 5) Assistenza residenziale disabili. In riferimento alla trasformazione citata sopra, alla fine del 2020 sono previsti n. 20 posti per disabili in più. 6) Domiciliarità. Nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie 7) Assistenza domiciliare e servizi connessi 8) assegni di cura disabili 9) interventi trasversali per anziani e disabili Per quanto non espresso si conferma la pianificazione descritta nel Programma attuativo 2017 del Piano di zona di questo territorio.
Destinatari	Anziani e disabili
Azioni previste	1) Assistenza residenziale anziani. Tenuto conto della trasformazione di una CRA accreditata in Comunità Alloggio, si ritiene necessario ampliare i posti accreditati per anziani nella CRA pubblica che ha ancora a disposizione posti da accreditare, così come previsto anche dalla normativa di riferimento, con la seguente programmazione. Anno 2018: Trasformazione di 1 posto temporaneo post dimissione in posto definitivo presso la CRA F. Baroncini. N. 3 posti in più presso la CRA Medicina ASP; Anno 2019: n. 4 posti in più presso la CRA Medicina ASP; anno 2020: n. 2 posti in più presso CRA medicina ASP. Per gli ulteriori posti non accreditabili nella CRA pubblica, è in corso un approfondimento. 2) Domiciliarità. Nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie 3) Assistenza domiciliare e servizi connessi 4) assegno di cura anziani 5) Assistenza residenziale disabili 6) Domiciliarità. Nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie 7) Assistenza domiciliare e servizi connessi 8) assegni di cura disabili 9) interventi trasversali per anziani e disabili Per quanto non diversamente disposto, si conferma la programmazione del fabbisogno in materia di accreditamento indicata nel Programma attuativo 2017 del Piano di zona di questo territorio.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	Angela Morsiani a.morsiani@ausl.imola.bo.it telefono 0542 604154
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 18.005.534,01

- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **118.428,00 €**
- FRNA: **12.978.043,08 €**
- FNNA: **1.194.562,93 €**
- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **3.714.500,00 €**

Indicatori locali: 1

1°: Monitoraggio FRNA/FNA

Descrizione: Monitoraggio FRNA/FNA

Tipo: S | N

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

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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
2	1 Case della salute e Medicina d’iniziativa	N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1	
3	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	3.2.A Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	
4	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale	Procedura aziendale “Addestramento care-giver”	31/12/2017	-	Procedura aziendale “Dimissioni protette”	-	
5	4 Budget di salute	Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	4.2 Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Testuale	Qualche occasionale contributo economico	31/12/2017	Non significativo	Non significativo	Non significativo	
6	4 Budget di salute	Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	4.5 (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	S N	no	31/12/2017	no	sì	sì	
7	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	5.1.A Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	S N	N	31/12/2017	S	N	N	
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	0	31/12/2017	DA INTEGRARE	DA INTEGRARE	DA INTEGRARE	
9	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
10	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1	
12	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	Numerico						
13	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi domiciliari in abitazioni per il Dopo di Noi art. 5 lettera b) DM 23.11.2018	6.2.B N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2017	Numerico						
14	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie programmi di abilitazione e sviluppo competenze art. 5 lettera c) DM 23.11.2019	6.2.C N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2018	Numerico						
15	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2020	6.2.D N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2019	Numerico						
16	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2021	6.2.E N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2020	Numerico						
17	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	Definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014	6.3 N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti	S N						
18	8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	N. enti di Terzo settore coinvolti in percorsi di umanizzazione, promozione del benessere in carcere e di reinserimento sociale e lavorativo	8.6 N. enti di Terzo settore coinvolti	Numerico	30	31/12/2017	30	35	35	
19	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	Non rilevabile	31/12/2017	Non rilevabile	Non rilevabile	Non rilevabile	
20	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S N	N	31/12/2017	N	N	N	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
21	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	12.4.B N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
22	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
23	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS	15.1 Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	S N	No	31/12/2017	Si	Si	Si	
24	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	15.4.A N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	S N	No	31/12/2017	No	Si	Si	
25	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico	0	31/12/2017	0	5%	5%	
26	16 Sostegno alla genitorialità	Attività di rete dei Consulitori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consulitori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
27	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S N	N	31/12/2017	S	S	S	
28	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	S N	S	31/12/2017	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
29	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	3	31/12/2017	3	3	3	
30	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	18.1 Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	
31	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S N	Sì	31/12/2017	Sì	Sì	Sì	
32	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1	
33	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	NESSUNA FORMAZIONE CAREGIVER ANZIANI	31/12/2017	NON PREVISTA FORMAZIONE	PREVISTA FORMAZIONE	PREVISTA FORMAZIONE	
34	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON	22.5.A N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	1 assunzione diretta da ASP di Ass. Sociale 2 contratti full time in somministrazione per Ed. prof. 1 contratto part time in somministrazione per psicologo	31/12/2017	1 Assistente sociale full time con assunzione diretta da ASP 2 contratti full time in somministrazione per Ed. prof. 1 contratto part time in somministrazione per psicologo	1 Assistente sociale full time con assunzione diretta da ASP 2 contratti full time in somministrazione per Ed. prof. 1 contratto part time in somministrazione per psicologo		Il PON ha valenza triennale 2017-2019.
35	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con la quota dedicata del Fondo Povertà	22.5.B N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	Non significativo	31/12/2017	In attesa del Fondo	2 assistenti sociali full time con assunzione diretta da ASP	Da definire	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
36	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	23.5.A N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	Numerico	9	31/12/2017	15/18	20		
37	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	23.5.B N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	S N		31/12/2017	Si	Si	Si	
38	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	27.1 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	S N	Si	31/12/2016	Si	Si	Si	
39	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari	27.2.A N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	156 (di cui 29 dipendenti di Montecatone)	31/12/2016	10%	60%	90%	Le percentuali inserite come valore per gli anni 2018-19-20 sono riferite al totale dei dipendenti sanitari
40	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi	27.2.B N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	0	31/12/2016	10%	60 %	90%	Le percentuali inserite come valore per gli anni 2018-19-20 sono riferite al totale dei dipendenti amministrativi
41	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	27.3 N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	Numerico	0	31/12/2016	0	2	2	
42	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	27.4 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	S N	Materiale informativo elaborato con il contributo di professionisti e membri volontari di CCM/CUF	31/12/2016	Si	Si	Si	
43	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	27.5 N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	S N	Costante attività di monitoraggio e revisione della segnaletica nelle strutture con CCM e CUF e con somministrazione di questionario agli utenti	31/12/2016	Si	Si	Si	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
44	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	27.6 N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	S N	Indagini di qualità percepita	31/12/2015	Si	Si	Si	
45	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	3	31/12/2017	3	3	4	
46	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	45	31/12/2017	45	45	45	
47	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.C N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	90	31/12/2017	90	90	90	
48	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	70	31/12/2017	70	70	70	
49	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	2	31/12/2017	2	2	2	
50	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	SI (esiste un volantino che comprende i gruppi Alz e i gruppi CAT....)	31/12/2017	La mappatura andrà ulteriormente perfezionata e condivisa a livello locale	La mappatura andrà ulteriormente perfezionata e condivisa a livello locale	La mappatura andrà ulteriormente perfezionata e condivisa a livello locale	
51	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.3 N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
52	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	29.4 Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
53	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S N	no	31/12/2017	no	si	si	Obiettivo 2019 Si-avvio dei lavori

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
54	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	
55	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Testuale	Non significativo	31/12/2017	Violenza ed abuso	Non determinato	Non determinato	
56	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S N	Sì	31/12/2017	Sì	Sì	Sì	
57	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorrenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	37.3 Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S N	Si'	31/12/2017	Si'	Si'	Si'	
58	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorrenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso	37.4 monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numerico	189	31/12/2017	200	200	200	

Piano di Zona - Sezione dedicata al tema povertà

La presente sezione ha l'obiettivo di creare una visione organica di tutte le risorse presenti (nazionali, regionali e locali) sia economiche che professionali, pubbliche e private messe a disposizione del contrasto alla povertà e del sostegno alla capacità di emancipazione e autodeterminazione dei nuclei famigliari attraverso una elevata capacità di personalizzazione degli interventi.

La premessa che sta alla base di tale obiettivo, in coerenza con le considerazioni nazionali e regionali, è che il tema della povertà (o del rischio povertà) non possa essere né valutato né tantomeno trattato attraverso interventi professionali ed economici tra loro frammentati.

1. DEFINIZIONE DI PRIORITA' RISPETTO AL RAFFORZAMENTO SU BASE TRIENNALE DEL SISTEMA DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI PER IL CONTRASTO ALLA POVERTA' DI CUI ALL'ART. 7 COMMA 1 DEL DLGS 147/17 FINANZIABILI ATTRAVERSO UNA QUOTA DEL FONDO POVERTA'.

Nella presente sezione vengono indicate le priorità, individuate a livello distrettuale, rispetto al rafforzamento su base triennale del sistema integrato di interventi e servizi sociali in merito a:

- a) informazione e accesso;
- b) valutazione e valutazione multidimensionale;
- c) sostegni da individuare nel progetto personalizzato;

quali livelli essenziali delle prestazioni per il contrasto alla povertà di cui al D.Lgs. 147/2017.

- a) I punti di accesso previsti dal D.Lgs. 147/2017 e attivati nell'ambito distrettuale con servizi di segretariato sociale rispondono in maniera esaustiva ai criteri minimi identificati a livello nazionale e regionale, considerando la conformazione territoriale e la distribuzione demografica sui comuni costituenti. Si ritiene comunque opportuno implementando il coordinamento della attività dei punti di accesso con gli altri servizi e con quanto realizzato da terzo settore e privato sociale nell'ambito del sostegno alla emancipazione dalla condizione di povertà. Tale implementazione trova attuazione nell'ambito del rafforzamento del Servizio Sociale professionale descritta al punto successivo.
- b) Diversamente, l'attuale dotazione di Assistenti Sociali dedicate alle attività di presa in carico territoriale non permette di garantire su base triennale il rispetto del parametro individuato di 1 Assistente Sociale ogni 5.000 abitanti (presenti n. 25,86 unità equivalenti contro le 26,71 unità da parametro). Per tale motivo, il Distretto imolese individua, quale priorità, il rafforzamento del Servizio Sociale professionale attraverso la dotazione di ulteriori figure professionali di Assistente Sociale da realizzarsi in una delle forme previste dalle normative vigenti, viste anche le possibilità indicate dalla legge finanziaria 2018. A tal fine si prevede di impiegare almeno il 20% delle risorse provenienti dal Fondo Povertà nazionale.

Le finalità perseguite con tale rafforzamento sono: supportare la qualità dell'attività di informazione e accesso erogata dai punti di accesso Rel, valorizzare l'attività professionale di pre-valutazione o *pre-assessment* e valutazione o *assessment* (da realizzarsi in maniera integrata nell'ambito delle équipe multiprofessionali in presenza di bisogni complessi), di presa in carico e di progettazione personalizzata in condivisione con le famiglie, mettere il Servizio sociale in condizione di poter sostenere realisticamente le famiglie nel percorso di emancipazione dalla situazione di difficoltà monitorando adeguatamente l'andamento degli impegni presi e delle attività

avviate. Altresì il potenziamento del Servizio Sociale professionale vuole garantire la funzione di regia ad esso attribuito nel coinvolgimento della rete dei servizi territoriali (del lavoro, sanitari, sociosanitari, della formazione, delle politiche abitative, etc.), del terzo settore, delle parti sociali e della comunità intera anche sostenendo l'implementazione del coordinamento con l'attività dei punti di accesso descritta al punto precedente.

- c) Il progetto personalizzato deve prevedere obiettivi generali e risultati specifici attesi, i sostegni (servizi e interventi) messi a disposizione dei nuclei tra quelli individuati dal D.Lgs. 147/2017 e precisamente:
- tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione come definiti dalla vigente normativa regionale;
 - sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;
 - assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità;
 - sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
 - servizio di mediazione culturale;
 - servizio di pronto intervento sociale;

oltre agli impegni assunti direttamente dai nuclei familiari.

La progettazione individualizzata viene realizzata nel rispetto dei principi di proporzionalità, appropriatezza, non eccedenza rispetto alle necessità e alle risorse del nucleo e, pertanto, la scelta dei sostegni adeguati viene fatta in base alle specifiche esigenze e non per procedure standardizzate.

Si precisa comunque che, per quanto concerne l'attivazione di tirocini, si ritiene opportuno valorizzare prioritariamente l'attività disciplinata dalla L.R. 14/15 e declinata sul territorio distrettuale nel Piano Integrato Territoriale di cui si dirà più sotto in modo da consolidarne l'impianto metodologico e utilizzare al meglio le risorse in esso previste. In tal modo si vuole altresì perseguire l'obiettivo di integrare le diverse misure e fonti di finanziamento messe a disposizione del territorio per il contrasto alla povertà e ottimizzare l'attività delle équipe multiprofessionali.

Nella definizione del progetto personalizzato verranno rispettati i livelli essenziali definiti dalla normativa nazionale e ripresi da quella regionale rispetto a:

- attivazione di almeno uno degli interventi/servizi sopra elencati per tutti i nuclei per i quali si sia proceduto alla definizione del quadro di analisi approfondito per la presenza di bisogni complessi;
- l'attivazione di un percorso di sostegno alla genitorialità per tutti i nuclei per i quali si sia proceduto alla definizione del quadro di analisi approfondito per la presenza di bisogni complessi e qualora sia presente un bambino o una bambina nei primi 1000 giorni di vita.

2. SINTESI DELLE SCELTE PREVISTE NELL'AVVISO 3 PON FSE INCLUSIONE

Le risorse erogate al territorio attraverso l'avviso 3 PON FSE INCLUSIONE sono state programmate e utilizzate nell'azione di rafforzamento dei servizi sociali – potenziamento dei servizi di segretariato sociale, dei servizi per la presa in carico e degli interventi sociali rivolti alle famiglie beneficiarie del SIA e precisamente:

- sostegno alle funzioni di segretariato sociale (*pre-assessment*)
- rafforzamento del servizio sociale professionale al fine di supportare la creazione delle équipes multidisciplinari per la presa in carico (*assessment*)
- interventi sociali.

A partire dall'esperienza avviata con tale programmazione sono state individuate le priorità di intervento declinate al punto precedente con l'obiettivo di consolidare il rafforzamento e valorizzare la qualità del servizio professionale reso ai cittadini e alla comunità.

3. SINTESI DEL PIANO INTEGRATO TERRITORIALE DEI SERVIZI PUBBLICI DEL LAVORO, SOCIALI E SANITARI

Gli obiettivi che si vogliono perseguire nel triennio 2018-2020, sono:

- potenziamento del supporto ai cittadini in condizione di fragilità e vulnerabilità nei percorsi di miglioramento delle proprie competenze lavorative e di avvicinamento al mondo del lavoro nel rispetto del principio dell'equità di accesso alle risorse presenti sul territorio;
- valorizzazione del sistema produttivo locale attraverso la piena realizzazione delle politiche di inclusione lavorativa e sociale intese anche quali opportunità di crescita imprenditoriale.

Per il perseguimento degli obiettivi individuati i servizi del lavoro, sociali e sanitari del territorio distrettuale intendono investire su:

- governance pubblica delle diverse possibilità di accesso ai percorsi di inclusione lavorativa presenti sul territorio, oltre a quanto previsto nel Piano Integrato, a salvaguardia di tutti cittadini in condizione di fragilità e vulnerabilità;
- consolidamento dell'attività dell'équipe multiprofessionale formata dai servizi del lavoro, sociali e sanitari e implementazione della stessa come strumento professionale da utilizzare per l'accesso a tutte le opportunità presenti sul territorio per l'inclusione lavorativa;
- potenziamento del coinvolgimento del mondo imprenditoriale locale negli interventi di inclusione lavorativa;
- coordinamento delle attività territoriali con le politiche metropolitane.

Nell'ambito degli obiettivi sopra riportati si individuano le seguenti priorità di intervento:

- coordinamento da parte del servizio pubblico di tutti i possibili percorsi di inclusione lavorativa presenti sul territorio e afferenti a canali di finanziamento diversi, pubblici e privati, in modo da garantire equità nell'accesso dei cittadini (valutazione dei bisogni, presa in carico e progettazione/realizzazione degli interventi), non sovrapposizione degli interventi, ottimizzazione delle risorse, valorizzazione della realtà imprenditoriale locale;
- potenziamento della rete di collaborazioni con le realtà produttive locali attraverso l'integrazione con le politiche dedicate, la sinergia con le associazioni datoriali, la condivisione di esperienze;
- investimento di una parte rilevante delle risorse nella attuazione di percorsi di tirocinio e nel supporto lavorativo alle persone individuate quali concrete occasioni di sperimentazione diretta di capacità lavorative, apprendimento sul campo e supporto economico.

PROTOCOLLO INSIEME PER IL LAVORO

Sul territorio del Nuovo Circondario Imolese viene avviato il percorso di attuazione del Protocollo "Insieme per il Lavoro" in attuazione della Deliberazione di Conferenza Sindaci n. 18/2018.

Il Protocollo permette di dare opportunità di inclusione lavorativa a una fascia di cittadini che, seppur in difficoltà, verosimilmente non rientrerebbe nei percorsi istituzionali della LR 14/15. La sua attuazione vede

la collaborazione tra Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano del Nuovo circondario Imolese, Associazione Santa Maria della Carità Onlus di Imola, ASP Circondario Imolese e Città Metropolitana.

4. INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE E SULLE CARATTERISTICHE DEI SERVIZI PER AMBITO DISTRETTUALE INCLUSE LE PROFESSIONALITÀ IMPIEGATE: N ASSISTENTI SOCIALI E N SPORTELLI SOCIALI/PUNTI DI ACCESSO.

Il Distretto imolese è caratterizzato dalla felice condizione per cui vi è coincidenza territoriale per gli ambiti di governo dei servizi coinvolti nelle attività declinate nel presente documento:

- il Nuovo Circondario Imolese, unione dei Comuni che formano il Distretto (Borgo Tossignano, Casalfiumanese, Castel del Rio, Castel Guelfo di Bologna, Castel San Pietro Terme, Dozza, Fontanelice, Imola, Medicina, Mordano)
- un unico Centro per l'Impiego
- un unico Distretto sociosanitario
- una unica Az. USL
- un servizio sociale gestito in forma unitaria da Azienda Servizi alla Persona (ASP) Circondario Imolese per conto di tutti i Comuni afferenti al Nuovo Circondario Imolese.

Ad ASP Circondario Imolese i Comuni del Nuovo Circondario Imolese hanno conferito la gestione di attività a favore di cittadini e cittadine residenti negli ambiti relativi ai minori, ai disabili, agli adulti, agli immigrati ed agli anziani (accesso-valutazione-progettazione individualizzata e sua verifica).

Numero assistenti sociali in servizio al 30/06/2018 presso l'Asp Circondario Imolese: 29,36 unità equivalenti di cui 25,86 unità dedicate all'attività territoriale di presa in carico degli utenti e n. 3,5 unità dedicate ad attività trasversali anche in ottemperanza delle prescrizioni del medico competente.

Gli Sportelli Sociali attivi sul territorio del Nuovo Circondario Imolese sono n. 3, situati nei Comuni di maggiore densità demografica (Imola, Castel San Pietro Terme e Medicina) e presso di essi viene svolta anche la funzione di informazione e accesso alle misure di contrasto alla povertà (l'accesso al sistema declinato dalla L.R. 14/15 può avvenire anche dai servizi territoriali del lavoro o sanitari così come previsto dalla normativa stessa). Agli Sportelli Sociali così articolati si aggiungono n. 5 Sportelli Territoriali aperti almeno una volta a settimana nei territori del Distretto a minor intensità demografica (Castel Guelfo, Dozza, Mordano, Sesto Imolese, Vallata del Santerno a Borgo Tossignano). Un ulteriore Sportello Territoriale è aperto anche presso la Casa della Salute di Medicina.

5. MODELLO DI GOVERNANCE REALIZZATO A LIVELLO DISTRETTUALE (VEDI PIANO REGIONALE PUNTO 6 C).

Sul territorio distrettuale la funzione di articolazione della Rete della protezione e dell'inclusione sociale è svolta dal Comitato di Distretto integrato dal Responsabile del Centro per l'Impiego di Imola o suo delegato.

La consultazione delle parti sociali avviene secondo le modalità e i tempi previsti nel Protocollo per le relazioni sindacali siglato tra Nuovo Circondario Imolese e le organizzazioni sindacali stesse, attraverso la figura dell'amministratore locale delegato.

La consultazione degli organismi del terzo settore che si occupano di attività correlate al contrasto alla povertà per il monitoraggio delle attività e la definizione di obiettivi avviene nelle modalità riportate al punto 7, soprattutto per il tramite dell'attività dell'Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano.

L'Ufficio di Supporto e Ufficio di Piano svolge una attività di coordinamento tecnico dell'azione programmatica e organizzativo-gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà nell'ambito distrettuale, in stretta connessione con il Centro per l'Impiego e con ASP Circondario Imolese e a supporto della attività di programmazione, al fine di garantire omogeneità nell'applicazione delle norme, coordinamento delle misure e degli interventi possibili, equità di trattamento per i cittadini, corretto utilizzo delle risorse.

Sempre in stretta collaborazione con il Centro per l'Impiego e con ASP Circondario Imolese, monitora l'andamento delle attività e l'utilizzo delle risorse per valutare l'effettiva corrispondenza tra bisogni e servizi attivati.

6. MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'ATTIVAZIONE, COSTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE (VEDI PIANO REGIONALE PUTNO 7 E 7 C).

Nel territorio del Distretto di Imola è da tempo consolidato il modello organizzativo della integrazione professionale sociosanitaria attraverso l'attività della Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) prevista dalla normativa di riferimento e definita attraverso apposito regolamento approvato dai servizi.

Il modello di équipe multiprofessionale definito all'interno della Proposta di intervento per l'attuazione del sostegno per l'inclusione attiva (PON SIA) parte proprio da questa esperienza; il ruolo centrale nella valutazione viene assunto dal Servizio Sociale territoriale che lo realizza attraverso figure professionali multidisciplinari (Assistente Sociale, educatore professionale, mediatore culturale , OSS, pedagogiste, psicologo).

In questo documento programmatico l'équipe multiprofessionale apre in maniera strutturale al coinvolgimento diretto del Centro per l'Impiego per il rafforzamento delle attività collegate alla L.R. 14/15.

Con il Piano Integrato Territoriale prima annualità si è consolidato il modello organizzativo della équipe multiprofessionale previsto dalla L.R. 14/15 che vede coinvolti i referenti dei servizi territoriali del lavoro, del sociale e del sanitario con il ruolo di regia in capo al Centro per l'Impiego.

Tale modello prevede un calendario programmato di convocazioni delle équipe; l'ordine del giorno di ogni convocazione viene determinato in base alle situazioni già valutate, in ordine cronologico di valutazione.

Alle équipe partecipa sempre il Responsabile del Centro per l'Impiego di Imola assieme agli operatori dei Servizi Sociali e/o Sanitari che hanno in carico la situazione e hanno proceduto alla valutazione approfondita della condizione di fragilità.

Il modello organizzativo della équipe multidisciplinare prevista dal D.Lgs. 147/17 discende naturalmente dalle esperienze di integrazione professionale raccontate sopra per valorizzarne le buone prassi e ottimizzare gli interventi.

La convocazione della équipe multidisciplinare viene fatta dall'operatore di riferimento del Servizio Sociale professionale che ha in carico la situazione, in coerenza con il ruolo di regia degli interventi di contrasto alla povertà che la normativa identifica nel Servizio Sociale, il quale convoca gli altri

partecipanti tra gli operatori afferenti alla rete dei servizi territoriali identificati a seconda dei bisogni del nucleo più rilevanti emersi a seguito dell'analisi preliminare.

Anche in questo caso un ruolo determinante viene svolto dal Centro per l'Impiego per l'attenzione che deve essere mantenuta all'inserimento lavorativo come via maestra per l'emancipazione dalla condizione di povertà e la possibilità di autodeterminazione, senza tralasciare i necessari apporti dei servizi della formazione, delle politiche abitative, della tutela della salute e dell'istruzione.

L'obiettivo definito su base triennale è quello di arrivare ad una effettiva coincidenza delle diverse équipes multidisciplinari, comprensive delle attività delle U.V.M. sociosanitarie, perseguibile anche grazie all'assetto territoriale istituzionale che prevede il confronto continuo tra operatori dei diversi servizi per la valutazione e presa in carico dei cittadini e dei nuclei famigliari.

L'équipe multidisciplinare opera nel rispetto dei principi di adeguatezza, appropriatezza, non eccedenza, flessibilità.

7. MODALITA E STRUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE E CONFRONTO CON I SOGGETTI DEL TERZO SETTORE (VEDI PIANO REGIONALE 6B).

Il Protocollo regionale per l'attuazione del Reddito di Solidarietà (RES) e delle misure a contrasto di povertà ed esclusione sociale in Emilia-Romagna viene assunto a livello territoriale nell'ambito del presente Piano di Zona.

Il Nuovo Circondario Imolese fa propri gli impegni previsti dal Protocollo e a tal fine ha identificato il proprio referente per i rapporti con il terzo settore sul tema della povertà.

Nello specifico della declinazione territoriale, i rapporti con il terzo settore (associazioni di volontariato e di promozione sociale) e con gli enti morali avviene soprattutto nella condivisione di attività nell'ambito dei progetti personalizzati per il sostegno al reddito e l'inclusione lavorativa.

La collaborazione valorizza il lavoro di prossimità realizzato dalla comunità in risposta ai bisogni dei propri membri il quale non può essere sostituito, in termini valoriali, dall'intervento dei servizi e crea nuove risorse di relazione oltre che materiali.

A livello di sistema, il Nuovo Circondario Imolese ha avviato un percorso di collaborazione con i soggetti che si occupano di redistribuzione delle eccedenze alimentari e lotta allo spreco con la finalità di coordinare gli interventi già presenti sul territorio integrandoli maggiormente nella rete di interventi a contrasto della povertà, ottimizzare le risorse ed incrementare le attività, ampliare la platea di utilizzatori intercettando soprattutto i cittadini più isolati che sono a rischio di eventi critici.

Il percorso avviato viene descritto nella Scheda "Riuso e distribuzione beni alimentari" e viene realizzato attraverso il modello di partecipazione del Community Lab regionale; i gruppi di lavoro vedranno la più ampia partecipazione possibile, gli obiettivi del percorso saranno definiti congiuntamente e non sono precostituiti, così come le risorse umane e materiali/economiche dovranno essere identificate congiuntamente.

Sul territorio è consolidata anche una esperienza di collaborazione tra i Servizi Sociali ed enti morali e religiosi che si occupano di accogliere persone in condizione di marginalità estrema.

Il Nuovo Circondario Imolese ha investito sullo sviluppo di un modello di partecipazione comunitaria attraverso la realizzazione di due percorsi formativi importanti (SMART COMMUNITY e COMUNITAPERTE) ai quali hanno partecipato sia cittadini singoli che associazioni.

Durante questi percorsi sono stati individuati bisogni emergenti caratteristici delle diverse comunità locali partecipanti e sono state avviate delle attività correlate realizzate direttamente dai cittadini e dalle associazioni, attività che ancora proseguono.

Sulla scia di questa esperienza la programmazione dei Piani di Zona 2018-2020 è stata impostata prevedendo l'apertura delle attività dei diversi tavoli tematici rappresentati nelle diverse Schede a tutti i cittadini singoli o organizzati in forme aggregative (associazioni, gruppi, ...) che siano disponibili ad essere interlocutori di comunità e a non portare istanze personali o di parte. La programmazione dei Piani di Zona passa così dal coinvolgimento degli stakeholders a quello dei rappresentanti di comunità. Il coordinamento degli interventi e delle attività dei partecipanti è affidato al referente individuato per ogni Scheda.

8. RICHIAMO SCHEDE

Si richiamano le schede collegate alla sezione appena presentata, nello specifico:

- N.22, "Misure a contrasto della povertà (SIA/RES, REI)"
- N.23, "Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (l.r. 14/15)"
- Scheda Riuso e distribuzione beni alimentari

Contenute nel file "Distretto di Imola- schede intervento", allegato alla presente sezione.

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 360.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 71.000,00	€ 216.000,00	€ 147.610,00	€ 794.610,00
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 146.000,00	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ 114.000,00	€ 126.000,00	€ 389.000,00
Altre fondi statali/pubblici (specificare)	F.do SPRAR	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.011.938,00	€ -	€ -	€ 1.011.938,00
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 120.273,00	€ -	€ 120.273,00
Programma gioco d'azzardo patologico		€ -	€ -	€ 107.915,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 107.915,00
Fondi FSE POR - LR 14/2015		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 563.815,00	€ 563.815,00
AUSL (specificare)		€ 136.000,00	€ 376.500,00	€ -	€ 3.110.000,00	€ 66.000,00	€ -	€ 506.000,00	€ 4.194.500,00
Altri fondi regionali (specificare)	LR 3/2010 partecipazione	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 10.500,00	€ 10.500,00
Altre fondi statali/pubblici (specificare)	(Stato, INPS, Inail, Con.Ami, Sfera)	€ -	€ -	€ -	€ 52.000,00	€ 242.300,00	€ 71.800,00	€ 123.447,00	€ 489.547,00
Altri soggetti privati (specificare)	(Fondazione CRIMOLA, BCC, donazioni, Gruppo Argenta)	€ 27.600,00	€ 8.000,00	€ -	€ 9.616,00	€ -	€ 35.000,00	€ 6.856,00	€ 87.072,00
Altri fondi regionali (specificare)	LR 14/2008 Giovani	€ 28.884,62	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 28.884,62
Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)		€ -	€ 118.428,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 118.428,00
Altri fondi regionali (specificare)	Vita Indipendente,Proget to maltrattamento, residuo FRD tirocni, contributi mobilità casa-lavoro, contributi abbonamenti agevolati Tper	€ -	€ 70.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 6.807,00	€ 97.799,00	€ 174.606,00
Compartecipazione utenti		€ 5.600,00	€ 334.612,55	€ -	€ 9.903.976,33	€ -	€ -	€ -	€ 10.244.188,88
Comune (specificare)	Dieci Comuni del Nuovo Circondario Imolese	€ 858.933,00	€ 1.883.270,00	€ -	€ 3.204.250,00	€ 272.782,00	€ 639.147,00	€ 2.890.398,00	€ 9.748.780,00
FRNA		€ -	€ 4.072.744,00	€ -	€ 8.780.405,01	€ -	€ -	€ 122.129,00	€ 12.975.278,01
FNNA		€ -	€ 565.562,93	€ -	€ 620.500,00	€ -	€ -	€ 8.500,00	€ 1.194.562,93
Totale (al lordo della compartecipazione utenti)		€ 1.563.017,62	€ 7.429.117,48	€ 107.915,00	€ 25.683.747,34	€ 1.664.020,00	€ 1.203.027,00	€ 4.603.054,00	€ 42.253.898,44
Totale (al netto della compartecipazione utenti)		€ 1.557.417,62	€ 7.094.504,93	€ 107.915,00	€ 15.779.771,01	€ 1.664.020,00	€ 1.203.027,00	€ 4.603.054,00	€ 32.009.709,56

Intervento	Nome indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Azioni di contrasto dell'esclusione sociale	- N° persone senza dimora prese in	N° persone senza dimora prese in carico a livello	Numerico	Non rilevabile	31/12/2017	Non rilevabile	Non rilevabile	Non rilevabile
Budget di Salute	PTRI condiviso e firmato	N. PROGETTI SCRITTI, FIRMATI DA TUTTI I SOGGETTI COINVOLTI (UTENTE, FAMILIARI, PERSONE SIGNIFICATIVE, EQUIPE DI LAVORO)/ N Utenti Con PTRI-BdS	Numerico	100%	31/12/2017	100%	100%	100%
Budget di Salute	PTRI, verifiche semestrali	N VERIFICHE PERIODICHE SEMESTRALI PER OGNI UTENTE CO-PROGETTATE,SCRITTE, FIRMATE DA UTENTE, GRUPPO DI LAVORO, FAMILIARI,FIGURE SIGNIFICATIVE	Numerico	100%	31/12/2017	100%	100%	100%
Budget di Salute	Incontri equipe integrata	N INCONTRI DI EQUIPE INTEGRATA, PER OGNI UTENTE, PER LA STESURA DEL PTRI, RIPROGETTAZIONE, VERIFICA: almeno 2 per anno/ N utenti con PTRI con BdS	Numerico	100%	31/12/2017	100%	100%	100%
Budget di Salute	UVM	N. UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIMENSIONALE (UVM) SVOLTE / N NUOVE ATTIVAZIONI DI PTRI CON BUDGET DI SALUTE	Numerico	100%	31/12/2017	100%	100%	100%

Intervento	Nome indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Budget di Salute	Giornate di degenza in ambiente psichiatrico	N GIORNATE DI DEGENZA IN AMBIENTE PSICHIATRICO durante il decorso del BDS (PRE e POST BdS) per ogni utente con PTRI-BdS	Testuale	Rilevate con diminuzione , nell'anno pre/post BdS del 70%	31/12/2017	Mantenere la somministrazione e la analisi dei risultati	Mantenere la somministrazione e la analisi dei risultati	Mantenere la somministrazione e la analisi dei risultati
Budget di Salute	Riunioni mensili equipe integrata	N RIUNIONI IN EQUIPE INTEGRATA CADENZA MENSILE , PER OGNI UTENTE, PER LA DISCUSSIONE DEL PROGETTO (DSMDP,PRIVATO SOCIALE,UTENTE,FAMILIARI ,FIGURE SIGNIFICATIVE)	Numerico	100%	31/12/2017	100%	100%	100%
Budget di Salute	Eventi formativi	REALIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI CONDIVISI con ASP, TERZO SETTORE, ASSOCIAZIONI: ALMENO UNO ALL'ANNO	Numerico			Almeno un evento	Almeno un evento	Almeno un evento
Budget di Salute	Valutazione di esito: Scale di Valutazione	VALUTAZIONE DI ESITO: N SCALE DI VALUTAZIONE (Honos 18; BPRS;VSSS; Interviste semistrutturate) rivolte a Utenti, Familiari, Operatori.	Testuale	Scale di valutazione ed interviste effettuate, nei tempi previsti, a tutti coloro che hanno dato il consenso	31/12/2017	Mantenere la somministrazione e la analisi dei risultati	Mantenere la somministrazione e la analisi dei risultati	Mantenere la somministrazione e la analisi dei risultati
Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità	Pubblicazione Procedura aziendale "PUA" in docweb	Predisposizione procedura aziendale per la pubblicazione in docweb	Testuale	Procedura ed. 2016 (da aggiornare)	31/12/2017	Entro Dicembre 2018	Da definire	Da definire

Intervento	Nome indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità	Bozza di Procedura aziendale “Dimissioni Protette” per pubblicazione in docweb	Predisposizione bozza di procedura per aziendale per la pubblicazione in docweb	Testuale	Procedura ed. 2012 (da aggiornare)	31/12/2017	Lavori in corso	Entro Dicembre 2019	Da definire
Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità	Avvio sperimentazione	Avvio sperimentazione per lo sviluppo di un Need assessment tools	Testuale	Collaborazione con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017)	31/12/2017	Entro Dicembre 2018	Da definire	Da definire
Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità	Avvio sperimentazione	Avvio sperimentazione del Frailty Score di Roockwood	Testuale	Collaborazione con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017)	31/12/2017	Entro dicembre 2018	Da definire	Da definire
Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità	Adozione modello di relazione di dimissione assistenziale integrata	Adozione modello di relazione di dimissione assistenziale integrata	Testuale	Anche rif. a Procedura aziendale “Addestramento care-giver”	31/12/2016	Entro Dicembre 2018	Da definire	Da definire
Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità	Proposta di cruscotto	Definizione di un cruscotto di indicatori per la valutazione di impatto della SRCI	Testuale	Collaborazione con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017)	31/12/2017	Entro Dicembre 2018	Da definire	Da definire
Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità	Raccolta PREM-OsCo	Messa a regime della rilevazione a livello aziendale c/o SRCI (report annuale aziendale) e avvio	Testuale	Collaborazione con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017)	31/12/2017	Lavori in corso	Entro Giugno 2019	Da definire

Intervento	Nome indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	
Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità	Avvio sperimentazione PREM-ADI	Avvio sperimentazione della rilevazione PREM-ADI a livello aziendale	Testuale		Collaborazione con UNIBO (rif. Deliberazione n.106/2017)	31/12/2017	Lavori in corso	Entro Dicembre 2019	Da definire
Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell’ambito della rete di cure	Divulgazione e informazione verso i cittadini sulle Cure Palliative attraverso l’elaborazione della Carta dei Servizi	Elaborazione della Carta dei Servizi aziendale della Rete delle Cure palliative	S N	No	31/12/2017	No	Sì	Sì	
Prevenzione e contrasto al gioco d’azzardo patologico	Capacità di attrazione dell'intervento di psicoeducazione	Numero di utenti presi in carico dall’ UOCDP dopo interventi di psicoeducazione/Numero di utenti contattati con	Numerico	0	31/12/2017	>20%	>25%	>30%	
Previsione utilizzo FRNA/FNA anno 2018	Monitoraggio FRNA/FNA	Monitoraggio FRNA/FNA	S N	Sì	31/12/2017	Sì	Sì	Sì	
Riuso e distribuzione beni alimentari	- Numero di attori coinvolti nelle attività di coordinamento	- Numero di attori coinvolti nelle attività di coordinamento	Numerico	Non rilevabile	31/12/2017	Da definire	Da definire	Da definire	
Riuso e distribuzione beni alimentari	- Numero di obiettivi definiti	- Numero di obiettivi definiti	Numerico	Non rilevabile	31/12/2017	Da definire	Da definire	Da definire	
Riuso e distribuzione beni alimentari	- Numero di azioni realizzate	Numero di azioni realizzate	Numerico	Non rilevabile	31/12/2017	Da definire	Da definire	Da definire	
Riuso e distribuzione beni alimentari	- Numero di beneficiari coinvolti	- Numero di beneficiari coinvolti	Numerico	Non rilevabile	31/12/2017	Da definire	Da definire	Da definire	
Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell’	N. utenti con presa in carico integrata	Numero di utenti con presa in carico integrata (UOCDP e Gruppi di Auto	Numerico	5	31/12/2017	5	7	9	
Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell’	N° Centri di incontro nel territorio distrettuale	Mappatura dei centri	Numerico	2	31/12/2017	2	3	3	

Intervento	Nome indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'	N gruppi AMA collegati alle pratiche di salute Mentale di comunità del DSMDP (indicato	Gruppi AMA afferenti al Coordinamento gruppi di	Numerico	20	31/12/2017	20	22	22
Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'	N incontri del Coordinamento Gruppi di AMA	Sul territorio del Circondario da oltre 20 anni si riunisce ogni	Numerico	6	31/12/2017	6	6	6

ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO TRIENNALE

2018 - 2020



Redazione e coordinamento dell'atto di indirizzo e coordinamento triennale a cura della Struttura Tecnica Metropolitana della CTSSM Bo, con la collaborazione dei Responsabili degli Uffici di Piano.

Si ringraziano per i contributi: le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie dell'area metropolitana, i Direttori di Distretto e i Direttori delle Attività Sociali e Sanitarie dell'Azienda Usl di Bologna e di Imola, il Direttore delle Attività Amministrative Territoriali dell'Azienda Usl di Bologna, il Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda Usl di Bologna.

Introduzione

L'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale costituisce il quadro di riferimento della programmazione territoriale per la salute e il benessere, ed è lo strumento attraverso il quale la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna esercita il proprio compito di coordinamento della programmazione distrettuale.

E' un atto di programmazione intermedia che, ai sensi del Piano Sociale e Sanitario Regionale, consente di realizzare il ruolo di coordinamento ed integrazione sui tre livelli da esso previsti:

- tra Regione e ambiti distrettuali, con un compito di sintesi e raccordo sul piano dell'informazione, del confronto e dell'ascolto;
- tra gli ambiti distrettuali: per produrre il più alto livello, possibile e necessario, di armonizzazione, coerenza e equità, tenendo conto delle specificità distrettuali;
- tra le politiche sociali e sanitarie nonché tra queste e le politiche che hanno impatto sulla salute e sul benessere sociale della popolazione di riferimento: educazione, formazione e lavoro, casa, mobilità, ambiente.

E' un atto, inoltre, che specifica indirizzi e priorità da perseguire in maniera coordinata sul territorio metropolitano per garantire un'equa ripartizione delle risorse fra le zone sociali e sanitarie e per promuovere equità e omogeneità di accesso ai servizi da parte di tutti i cittadini, nel rispetto delle specificità distrettuali e delle competenze degli enti coinvolti.

Sono tante le sfide che, attraverso le programmazioni distrettuali, dovranno essere affrontate dai territori: dall'organizzazione sanitaria all'integrazione, dalla prossimità al coinvolgimento ed alla partecipazione dei cittadini.

L'azione della CTSS Metropolitana di Bologna deve però prima di tutto essere centrata sul contrasto all'impoverimento. La crisi economica di inizio decennio, unita alle trasformazioni demografiche e sociali, ha determinato un forte aumento della domanda sociale, che gli enti locali non riescono a soddisfare. In particolare, si è ingrossata la fascia di coloro che prima della crisi si trovavano in buone condizioni economiche ed ora invece si trovano in situazione di rischio di povertà. E' necessario pertanto dirigere gli sforzi, in modo congiunto, a livello metropolitano e distrettuale, per soddisfare i bisogni di questa fascia di popolazione.

In particolare, la CTSS Metropolitana di Bologna deve lavorare nella direzione di rafforzare e dare omogeneità agli interventi a contrasto della povertà e dell'impoverimento, attraverso il lavoro dell'Ufficio di Supporto e della Struttura Tecnica Metropolitana. Deve promuovere sui territori attività innovative e sperimentali che possano poi essere replicate su altri ambiti.

L'attività di programmazione di ambito metropolitano non si esaurisce con l'approvazione dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale. Nel corso delle prossime settimane, infatti, sarà approvato il piano delle attività, che costituirà la traduzione operativa delle azioni di ambito metropolitano conseguenti agli obiettivi fissati dall'Atto di indirizzo. Ad esso si accompagnerà il profilo di comunità che costituirà un supporto alla programmazione attraverso i dati e le informazioni. Il lavoro di approfondimento attraverso l'analisi dei dati, inoltre, proseguirà nei prossimi anni, attraverso la realizzazione di approfondimenti specifici su aree di bisogno prioritarie.

Per realizzare questo ambizioso programma è ovviamente necessario l'impegno di tutti i livelli territoriali; confidiamo che l'Atto di indirizzo sia un utile strumento propulsivo per arrivare a raggiungere gli obiettivi fissati dal Piano Sociale e Sanitario Regionale, nonché un'ulteriore spinta a realizzare livelli sempre più forti di governo metropolitano.

Giuliano Barigazzi

Presidente Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna

Sommario

1. La nuova governance metropolitana delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie ..5	5
2. Verso un nuovo Welfare metropolitano: dalla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni all'innovazione sociale per il contrasto alle disuguaglianze e all'impoverimento 7	7
3. Priorità strategiche per l'area metropolitana.....9	9
3.1 Contrastare l'impoverimento e promuovere l'inclusione sociale.....9	9
3.2 Ritornare ai giovani.....14	14
3.3 La sfida metropolitana per l'accoglienza e l'integrazione.....18	18
3.4 Educazione alle differenze e politiche per il contrasto alla violenza 20	20
3.5 Sostenere la persona con disabilità nel corso del ciclo di vita: la ricomposizione delle opportunità.....21	21
3.6 Rilanciare le politiche prevenzione e di promozione della Salute.....23	23
3.7 Integrazione socio-sanitaria: dalla domiciliarità alle cure intermedie 24	24
3.8 Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera.....25	25
3.9 Collaborazione pubblico privato, valorizzazione del Terzo settore 27	27
4. Strumenti operativi per la programmazione metropolitana e distrettuale.....28	28

1. La nuova governance metropolitana delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie

La nuova governance delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie di livello intermedio, che ha preso le mosse dai provvedimenti di riforma nazionali e regionali, si è consolidata negli ultimi due anni attraverso un ruolo rafforzato delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie (CTSS) quali organi collegiali deputati alla programmazione e al coordinamento delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie.

Nel territorio metropolitano bolognese la L.R. n. 13/2015 ha introdotto la grande novità dell'unificazione delle due Conferenze territoriali sociali e sanitarie di Imola e Bologna nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna (d'ora in avanti, CTSSM Bo) *"al fine di garantire il coordinato sviluppo delle attività delle aziende sanitarie di Bologna e di Imola, e degli altri soggetti istituzionali competenti, con riferimento sia alle politiche per la salute ed il benessere sociale, sia al funzionamento ed all'erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali."*¹

Le competenze e le attività della CTSSM Bo sono disciplinate da una specifica delibera regionale (DGR 1442/2016), alla quale hanno fatto seguito gli atti attuativi della medesima, approvati dalla CTSSM Bo nel corso del 2016 e del 2017².

E' in questa delibera, facendo seguito al dettato della L.R. n 13/2015, che si delinea il ruolo peculiare della CTSSM Bo, caratterizzata come sede istituzionale di co-decisione tra Regione, Città metropolitana e Unioni/Comuni del territorio. La Conferenza si configura come l'organismo di riferimento della Città metropolitana in ambito sociale, sanitario e socio-sanitario e relaziona sull'attività svolta alla Conferenza metropolitana dei Sindaci, organo della Città metropolitana di Bologna.

A partire da quanto rappresentato dal PSSR, la CTSSM Bo svolge una funzione propulsiva nei confronti del territorio in ordine all'attivazione di azioni di ricerca, approfondimento, formazione, benchmarking, volte a promuovere l'innovazione delle politiche di welfare e l'omogeneità di esercizio dei diritti.

La CTSSM Bo è inoltre il luogo della programmazione delle politiche di sviluppo del sistema sanitario territoriale. Anche per la programmazione sanitaria è aperta la sfida dell'integrazione con le altre politiche settoriali, nell'ottica di una concezione di salute ampia, partecipata e condivisa con la comunità.

Attraverso il coordinamento della CTSSM Bo, tutti gli enti promuovono l'integrazione sociosanitaria nell'ambito della programmazione e della gestione dei servizi.

In questo contesto è importante che la CTSSM Bo promuova, in forma continuativa, processi di partecipazione e condivisione, da parte della cittadinanza, degli interventi di welfare.

La CTSSM Bo inoltre assicura un livello intermedio di relazioni sindacali capace di delineare percorsi di sviluppo del welfare attraverso l'individuazione di priorità condivise.

Il PSSR e la delibera istitutiva della CTSSM Bo prevedono che la Conferenza sia dotata di un Ufficio di Supporto e di una Struttura Tecnica Metropolitana, con funzioni di coordinamento tecnico, amministrativo ed organizzativo. Ufficio di Supporto e Struttura Tecnica Metropolitana accompagnano e sostengono la programmazione delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie dei territori dell'area metropolitana e promuovono la realizzazione di progetti e servizi di ambito

¹ Legge Regionale n. 13 del 30 Luglio 2015 "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro Unioni", art. 60, comma 2.

² CTSS metropolitana di Bologna, seduta del 3/10/2016 "Regolamento di funzionamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna", CTSS metropolitana di Bologna, seduta del 6/9/2017 "Convenzione per il funzionamento della Struttura Tecnica Metropolitana della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna", <http://www.ctss.bo.it/>, Atto del Sindaco metropolitano n. 217 dell'8 Novembre 2017 "Azioni metropolitane a sostegno delle politiche sociali e sociosanitarie"

metropolitano, finalizzati a garantire l'omogeneità territoriale delle opportunità per i cittadini e la riduzione delle disuguaglianze.

L'art. 3, comma 2, del Regolamento istitutivo stabilisce che la CTSSM Bo ***“approva l'atto di indirizzo e coordinamento triennale contenente le priorità strategiche in area sociale, sociosanitaria – compresa la non autosufficienza – e sanitaria”***.

L'Atto di indirizzo e coordinamento triennale costituisce il documento che, nell'ottica di promuovere una reale integrazione delle attività in ambito sociale, sociosanitario e sanitario, allinea e raccorda le programmazioni esistenti, con la finalità ultima di consentire agli enti territoriali di pervenire ad una programmazione triennale efficace ed efficiente, attraverso una visione integrata che garantisca equità delle opportunità per i cittadini.

La cornice normativa e regolamentare in cui si colloca l'Atto di indirizzo vede un primo e necessario riferimento nel Piano Sociale e Sanitario regionale (PSSR) 2017-2019, che è il documento centrale per l'azione politica regionale in ambito sociale e sanitario.

Il Piano regionale della prevenzione è strumento di riferimento per tutti gli interventi che le Aziende sanitarie devono attivare per tutelare e promuovere la salute di coloro che vivono nella regione e per intervenire sui problemi di salute più diffusi nella popolazione.

Nell'Intesa Generale Quadro Regione-Città metropolitana di Bologna del gennaio 2016, prevista dalla L.R. n.13/2015, i due Enti *“promuovono un nuovo assetto istituzionale del welfare, nell'ottica di valorizzare il ruolo differenziato dell'ente metropolitano nella governance del welfare”*. Strumento per la governance delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie in ambito metropolitano è una unica Conferenza sociale e sanitaria metropolitana.

A livello metropolitano, l'azione pluriennale delle politiche di welfare avrà invece il suo necessario punto di riferimento nel Piano Strategico Metropolitano (PSM2.0) in corso di approvazione, che rappresenta *“l'atto di indirizzo triennale per la Città metropolitana di Bologna e per l'esercizio delle funzioni dei comuni e delle unioni di comuni del territorio metropolitano nelle materie di loro competenza”*.

Il PSM raccoglie gli elementi prioritari inseriti nel Patto metropolitano per il lavoro e lo sviluppo economico e sociale del 2015, accordo quadro che definisce le strategie che il territorio metropolitano intende condividere con la Regione Emilia-Romagna, per rendere il territorio regionale competitivo ed attrattivo, con un forte impatto anche a livello nazionale ed europeo, e il Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali, siglato alla fine del 2017 con il Terzo settore e che individua le principali aree di disagio sociale ponendosi l'obiettivo di promuovere la messa a sistema ed il raccordo fra le diverse risorse del pubblico e del privato sociale, in un'ottica di ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse.

Le politiche di welfare metropolitane vedono un importante strumento di attuazione nel Programma Operativo Nazionale “Città Metropolitane 2014 – 2020”, che supporta le priorità dell'Agenda urbana europea, individua nelle aree urbane i territori chiave per cogliere le sfide di crescita intelligente, inclusiva e sostenibile poste dalla Strategia Europa 2020 e sviluppa interventi nel territorio del Comune capoluogo e nell'area metropolitana, introducendo modelli di innovazione sociale fondati sulla valorizzazione dei beni comuni e la collaborazione tra cittadini, associazioni e Pubblica Amministrazione.

L'Atto di indirizzo raccoglie e sintetizza le linee di indirizzo e le priorità individuate nei diversi strumenti di programmazione di livello regionale e metropolitano, e promuove l'integrazione delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie con le altre politiche di sviluppo del territorio, in particolare le politiche dell'istruzione, del lavoro, della casa, della mobilità, aderendo ad una visione del welfare come motore di sviluppo delle comunità territoriali. A tal fine la CTSSM Bo si raccorda con i diversi organismi di coordinamento presenti a livello metropolitano, e in particolare con la Conferenza metropolitana di coordinamento per l'istruzione, la formazione, il lavoro.

L'Atto di indirizzo e coordinamento rappresenta, a sua volta, la cornice nella quale si innestano le programmazioni distrettuali.

2. *Verso un nuovo Welfare metropolitano: dalla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni all'innovazione sociale per il contrasto alle disuguaglianze e all'impoverimento*

Nel corso dell'ultimo decennio l'invecchiamento della popolazione, le trasformazioni delle strutture familiari, la profonda crisi economica, dalla quale con difficoltà il nostro paese sta riemergendo, e la diffusione di forme di occupazione precarie, hanno ampliato i bisogni dei cittadini e modificato la struttura della domanda sociale.

Il divario fra il tradizionale catalogo dei rischi tutelati e la nuova gamma dei bisogni sociali è aumentato e ciò ha alimentato forti tensioni nei sistemi di protezione sociale; il ritardo che il nostro paese sconta nella strutturazione di un sistema di welfare moderno ha determinato un aggravarsi delle conseguenze della crisi.

A livello nazionale è mancata, nello scorso decennio, la volontà di riordinare un sistema di servizi inadeguato alla nuova struttura dei bisogni emergenti, determinando una sovrapposizione di nuovi interventi alle misure esistenti, spesso inefficaci e sulle quali ogni tentativo di riforma si è arenato.

Attraverso la CTSSM Bo, la Città Metropolitana deve diventare un laboratorio sui diritti sociali di cittadinanza ed essere da traino per l'iniziativa in tema di Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali che si propone il PSSR in ambito regionale. Va assunta una concezione multidimensionale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, superando l'equazione secondo la quale ai diritti sociali corrispondono prestazioni esigibili, considerando anche le prestazioni non istituzionali, gli interventi rivolti alla comunità, le azioni di sistema. Va prima di tutto definito il sistema organizzativo locale, orientandolo verso una dimensione distrettuale, per quanto riguarda sia le azioni di sistema (ad esempio gli Uffici di Piano) sia le funzioni del servizio sociale territoriale, che nei territori della Città Metropolitana deve diventare servizio sociale distrettuale.

Inizialmente le risorse disponibili dovranno essere indirizzate verso priorità condivise (le risposte ai bisogni sociali che vogliamo assicurare ai cittadini metropolitani) e con attenzione al criterio della sostenibilità economica. In un secondo momento potranno essere definiti gli standard quali quantitativi delle prestazioni essenziali, attraverso la pianificazione della CTSSM Bo. Deve essere centrale il risultato da ottenere, vale a dire l'esito in termini di benessere prodotto che il sistema istituzionale metropolitano ha ritenuto di voler garantire ai propri cittadini. Tale esito potrà essere raggiunto attraverso l'erogazione di prestazioni istituzionali, l'empowerment delle risorse della persona, della famiglia, il mutuo aiuto, la solidarietà delle reti sociali informali, le risorse comunitarie o altro.

A livello locale, la povertà è fenomeno sempre più presente, e attraversa ceti sociali che fino a qualche anno fa non ne erano toccati. Ma è anche evidente ormai la presenza di una fascia di cittadini e famiglie che si percepiscono e sono a rischio di scivolare nella povertà e non trovano nel sistema dei servizi territoriali risposte adeguate: anziani soli, famiglie in cui un lavoro precario è l'unica fonte di reddito, adolescenti e giovani che hanno difficoltà e disagi crescenti.

Si tratta di bisogni che non è realistico pensare possano avere risposta attraverso un incremento della spesa sociale. Le scelte dei Comuni, in termini di maggiori investimenti sui servizi di welfare locale, non sono riuscite a colmare il gap derivante dall'esiguità delle risorse nazionali e dalla frammentazione degli interventi stratificatisi nel corso dei decenni. La stessa spesa sociale di Comuni/Unioni dell'area metropolitana è ancora estremamente diversificata a livello geografico.

Il sistema del welfare ha di fronte a sé, dunque, una duplice sfida: mantenere e valorizzare gli strumenti sociali per contrastare la povertà, ma, nello stesso tempo, percorrere nuove strade per dare risposte a chi ancora non è "ultimo", ma potrebbe divenirlo a breve.

La CTSSM Bo si pone dunque l'obiettivo di sostenere tale processo di innovazione sociale, non abbandonando gli ultimi, ma lavorando anche per chi, pur essendo in difficoltà economiche, non si rivolge ai servizi, o per coloro ai quali i servizi non hanno oggi nulla da offrire.

E' necessario un cambio di paradigma per costruire il nuovo welfare, perché il tema dell'impoverimento attraversa tutti i target di utenza: anziani, minori, persone di origine nativa migrante, famiglie nel loro complesso, e sintetizza i nuovi problemi sociali.

La CTSSM Bo ritiene necessario mettere in campo azioni innovative e strettamente sinergiche.

Integrare le politiche sociali e sanitarie con le politiche del lavoro, della formazione, per la casa

Se l'obiettivo prioritario è il contrasto alle disuguaglianze e all'impoverimento, il nuovo welfare deve realizzare modalità strutturate di integrazione fra le diverse dimensioni della vita del cittadino: il diritto ai servizi socio educativi e all'istruzione per contrastare la povertà educativa, l'accesso al lavoro stabile, la certezza dell'abitare. Tali dimensioni sono parti costitutive dell'identità sociale della persona, del suo diritto di cittadinanza, ed al contempo punti di forza indispensabili perché le politiche sociali e sanitarie raggiungano la massima efficacia.

Si tratta di un percorso complesso, che vede un necessario intreccio con altri servizi pubblici fortemente connotati come la scuola e i servizi per l'impiego.

Diviene necessaria dunque una scelta di integrazione inter-istituzionale a cui deve seguire il sostegno e la valorizzazione delle professionalità coinvolte.

La CTSSM Bo promuove dunque l'integrazione delle politiche di welfare non solo tra l'ambito sociale e quello sanitario, ma anche tra essi e quello educativo, dell'istruzione, dell'abitare, del lavoro.

Sostiene inoltre l'investimento nelle risorse umane, nella loro professionalità e nella loro capacità di lavoro a livello interprofessionale, quale elemento fondamentale per incrementare l'efficacia e l'efficienza dell'azione sociale.

Sostenere e promuovere le Unioni dei Comuni (e accompagnare all'individuazione dell'unica forma pubblica di gestione)

La legislazione regionale incentiva la costituzione di Unioni di Comuni e, in tema di riordino delle forme pubbliche di gestione nell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari, ha avviato importanti processi di innovazione, promuovendo il conferimento di funzioni e servizi in Unione.

All'interno del territorio metropolitano bolognese, l'implementazione della legislazione non è tuttavia stata omogenea; a contesti virtuosi, nei quali si sono affermate Unioni con un reale ruolo di gestione associata, se ne affiancano altri nei quali le Unioni necessitano di ulteriori investimenti. E' necessario pertanto estendere le esperienze positive realizzate, intensificando gli sforzi per raggiungere ovunque gli obiettivi indicati dal PSSR.

Appare evidente infatti, nel contesto di complessità sopra richiamato, la necessità di attivare a livello di Unioni (e tra le Unioni stesse, laddove ve ne sia più d'una a livello distrettuale), la massima sinergia in ambito sociale, puntando, per step, ad avere una sola Unione in ogni distretto. Ma non basta: è necessario lavorare per arrivare al conferimento alle Unioni anche delle altre funzioni, prime fra tutte quelle legate all'istruzione.

Nell'ambito del ruolo propulsivo attribuite dalla normativa, **la CTSSM Bo promuove la diffusione di azioni di riordino gestionale che siano orientate alla maggiore equità nei confronti dei cittadini, superando in modo graduale, ma progressivo, la frammentazione e le disomogeneità esistenti tra i vari comuni/unioni e monitorando il processo di attuazione del riordino delle forme pubbliche di gestione di cui alla L.R.12/2013.**

La CTSSM Bo accompagna pertanto i processi di riordino, promuovendo e diffondendo le migliori soluzioni organizzative, anche attraverso processi di partecipazione.

Ricostruire una visione integrata delle risorse e delle opportunità e governare l'insieme delle fonti di finanziamento

Nel corso degli ultimi anni si sono moltiplicate le fonti di finanziamento, i soggetti finanziatori, le modalità di erogazione delle risorse e la quantità complessiva delle risorse medesime. Ai fondi nazionali tradizionalmente dedicati alle politiche sociali si sono affiancati finanziamenti provenienti da altri canali (ad esempio dall'INPS). Si sono, inoltre, aggiunte fonti di finanziamento europee (PON e Bandi Europei, Fondo Asilo e Migrazioni) e provenienti dal settore privato (ad esempio, dalle Fondazioni bancarie). In alcuni casi, fonti di finanziamento rivolte a settori apparentemente distanti da quello delle politiche sociali e sociosanitarie (ad esempio quelle del Piano di sviluppo rurale) hanno garantito, con risorse anche cospicue, la realizzazione di servizi di assistenza alla popolazione. Lo stesso livello regionale, nel realizzare azioni innovative per il sostegno a ulteriori fasce di bisogno (Fondo sociale mobilità) o nel distrettualizzare azioni in precedenza svolte a livello provinciale (Fondo regionale disabili per la mobilità casa-lavoro) ha determinato un aumento delle fonti di finanziamento a diretta disposizione di Comuni/Unioni.

Si tratta di un quadro composito nel quale, anche a fronte di incrementi di risorse, la forte frammentazione e la complessità amministrativa rischiano di divenire un vincolo e un limite per un utilizzo efficace, ma soprattutto per costruire modalità integrate di programmazione.

La CTSSM Bo pertanto si pone l'obiettivo di costruire un quadro di sintesi delle diverse fonti di finanziamento. L'Ufficio di supporto sarà il riferimento tecnico per raccogliere le informazioni utili a valutare l'efficacia e l'efficienza nel loro utilizzo.

Si tratta di intraprendere un'azione di governo effettivo dell'uso integrato delle molteplici fonti di finanziamento, per arrivare alla definizione di **un budget distrettuale allargato**. Attraverso tale budget si potranno ricercare opportunità di risposta ai nuovi bisogni, che la sola spesa sociale "storica" non può ormai più soddisfare.

Altrettanto forte deve essere l'impegno della CTSSM Bo e dell'Ufficio di Supporto a ricostruire e ad evidenziare, a livello distrettuale e metropolitano, il quadro delle opportunità che il complesso delle risorse pone a disposizione dei cittadini metropolitani, potenziando specifici strumenti informativi per il cittadino, anche per quello non abituato al rapporto con i servizi.

3. Priorità strategiche per l'area metropolitana

3.1 Contrastare l'impoverimento e promuovere l'inclusione sociale

La crisi economica e la conseguente perdita di posti di lavoro protratta per lungo tempo ha fortemente aumentato il numero di persone che si rivolgono ai Servizi Sociali, a cui sempre più viene chiesto anche supporto per trovare occupazione.

Il lavoro, diritto costituzionalmente garantito, è certamente la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Il lavoro non è dunque solo fonte di sostegno economico, ma anche uno strumento indispensabile di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali.

Gli effetti della crisi economica hanno colpito anche il territorio metropolitano bolognese; seppure attualmente i segnali di ripresa siano positivi, si è prodotto un indebolimento dei legami relazionali, un aumento della polarizzazione economico-sociale e della "segregazione" sociale, oltre ad una progressiva erosione del senso di appartenenza, con il conseguente rischio di sviluppo di sottoculture chiuse ed ostili nei confronti del resto della società nel suo complesso. L'indebolimento delle tutele nel mercato del lavoro ha inoltre determinato una fetta crescente di *working poor* che hanno difficoltà a garantirsi la soddisfazione dei bisogni di base con il reddito percepito.

Di fianco alle forme tradizionali di povertà, aggravatesi in termini numerici complessivi, la crisi ha portato ad un impoverimento anche della classe media: soggetti abituati ad un buon livello di reddito, scarsamente fruitori del sistema dei servizi territoriali, si sono trovati ad affrontare situazioni di precarietà, disoccupazione, vulnerabilità. Tali condizioni di impoverimento sono spesso prodotte da uno o più eventi traumatici (ad es. perdita del lavoro, perdita dell'abitazione, separazione) in un contesto di normalità. Si tratta di una fascia di persone che non può collocarsi nella povertà estrema, ma a ridosso di essa, e coinvolge persone e famiglie con forte rischio di scivolare in contesti di estrema fragilità.

L'azione per il contrasto alla povertà in ambito metropolitano deve quindi, prima di tutto, basarsi sull'integrazione e sull'omogeneità di applicazione delle misure in vigore, per l'implementazione del livello essenziale nazionale a contrasto della povertà e la lotta all'impoverimento, per includere quelle fasce di popolazione che hanno visto deteriorare la loro condizione economica e sociale.

Integrazione e omogeneità delle misure a contrasto della povertà

Con l'approvazione del D. Lgs. 147/2017, in Italia è stato introdotto il primo livello essenziale dei servizi sociali, attraverso l'istituzione del Reddito di Inclusione (ReI) quale misura a contrasto della povertà. La legge di bilancio 2018 (L. 205 del 27/12/2017) finanzia il fondo povertà con risorse cospicue e crescenti per il prossimo triennio, utilizzabili in parte anche per lo sviluppo del sistema dei servizi alla persona. Il governo e le Regioni saranno impegnati a definire un piano nazionale e piani regionali per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, con l'obiettivo di definire gli obiettivi e l'utilizzo del Fondo nazionale. Di conseguenza, gli ambiti territoriali dovranno redigere un piano distrettuale per il contrasto alla povertà.

Accanto alle misure implementate a livello centrale, la Regione ha deliberato una misura integrativa a quelle nazionali introducendo il Reddito di solidarietà (RES - L.R. n. 24/2016) e le azioni a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione di persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità (L.R. n. 14/2015). Le misure regionali e nazionali devono complessivamente garantire, su tutti i territori, la presa in carico delle situazioni di povertà e il sostegno all'inserimento lavorativo. L'integrazione delle politiche sociali e sanitarie con le politiche del lavoro rappresenta una delle principali novità di intervento per il contrasto alla povertà³.

La CTSSM Bo avvalendosi del proprio Ufficio di supporto e della Struttura Tecnica Metropolitana, intende presidiare e valorizzare questa modalità di lavoro integrata.

Intende inoltre, realizzare attività di coordinamento tecnico e di monitoraggio permanente degli interventi a contrasto della povertà e dell'impoverimento, sostenere percorsi di potenziamento e azioni di qualificazione e valorizzazione degli sportelli sociali, al fine di garantire la più ampia copertura dei bisogni dei cittadini in condizione di difficoltà, supportare la realizzazione di percorsi omogenei a livello metropolitano di presa in carico degli utenti.

Attuazione delle linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia – housing first.

Coerentemente con il principio di inclusione attiva che deve ispirare tutte le misure di contrasto alla povertà, in linea con l'orientamento strategico promosso già da tempo in sede europea, la CTSSM Bo sarà luogo di confronto, di promozione, di programmazione e di gestione per l'attuazione a livello metropolitano delle *Linee di Indirizzo per il Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta in Italia*, oggetto di apposito accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome e le Autonomie locali in sede di Conferenza Unificata del 5 novembre 2015.

³ PSSR 2017-2019: Scheda 22 "Misure a contrasto della povertà (ReI/RES); Scheda 23 "Avvicinamento al lavoro per persone fragili e vulnerabili".

Nel contesto specifico della *homelessness* l'obiettivo principale è il passaggio dalla gestione dell'emergenza all'approccio cosiddetto dell'*housing first*, con declinazioni e connessioni territoriali per ciascun distretto all'interno di un sistema metropolitano, che identifica la casa, intesa come luogo stabile, sicuro e confortevole dove stabilirsi, come punto di partenza per avviare e portare a compimento ogni percorso di inclusione sociale.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata alla connessione con organismi privati impegnati sul fronte della promozione dei diritti civili attraverso la solidarietà, coinvolgendo e valorizzando i corpi intermedi nella gestione della funzione pubblica di supporto alle persone senza dimora, considerandoli autentici partner e non meri delegati o fornitori di prestazioni.

Le azioni dovranno essere realizzate con un approccio strategico sui temi specifici della povertà estrema e della tutela delle persone senza fissa dimora, attraverso il consolidamento di un sistema metropolitano di dispositivi stabili di servizi di: supporto in risposta ai bisogni primari, accoglienza notturna, accoglienza diurna, segretariato sociale, presa in carico e accompagnamento.

Azioni innovative per il contrasto all'impoverimento

Le misure di carattere strutturale devono essere affiancate da altre che agiscano anche in modo preventivo, cercando di intercettare chi oggi vive appena al di sopra del livello di indigenza, seppure in condizioni di deprivazione e di impoverimento, ed è a rischio di povertà e di esclusione sociale. Se il Rel e il RES costituiscono misure per affrontare la povertà assoluta, altre politiche devono essere messe in campo per contrastare il rischio di impoverimento, che interessa un numero di persone molto più ampio, variabile tra il 14% e il 30% della popolazione italiana (tra il 4% e il 17% per i grandi Comuni del nord)" a seconda delle modalità di misurazione. L'Emilia-Romagna registra una percentuale del 16,4% della popolazione a rischio di povertà e di esclusione sociale. Se si assume che questo dato sia omogeneo per tutto il territorio regionale e si trasforma il valore percentuale in valore assoluto, si può stimare una presenza di circa 64.000 persone nella città di Bologna e **165.000 nell'area metropolitana in tale condizione**⁴.

A fronte di un fenomeno di tali dimensioni, alla strategia del pubblico che mette in campo gli strumenti e le risorse a sua disposizione, deve necessariamente accompagnarsi un lavoro corale che coinvolga anche tutto il mondo privato. La politica contro la povertà non può essere portata avanti senza il coinvolgimento dei tanti soggetti che già offrono risorse e progetti, o che potrebbero farlo. Risulta strategico, quindi, promuovere nuove forme di collaborazione tra istituzioni, con i cittadini, con il terzo settore, con il settore privato, che consentano alla comunità di elaborare una risposta comune, integrata ed efficace a favore della popolazione più vulnerabile.

La CTSSM Bo elabora e sostiene l'azione di una Cabina di regia metropolitana che abbia come obiettivo condiviso il contrasto dell'impoverimento e delle disuguaglianze, superando la frammentazione e mettendo assieme soggetti pubblici e privati, idee, progetti, risorse.

La Cabina ha una sua espressione in ogni Distretto, accompagna il percorso di costruzione dei Piani di zona e la loro realizzazione, aggrega soggetti diversi per condividere percorsi e progetti, superando la ritualità delle indicazioni normative e affrontando concretamente le nuove sfide.

In tal modo, la CTSSM Bo promuove la definizione di un welfare inclusivo, capace di dare risposta ai bisogni della comunità, mediante la condivisione di politiche di intervento ed azioni con l'obiettivo comune di contrastare l'impoverimento e le disuguaglianze.

Promuove così un nuovo sistema di welfare metropolitano, in cui l'Ente pubblico non è più solo produttore ed erogatore di servizi, ma agisce all'interno dei meccanismi di mercato per regolarlo, orientarlo, essere garante di equità. L'Ente pubblico, pertanto:

4 Comune di Bologna "Una cabina di regia cittadina per la Lotta alla povertà e il contrasto all'esclusione sociale".

- Regola il mercato, stimolando il privato ad offrire servizi e prodotti a prezzi calmierati, con riferimento alle diverse fasce di reddito, ottenendo così il duplice risultato di rendere disponibili servizi e prodotti necessari, anche a chi oggi non se li può permettere, e di ampliare il mercato di chi produce e commercia, potendo raggiungere fasce di consumatori che oggi non acquisterebbero tali servizi e prodotti, per insufficienza del reddito individuale e/o familiare disponibile;
- Orienta il mercato, informando e accompagnando i cittadini verso i servizi e prodotti offerti, sia dal sistema pubblico sia da quello privato;
- Ha funzione di garanzia, in quanto orienta i cittadini a servizi e prodotti che abbiano uno standard minimo di qualità da esso riconosciuto.

La CTSSM Bo, attraverso l'implementazione del Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali, coinvolge, sostiene e collabora con il settore privato e il terzo settore. Tale collaborazione, coinvolgendo i distretti del territorio metropolitano e il Centro Servizi del Volontariato e delle Associazioni di promozione sociale, si sostanzia nella realizzazione di azioni innovative quali la costituzione della rete metropolitana degli empori solidali, finalizzata a creare sinergie, scambi, economie di scala e relazioni fra gli empori già costituiti, oltre a prevedere la possibilità di supportare la nascita di altri empori e di ulteriori sinergie con nuovi fenomeni di ristorazione sociale.

Per quel che riguarda l'inclusione lavorativa delle persone svantaggiate, la responsabilità di dare una risposta ai bisogni non può essere demandata solo al settore pubblico e alla cooperazione sociale, ma deve essere un impegno di tutta la comunità. Al settore pubblico spetta il compito di creare quelle condizioni promozionali e facilitanti che permettano a tutte le aziende, anche a quelle medio piccole o piccolissime che caratterizzano il nostro territorio, di partecipare ad un'azione di responsabilità sociale metropolitana.

A tal fine è stato istituito l'Albo metropolitano delle Aziende inclusive dalla Città Metropolitana di Bologna, in partnership con i distretti socio-sanitari. Esso, attraverso il riconoscimento e la valorizzazione delle esperienze positive attuate, favorisce l'adozione e la diffusione, all'interno di network territoriali di aziende responsabili, di metodologie e percorsi volti all'inclusione lavorativa delle persone svantaggiate. Alle aziende in possesso dei requisiti viene concesso in uso il Logo metropolitano di Azienda Inclusiva.

Nell'ambito dell'integrazione delle politiche del lavoro, sociali e sanitarie, la CTSSM Bo lavorerà per incrementare questa azione di responsabilizzazione di comunità e di territorio che, oltre ad avere senso etico, ha anche un valore economico, perché la reputazione di un territorio di essere comunità che genera benessere è un surplus riconosciuto a livello generale, un elemento distintivo determinante per lo sviluppo del territorio e per la scelta di collocazione di nuove sedi produttive.

In questo contesto, il protocollo "Insieme per il lavoro", tra Comune di Bologna, Città metropolitana e Curia di Bologna, rappresenta una esperienza fortemente innovativa: attraverso il concorso di risorse pubbliche e private, attivando la rete diffusa sul territorio delle Caritas locali, si vogliono promuovere percorsi di avvicinamento al lavoro complementari agli strumenti già in campo per le persone con fragilità a disposizione dei servizi territoriali (con particolare riferimento a quelli della L.R. 14/2015). Si tratta di una risposta che può intercettare una fascia di cittadini in difficoltà, ma non in condizioni così gravi da poter usufruire dei servizi di contrasto alla povertà recentemente implementati (ReI, RES). L'esperienza in corso progressivamente assumerà una dimensione metropolitana e **la CTSSM Bo si farà parte attiva per promuoverne la relazione con i servizi territoriali e valorizzarne gli esiti.**

La CTSSM Bo promuoverà inoltre una riflessione sul tema del welfare aziendale, puntando ad una azione metropolitana che porti, in accordo con le forze sociali, ad estenderne la portata alle piccole e medie imprese e, quando possibile, anche alle comunità in cui le aziende operano, in modo da renderne più equo l'utilizzo e l'impatto sul sistema di welfare complessivo.

L'integrazione tra politiche sociali e politiche abitative per il contrasto all'impoverimento

L'abitare si connota come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo, tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sanitari fuori da contesti istituzionalizzati. La crisi economica ha accentuato questa connessione mettendo in evidenza la difficoltà dei servizi di gestire sempre più numerose situazioni di "emergenza abitativa", che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple.

Il tema del disagio abitativo va pertanto affrontato in maniera organica e strutturata al di là di logiche puramente emergenziali, e, per quanto attiene lo specifico delle persone fragili, inserito nel più ampio paradigma della promozione dell'autonomia della persona, in modo intersettoriale.

Si evidenzia infatti una specifica e stringente correlazione tra le politiche abitative, le politiche sociali e le politiche di inserimento lavorativo, poiché in questi anni di crisi economica, la perdita del lavoro, e quindi del reddito, ha innescato dirette ripercussioni sulle condizioni abitative e sul livello delle relazioni sociali.

Il contrasto alla povertà e all'impoverimento non può pertanto prescindere dallo sviluppo di politiche abitative innovative ed integrate con le politiche sociali.

La CTSSM Bo sarà luogo di confronto, di promozione, di programmazione e di gestione degli interventi integrati tra le politiche abitative e le politiche sociali e svilupperà le necessarie collaborazioni per promuovere una politica abitativa che costruisca la "filiera dell'abitare", disegnando percorsi in grado di sostenere la platea di chi si trova in condizioni di disagio abitativo, attraverso strumenti adatti ai bisogni differenziati.

Le tradizionali politiche abitative stanno garantendo sostegno ad una fascia di bisogno cospicua, ma, per le loro caratteristiche quali-quantitative, spesso non coprono i bisogni di alcune tipologie di utenti. E' il caso delle persone in uscita da percorsi di accoglienza (ad esempio dalle comunità madre-bambino o dal Sistema di Protezione per Richiedenti asilo e Rifugiati), delle donne vittime di violenza, dagli adulti senza fissa dimora, di persone in condizione di disagio psichico.

Le persone che necessitano di un percorso di autonomia abitativa, anche in uscita da strutture che le hanno accolte nel momento dell'emergenza, spesso non sono autonome nel reperire un alloggio a canone di mercato e talvolta necessitano di accoglienza abitativa transitoria, che possa garantire il passaggio all'autonomia abitativa piena.

E' pertanto necessario sviluppare politiche abitative innovative integrate con le politiche sociali, anche a partire da importanti sperimentazioni in atto, che garantiscano un inserimento sociale graduale di fasce di utenza con bisogni specifici.

Politiche abitative innovative possono garantire sostegno adeguato a quella fascia di popolazione composta da persone fragili e sole. E' il caso delle persone sole con più di 75 anni, che rappresentano un quarto del totale delle famiglie mono-componenti, ma anche di molte persone con disabilità sole o che lo saranno in prospettiva.

E' necessario sviluppare progetti di cohousing, un differente modo di abitare e di vivere il condominio, il quartiere e la città, che permetta di riscoprire la socialità e la cooperazione tra vicini di casa, coniugando spazi privati e spazi comuni.

Il co-housing può favorire uno stile di vita comunitario, in particolare per le persone fragili: da un lato, infatti, la condivisione di spazi e risorse agevola la cooperazione ed il mutuo aiuto fra gli individui, dall'altro, la condivisione di beni e servizi consente di accedere ad opportunità non sostenibili per il singolo.

Le politiche abitative possono anche costituire uno strumento aggiuntivo nell'ambito del contrasto alla povertà e all'impoverimento del ceto medio.

E' necessario promuovere iniziative che incrocino il mercato delle abitazioni sfitte/non occupate/invendute e la domanda di soluzioni abitative per famiglie a rischio di vulnerabilità.

In un quadro di questo tipo, fondamentale risulta promuovere l'integrazione operativa e professionale fra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti, pubblici e privati, al fine di individuare soluzioni innovative e rispondenti alle caratteristiche specifiche del territorio.

Per sostenere la domanda abitativa di quest'area di popolazione, occorre incoraggiare e agevolare iniziative di social housing, introducendo modalità di calcolo dei canoni e criteri di accesso

fortemente ancorati ai redditi reali delle famiglie, che spesso rientrano nella categoria dei "lavoratori poveri" e hanno una capacità di spesa estremamente ridotta.

Anche le azioni di riqualificazione e recupero del patrimonio edilizio pubblico e privato inutilizzato possono costituire opportunità per fasce sociali fragili, sia in zone urbane sia in zone rurali a rischio di spopolamento, attraverso progetti di innovazione sociale che creino opportunità integrate di lavoro e di abitazione.

3.2 Ritornare ai giovani

L'andamento demografico nel territorio bolognese – in linea con quello nazionale e regionale – evidenzia una progressiva contrazione della popolazione giovanile. Rispetto a questa fascia di popolazione emergono, da un lato, forti segnali di difficoltà e disagio che coinvolgono bambini e adolescenti, dall'altro, volontà di protagonismo e di creatività dei giovani.

L'investimento sui giovani permette di porre le basi per uno sviluppo armonico della società nel suo complesso: il PSSR disegna l'architettura dell'agire collettivo, individuando le piste di lavoro e indicando con forza la necessità di integrare strumenti di programmazione e risorse.⁵

In particolare, il PSSR stabilisce che, a livello tecnico, l'Ufficio di Supporto delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie coordina l'organismo tecnico territoriale (*Coordinamento tecnico per l'infanzia e l'adolescenza*) previsto dall'art. 21 della L.R. 14/2008. Tale organismo realizza un coordinamento organizzativo delle differenti tematiche che coinvolgono l'area di bisogno in oggetto, con l'obiettivo prioritario di ottenere l'integrazione e la sinergia tra i settori sociale, sanitario, dell'istruzione ed educativo.

La CTSSM Bo promuove il *Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza* all'interno dell'Ufficio di Supporto, per conseguire l'integrazione multisettoriale delle politiche a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e dei giovani.

Benessere di bambini e adolescenti

La CTSSM Bo dunque si pone, e pone a tutti i distretti, l'obiettivo di ricomporre il quadro delle opportunità e dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, attraverso il *Coordinamento tecnico metropolitano*⁶ e i *Coordinamenti distrettuali*.

In queste sedi si avvierà il percorso per riconnettere tra di loro le opportunità e i servizi a partire dai primi giorni di vita e fino all'adolescenza, con percorsi quanto più omogenei tra i diversi Distretti:

- consolidando i coordinamenti e le azioni di livello metropolitano finalizzati a potenziare le politiche e gli strumenti a supporto della genitorialità e alla qualificazione del sistema di accoglienza, di protezione, di cura e di tutela dei minori;
- valorizzando le azioni per il diritto alla salute e per la prevenzione di comportamenti a rischio promosse dalle Aziende sanitarie nei loro piani di prevenzione;
- integrando, nelle programmazioni distrettuali, le cospicue risorse per il contrasto alle Povertà educative provenienti dalle Fondazioni bancarie, i Fondi europei e tutti gli altri fondi disponibili, in una logica di progettazione/programmazione di respiro metropolitano;
- collegando alla programmazione distrettuale gli Accordi di Programma territoriali per l'inclusione scolastica dei bambini e alunni con disabilità e le consistenti risorse che gli Enti locali investono a supporto del loro successo formativo.

Lo sforzo è quello di costruire reti efficienti, presidiate, riconosciute, in cui operino in maniera integrata operatori di diversa estrazione: sociale, sanitaria ed educativa; è ormai ineludibile la necessità di riportare ad un disegno unitario risorse, servizi e progetti che dall'infanzia all'adolescenza abbiano come obiettivo primario il benessere dei bambini e degli adolescenti come fattore fondante di cittadinanza attiva, realizzazione personale, inclusione sociale.

⁵ Per quanto il tema del benessere di bambini e adolescenti sia trasversale, si richiamano in particolare: Scheda 15 "Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita"; Scheda 16 "Sostegno alla genitorialità"; Scheda 17 "Progetto Adolescenza"; Scheda 37 "Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti, e neo maggiorenni con bisogni sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela".

⁶ Art. 19 e 21 della L.R. n. 14/2008.

L'integrazione tra politiche sociali e politiche socio-educative

Le prime fasi della vita sono un periodo di rapida crescita e sviluppo. I primi mille giorni sono un periodo cruciale per lo sviluppo dei bambini. È durante questo periodo che le capacità e le competenze – cognitive, non cognitive e fisiche – che accompagneranno i bambini nel corso di tutta la loro vita cominciano a formarsi. Questo periodo offre finestre di opportunità uniche per modellare la salute a lungo termine, per combattere la povertà e l'esclusione sociale dei bambini e superare la spirale dell'ereditarietà della povertà educativa.

È pertanto centrale agire nella sfera della prevenzione primaria, intesa come l'insieme delle strategie mirate alla riduzione dell'esposizione a fattori di rischio durante la vita embrio-fetale e nella primissima infanzia, coniugando interventi sanitari ed educativi, prendendosi in carico e in cura la famiglia ed il bambino.

La frequenza dei servizi socio-educativi rappresenta un'opportunità rilevante che facilita la crescita, ponendo il bambino in relazione con l'altro attraverso la valorizzazione di tre aspetti della persona: la sfera cognitiva, la sfera emotiva e la sfera corporea. Infatti, il concetto di *Early Childhood Development (ECD)* — che include i lati fisici, sociali, emozionali, di linguaggio e cognitivi dello sviluppo del bambino — trae spunto da recenti studi che, evidenziando l'importanza delle abilità cognitive e non-cognitive, sottolineano la possibilità di avere fortissimi benefici attraverso interventi nei primi anni di vita. Ne consegue che la molteplicità e significatività delle esperienze formative, all'interno di un coerente quadro progettuale, consentono di promuovere l'autonomia e lo sviluppo del bambino, arricchendolo in modo rilevante il proprio patrimonio esperienziale.

Per questa ragione i servizi formali di assistenza ed educazione per la prima infanzia sono diritti fondamentali dei bambini e rappresentano il momento più fruttifero per l'investimento nelle competenze del bambino stesso.

Con la L.107/2015 intitolata 'La Buona Scuola' si punta finalmente alla creazione di un sistema integrato di educazione e di istruzione, dalla nascita fino ai sei anni, che concepisce i servizi educativi dell'infanzia quali parte integrante della sfera educativa. Diventa prioritario il progressivo consolidamento e ampliamento dei servizi, la promozione dell'accessibilità e dell'inclusione, l'investimento nella qualificazione del personale e nella promozione di azioni anche attraverso il coinvolgimento del coordinamento pedagogico territoriale.

In quest'ottica, è necessario creare una vera comunità educante attraverso la quale avvicinare le agenzie erogatrici dei servizi alle famiglie, per condividere il progetto educativo dei bambini. Nel contempo è fondamentale che i servizi per l'infanzia agiscano in rete e in sinergia con altri servizi esistenti, quali quelli socio-sanitari (Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile...) e quelli culturali e sportivi (biblioteche, ludoteche, centri di documentazione, centri per attività psicomotorie e musicali). Tale azione sinergica è finalizzata a promuovere l'integrazione dei bambini, ponendo particolare attenzione alle situazioni di svantaggio ed avvicinando le famiglie straniere che, molto spesso, scelgono di non frequentare servizi che prevedano la delega educativa, in particolare nei territori di periferia.

La CTSSM Bo attiva le opportune sinergie fra il Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza e il Coordinamento Pedagogico Territoriale previsto dalla L.R. n. 19/2016, individuando compiti e competenze di ognuno e consolidando sul primo la funzione di sviluppo e sistematizzazione del segmento 0-6 anni.

Si intende così promuovere sperimentazioni di continuità 0-3/3-6, in particolare con le Istituzioni scolastiche, individuando il ruolo e il possibile coinvolgimento del Coordinamento pedagogico, sviluppare azioni culturali di promozione dei servizi educativi, oltre che di coinvolgimento degli stakeholders per contribuire a sostenere la cultura dell'infanzia e la propensione al nido, sostenere la sperimentazione di esperienze pilota di sistema tra servizi educativi 0-3 anni, servizi 3-5 anni e servizi aziendali, sociali e culturali, per percorrere nuovi approcci di presa in carico del bambino e della sua famiglia.

La CTSSM Bo promuove inoltre la sistematizzazione delle risorse finanziarie volte alla qualificazione del sistema: dalle risorse per la qualificazione degli operatori dei servizi educativi 0-3 anni, ai fondi per la qualificazione scolastica 3-5, ai fondi destinati alla formazione degli insegnanti delle scuole dell'infanzia.

La CTSSM Bo⁷ promuove, nel rispetto della autonomia statutaria degli enti territoriali, l'adozione di sistemi omogenei di fruizione dei servizi socio-educativi in ambito metropolitano. A tal fine realizza approfondimenti orientati al benchmarking, finalizzati anche alla definizione dei costi standard per l'erogazione dei servizi educativi.

La tutela dei minori in difficoltà

Il crescente disagio di bambini e ragazzi, che presentano problematiche sociali e socio-sanitarie sempre più complesse, necessita di qualificare e consolidare sempre più gli strumenti, le modalità di lavoro e le azioni di rete tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema di accoglienza (servizi sociali, sanitari, educativi e privato sociale), mettendo a punto percorsi specifici ed integrati per la valutazione e la presa in carico del minore e della sua famiglia.

Al fine di potenziare le politiche e gli strumenti a supporto della genitorialità e a sostegno della qualificazione del sistema di accoglienza, di protezione, cura e tutela dei minori, **la CTSSM Bo, attraverso il Coordinamento tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza, attiva le sinergie con i diversi coordinamenti attivi a livello metropolitano, volti a definire modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi e sanitari⁸, a prevenire l'allontanamento dei minori dalla loro famiglia di origine attraverso l'implementazione del modello di intervento P.I.P.P.I⁹, a qualificare il sistema dell'accoglienza fuori dalla famiglia e dell'adozione di minori.**

Tra i coordinamenti attivi, si evidenzia in particolare che nel 2015 è stato attivato un tavolo tecnico tematico sull'integrazione tra servizi dell'area tutela minori ai fini di una piena attuazione della DGR 1102/14. Nel corso del 2017 tale gruppo ha avviato un tavolo di confronto inter-istituzionale mirato al miglioramento dei percorsi di valutazione e presa in carico dei minori vittime di abuso/maltrattamento.

Appare inoltre opportuno ri-attivare il tavolo metropolitano sull'accoglienza in comunità per minori, come spazio ottimale di confronto e programmazione tra i territori e gli enti gestori del sistema dell'accoglienza, e promuovere l'attivazione di equipe integrate di secondo livello in materia di tutela, affidamento familiare, accoglienza in comunità e adozione, per la programmazione e la realizzazione dei percorsi di in-formazione e valutazione con le famiglie interessate.

La scuola come alleata

Il contrasto alla povertà educativa é parte integrante delle politiche di contrasto alla povertà¹⁰: di conseguenza, l'alleanza con la scuola e con le risorse del terzo settore deve essere assunta come fattore strategico.

7 Ai sensi della DGR n. 1442/2016.

8 Ai sensi della DGR n. 1102/2014.

9 P.I.P.P.I., Programma di interventi per la prevenzione dell'istituzionalizzazione.

10 Connessa ai fenomeni di vulnerabilità e fragilità economica, la povertà educativa si configura come la privazione delle possibilità di apprendimento dei bambini e degli adolescenti. Ciò comporta anche limitazioni significative nello sviluppo psicologico ed emotivo dei minori, nella capacità di costruire relazioni equilibrate con i coetanei e con gli adulti, nei processi di costruzione dell'identità, nella scoperta di se stessi e del mondo. In una realtà caratterizzata dall'economia delle conoscenze e dalla rapidità dell'innovazione, la povertà educativa costituisce un fattore di rischio allarmante per il manifestarsi di fenomeni di disagio, esclusione sociale e ulteriore impoverimento delle famiglie. Costituiscono elementi positivi che contrastano la povertà educativa l'effettivo sviluppo di competenze scolastiche (la presenza dei nidi, di classi a tempo pieno nella scuola primaria e secondaria, la lotta alla dispersione scolastica), la presenza di reti sociali che supportano bambini e adolescenti nei processi di crescita e apprendimento, la partecipazione ad attività sportive, educative e culturali (la lettura, l'accesso a internet e ai servizi e agli eventi culturali).

Molte risorse finanziarie sono messe in campo da soggetti diversi per realizzare progetti in cui la scuola è il perno; essi saranno tanto più efficaci quanto più proposti e attuati in una logica di co-progettazione distrettuale tra Comuni/Unioni, servizi sociali e sanitari, istituzioni scolastiche e Terzo settore.

Il quadro a livello territoriale è ricco, ma estremamente frammentato:

- Il Piano regionale della prevenzione attualmente in vigore introduce specifici programmi e progetti finalizzati a garantire il diritto alla salute e alla prevenzione fin dai primi giorni di vita e con attenzione al mondo scolastico; ad esempio, l'Azienda Usl di Bologna nel "Programma scuola" prevede progetti che *"..considerano la Scuola un luogo privilegiato in cui integrare azioni di educazione, formazione e informazione in un contesto complessivamente coerente con la promozione di stili di vita sani. Le progettualità sono rivolte a tutte le fasce di età scolare e trattano i vari determinanti di rischio comportamentale, dai quattro fattori di Guadagnare salute (alimentazione, attività fisica, alcool e fumo) al benessere psicofisico e affettivo, fino a toccare il tema delle ludopatie e delle dipendenze patologiche. Un progetto specifico è rivolto ad accrescere le competenze dei ragazzi in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro."*;
- Le Fondazioni bancarie intervengono con importanti sostegni al contrasto della povertà educativa: sono già stati finanziati sul territorio metropolitano due importanti progetti rivolti alla primissima infanzia e recente è l'approvazione di un progetto metropolitano (Incubatore di Comunità Educante) rivolto espressamente agli adolescenti per sostenerne il successo scolastico, attivare percorsi di rimotivazione e riorientamento, intervenire anche con la collaborazione della sanità in situazioni di particolare complessità (adolescenti che si "ritirano" da scuola). Questi progetti hanno generato, con la partecipazione attiva dell'Ufficio di Supporto alla CTSSM Bo, un lavoro progettuale sistemico fra enti di livello metropolitano (Città metropolitana e Ufficio Scolastico Territoriale), Aziende sanitarie, Comuni/Unioni/Distretti per gli ambiti sociale, sanitario e dell'istruzione, scuole e terzo settore;
- Gli Enti locali, anche attraverso specifici fondi regionali (ad es. quelli della L.R. n. 14/2008, del Progetto conciliazione, del Piano adolescenza regionale), programmano e sostengono proposte che supportano gli Sportelli di ascolto nelle scuole. Tali iniziative riguardano, ad esempio, l'uso consapevole dei media, il contrasto ai comportamenti a rischio, l'incentivo all'utilizzo di spazi e alla realizzazione di progetti di aggregazione giovanile, la realizzazione di percorsi di recupero e riorientamento, l'agevolazione alla frequenza dei centri estivi, l'inclusione scolastica degli alunni con disabilità;
- Le Scuole, attraverso specifici finanziamenti (in particolare Bandi PON Istruzione), affrontano direttamente molti temi, fra cui quello del sostegno al successo formativo per fasce di bambini e giovani in condizioni di difficoltà. Esse sono inoltre naturalmente i primi percettori di problematiche complesse e, per una relazione efficace e tempestiva con i Servizi preposti alla tutela, è opportuno consolidare canali, modalità di comunicazione, momenti comuni di formazione e confronto;
- Attraverso le risorse del Pon Città metropolitana, il Comune di Bologna ha messo a disposizione un'azione metropolitana che porterà a realizzare progetti di innovazione sociale attraverso la cultura tecnica. Tali progetti, diretti ad aree del territorio caratterizzate da disagio abitativo e sociale, coinvolgeranno il Terzo settore, gli enti locali e le scuole, in particolare gli Istituti tecnici e professionali e gli Enti di formazione professionale, nei quali spesso sono più evidenti i segnali del disagio giovanile;

Accanto a quelli appena descritti, altri interventi riguardano le politiche giovanili, sui quali è necessario realizzare le opportune sinergie con quelli più tipici dell'ambito sociale.

Spesso, infatti, la ricerca del benessere degli adolescenti passa anche attraverso politiche di promozione dell'agio, realizzate coinvolgendo i giovani attraverso la partecipazione e la creatività. Molte sono le azioni realizzate in tale ambito dalla Città metropolitana in raccordo con altri soggetti del territorio: dallo sviluppo della cultura tecnica e scientifica ai distretti culturali, con azioni che coinvolgono i giovani nello sviluppo delle proprie capacità e propensioni artistiche, sviluppando la creatività dei ragazzi e delle ragazze al di fuori degli ambienti scolastici e convenzionali.

La CTSSM Bo collabora pertanto con la Conferenza metropolitana di coordinamento per l'istruzione, la formazione e il lavoro della Città metropolitana di Bologna¹¹ per mettere a sistema risorse, programmi, progetti, attraverso l'organismo di Coordinamento metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza. Attiva una interlocuzione specifica su temi di comune interesse con l'Ufficio Scolastico Regionale.

3.3 La sfida metropolitana per l'accoglienza e l'integrazione¹²

Nel nostro paese, il fenomeno migratorio nel nostro paese sempre più si va caratterizzando secondo due direttrici distinte, ciascuna delle quali necessita di attenzione ed interventi specifici tra loro integrati ed interconnessi.

Da una parte si evidenzia una sempre più chiara propensione alla stabilizzazione e al radicamento sul territorio dei migranti, come testimoniano una pluralità di fattori quali: il progressivo aumento della componente straniera, fra i residenti, per ragioni di nascita piuttosto che di immigrazione; il maggior numero di permessi di soggiorno per ricongiungimento familiare rispetto quelli per motivi di lavoro; l'incremento dei permessi per soggiornanti di lungo periodo e delle acquisizioni di cittadinanza. Dall'altra parte si registra, da alcuni anni, un deciso incremento dei flussi non programmati di migranti richiedenti protezione internazionale che pure rappresentano una percentuale minima degli stranieri presenti sul territorio. Il sistema di accoglienza per richiedenti protezione internazionale (SPRAR) gestito dai Comuni non era tuttavia strutturato per rispondere all'intensità di tali flussi: è stato pertanto necessario attivare sul territorio nazionale un sistema di prima accoglienza (CAS) affidato alla gestione delle Prefetture.

La narrazione pubblica del fenomeno migratorio tende per lo più a concentrarsi, con toni spesso allarmistici, sul tema dei flussi non programmati, contribuendo a creare paure ed insicurezze che tuttavia non paiono trovare riscontro nella realtà. L'allarmismo dovrebbe al contrario considerare l'emergenza umanitaria determinata dall'aumentato del numero di morti nelle acque del Mediterraneo, dove perdono la vita quasi 2 persone ogni 100 partite, e dovrebbe tenere presente che l'incremento dei flussi non programmati è da porre in relazione anche con la difficoltà di ingresso nel nostro paese ed in Europa con modalità diverse (da diversi anni, ad esempio, in Italia non sono più emanati decreti flussi per l'ingresso di lavoratori stranieri, né sono attive, se non in forma residuale, altre modalità di ingresso – es. corridoi umanitari – per chi fugge da guerre e persecuzioni)¹³.

Gli scenari demografici futuri stimano che la popolazione straniera continuerà ad aumentare di qui al 2020 e confermano che tale crescita sarà sempre meno sostenuta da flussi migratori dall'estero, e sempre più dall'aumento del numero dei nati stranieri in Italia. Non immigrati dunque, ma ancora "stranieri", per ragioni di cittadinanza¹⁴.

Anche sul versante dei flussi non programmati di richiedenti protezione internazionale, che pure risultano in calo nell'ultimo anno, sembra confermato il persistere di un significativo flusso in ingresso nei prossimi anni.

¹¹ Prevista dalla L.R. n. 12/2003 e ss.mm., art. 52.

¹² L'approccio trasversale che caratterizza il Nuovo Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna implica che tutte le azioni siano rivolte alla cittadinanza nel suo complesso, compresa dunque la cittadinanza straniera. Vi sono però alcune Schede che indicano azioni da sviluppare specificatamente rivolte alla popolazione straniera. In tale direzione si evidenziano, oltre alla Scheda 12 "Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate", anche le seguenti: Scheda 14 "Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità"; Scheda 15 "Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi"; Scheda 16 "Sostegno alla genitorialità"; Scheda 29 "Partecipazione civica e collaborazione fra sistema pubblico ed enti del terzo settore"; Scheda 36 "Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali". Infine, le schede seguenti richiamano l'attenzione alle specificità dei bisogni della popolazione straniera nel razionale/motivazione e/o nella descrizione: Scheda 18 "Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità"; Scheda 25 "Contrasto alla violenza di genere"; Scheda 37 "Qualificare il sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neo-maggiorenni con bisogni sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela".

¹³ Va considerata, nell'analisi del fenomeno e delle reazioni che suscita nelle comunità locali, quella che autorevoli studiosi definiscono come la "funzione latente delle mobilitazioni anti-rifugiati: la scoperta di un pericolo di invasione che minaccia il territorio riaggrega società locali frantumate e disperse: ricrea un Noi, un senso di comunità e di appartenenza, sebbene paranoide, ossia nutrito di sentimenti di avversione verso il diverso. (...) Si coglie quindi un paradossale beneficio nel mobilitarsi contro le presunte invasioni: sentirsi vittime, e insieme sentirsi comunità". Queste tensioni si stemperano "quando si passa dalla minaccia oscura e immaginata al rapporto con le persone in carne e ossa", perché "la conoscenza reciproca tende a dissipare paure e pregiudizi".

¹⁴ AA.VV., Una regione diversa, rapporto elaborato nell'ambito del progetto MMWD – Migrazioni per lo sviluppo, Regione Emilia-Romagna, Assessorato promozione delle Politiche Sociali ed Integrazione per l'Immigrazione, Volontariato, Associazionismo, Terzo Settore, settembre 2014

A fronte del quadro sin qui sinteticamente delineato, **la CTSSM Bo si propone di sviluppare la riflessione ed il confronto su alcune questioni cruciali che il fenomeno migratorio pone al sistema dei servizi territoriali. Attraverso l'Ufficio di Supporto, la CTSSM Bo intende:**

1) Meglio integrare, a livello metropolitano, le funzioni di osservazione, coordinamento, programmazione, monitoraggio e supporto alla qualificazione dei servizi e degli interventi che compongono il sistema di welfare, considerandone in particolare la capacità di risposta a bisogni diversificati anche culturalmente. Infatti, l'affermazione di un approccio trasversale del sistema di welfare ed il superamento dei tradizionali interventi per target di popolazione, deve essere accompagnata dal rafforzamento della capacità dei servizi di accogliere le specificità dei bisogni che i migranti portano. A tale fine è necessario rafforzare la formazione degli operatori sui temi dell'intercultura e meglio qualificare gli interventi di mediazione linguistico culturale a supporto del sistema dei servizi territoriali;

2) Promuovere l'integrazione fra i punti di accesso al sistema dei servizi territoriali, anche per superare l'approccio localistico che caratterizza il quadro attuale dei servizi ed interventi rivolti alla popolazione straniera sul territorio metropolitano. Sarà pertanto opportuno valutare quali interventi e/o servizi specialistici dedicati alla cittadinanza straniera, di rilievo locale e/o metropolitano, è eventualmente opportuno implementare, anche raccogliendo e valorizzando le esperienze ora attive a livello distrettuale e/o comunale;

3) Migliorare la gestione integrata dei sistemi di accoglienza di migranti provenienti da flussi non programmati, attraverso il supporto all'attuazione del Progetto SPRAR metropolitano e del Progetto regionale "Oltre la strada", per affrontare adeguatamente sia il tema della tratta di esseri umani, sia il tema dell'uscita dall'accoglienza che ha inevitabili ricadute sui territori locali;

4) Sostenere il lavoro di comunità, anche con attenzione a condividere i valori sui quali creare aggregazione e senso di appartenenza; per questo sarà utile, nell'ottica di rafforzare le pari opportunità, incrementare le iniziative di sensibilizzazione sui temi dell'intercultura, della convivenza, del dialogo interreligioso, del contrasto alle discriminazioni, creando e sostenendo occasioni di conoscenza ed incontro nella comunità, valorizzando adeguatamente la componente straniera della popolazione e favorendo il progressivo superamento della sua diversità di capacità politico-amministrativa.

Occorre infine prestare attenzione ad alcune specificità del fenomeno migratorio che riguardano:

- il tema delle migrazioni femminili, considerando sia le problematiche delle donne che migrano da sole per motivi di lavoro, sia le questioni riferite alla parità di genere ed all'emancipazione femminile, sostenendo azioni di contrasto alla violenza sulle donne e progetti che affrontino il tema delle Mutilazioni genitali femminili, anche in un ottica di promozione del benessere dei singoli e della comunità;

- la necessità di intensificare l'insegnamento della lingua italiana come lingua seconda, in particolare verso i nuovi arrivati giovani e adulti. In questo campo è da perseguire l'utilizzo integrato delle risorse del Fondo Fami¹⁵, che vede le scuole pubbliche per adulti (CPIA), su cui convergono le risorse, lavorare in modo costante e integrato con gli Uffici di Piano. L'esperienza in corso ha consentito un'ampia programmazione metropolitana che potrà trovare una sistematizzazione attraverso un Accordo metropolitano tra Comuni/Unioni dei Distretti e le stesse scuole.

Andrà inoltre valorizzato adeguatamente l'importante apporto dei soggetti del terzo settore: nel territorio metropolitano è infatti attiva una ricca rete di scuole di italiano per stranieri gestite spesso in forma volontaria da Associazioni e Parrocchie, che svolgono un prezioso lavoro a servizio dei singoli e della comunità ed è dunque necessario rafforzarne il raccordo con il sistema formale di istruzione, sostenere il loro coordinamento, operare per qualificarne ulteriormente l'attività.

- il tema dei giovani nativi migranti e di origine nativa migrante, con attenzione all'accesso ai diritti, e in particolare a quelli di cittadinanza: è necessario adoperarsi per colmare lo scarto fra diritti formalmente riconosciuti ed opportunità realmente fruibili e rafforzarne il senso di appartenenza alla comunità. E' fondamentale in primo luogo assicurare un diritto pieno all'istruzione e alla formazione, in particolare alla fascia dei giovani preadolescenti ed adolescenti: percorsi scolastici frammentati sono molto più rilevabili in questa fascia di popolazione rispetto ai giovani italiani e rappresentano un rischio di esclusione sociale per i singoli, ma anche una criticità per la coesione sociale e lo sviluppo economico del territorio.

¹⁵ "Fondo asilo migrazione e integrazione 2014-2020 (Fami)".

3.4 Educazione alle differenze e politiche per il contrasto alla violenza

La legislazione nazionale e regionale in tema di pari opportunità e di contrasto alla violenza di genere promuove la diffusione di una cultura che valorizzi le differenze e che rimuova ogni forma di disuguaglianza e di discriminazione nei confronti delle persone: delle bambine, delle ragazze e delle donne, in particolare attraverso la prevenzione.

Come sancito dalla Convenzione di Istanbul, le discriminazioni ed i pregiudizi sono la conseguenza della disparità tra uomini e donne e si configurano all'interno della nostra società come un fenomeno di carattere strutturale e non episodico o emergenziale.

Appare importante, dunque, promuovere un cambiamento culturale ed investire, in particolare, sulle politiche educative, partendo dalla scuola e lavorando sulle nuove generazioni.

Il PSSR¹⁶ individua molteplici azioni da sviluppare per promuovere la cultura delle pari opportunità e del contrasto alla violenza di genere, coinvolgendo la Città metropolitana, la CTSSM Bo e tutti i distretti nella programmazione di azioni di prevenzione, di educazione al rispetto e di politiche di contrasto alla violenza di genere, in collaborazione con tutti i soggetti della rete coinvolti.

Pone particolare attenzione alle giovani generazioni, attraverso la programmazione e la realizzazione di attività educative nelle scuole e alla promozione di politiche di integrazione della dimensione di genere (politiche sociali e socio-sanitarie, del lavoro, della formazione, dell'istruzione, della cultura).

Ai sensi dell'art. 1, comma 85 della L. 56/2014, alla Città metropolitana è attribuita la funzione fondamentale relativa al *"controllo dei fenomeni discriminatori in ambito occupazionale e promozione delle pari opportunità sul territorio"*. A tal fine, la Città metropolitana ha istituito un Tavolo metropolitano delle Pari opportunità, supportato da un Gruppo di lavoro tecnico, che ha stimolato la costituzione di coordinamenti distrettuali.

Il Piano regionale contro la violenza di genere¹⁷ e le Linee di indirizzo regionali¹⁸ affidano alla CTSSM Bo la programmazione delle azioni di prevenzione, protezione e contrasto alla violenza di genere in collaborazione con i soggetti del territorio.

Dunque la CTSSM Bo e il Tavolo metropolitano delle Pari opportunità della Città metropolitana svilupperanno azioni condivise di prevenzione e contrasto dei fenomeni discriminatori e della violenza di genere.

In particolare:

- il monitoraggio ed il rafforzamento dell'**Accordo metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza**, di durata quinquennale, siglato a dicembre 2015, da: Città metropolitana, Comune di Bologna, Nuovo Circondario Imolese, Unioni dei comuni del territorio metropolitano e Associazioni del territorio che gestiscono case per l'emergenza, case rifugio e sportelli di consulenza e ascolto (Casa delle Donne, Trama di terre, UDI, Sos Donna, Mondo Donna con lo sportello CHIAMA chiAMA, PerLeDonne). L'Accordo ha definito il sistema di accoglienza ed ospitalità per donne che hanno subito violenza, individuando tre livelli di ospitalità in ambito metropolitano, in collaborazione con le associazioni;
- l'attuazione del **Protocollo di intesa per il miglioramento della protezione delle donne che hanno subito violenza nell'ambito di relazioni di intimità**, di durata triennale, promosso dal Comune di Bologna e siglato il 25 novembre 2017 dalla Città metropolitana, che si è impegnata a collaborare con gli altri soggetti coinvolti (Prefettura insieme alla

¹⁶ Scheda 14 "Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze, intergenerazionali, interculturali, di abilità"; Scheda 25 "Contrasto alla violenza di genere".

¹⁷ Deliberazione Assemblea Legislativa Regione Emilia-Romagna 4 Maggio 2016, n. 69 "Piano regionale contro la violenza di genere ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 27 giugno 2014, n. 6".

¹⁸ Ai sensi della DGR n. 1677/2013.

Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bologna e presso il Tribunale dei minori, la Questura di Bologna, il Comando provinciale dei Carabinieri di Bologna, l'ASP Città di Bologna, l'Azienda Usl di Bologna, Casa delle donne, Udi, Mondo donna ed SOS Donna), nella costruzione di procedure e nel garantire la massima sinergia per il potenziamento del lavoro di rete a livello metropolitano;

- il potenziamento della rete e della collaborazione tra le istituzioni e le associazioni, per promuovere azioni di prevenzione, comunicazione e formazione rivolte al mondo della scuola e alla cittadinanza in generale, oltre che azioni di sostegno ed accompagnamento rivolte alle donne vittime di violenza;
- il coordinamento e la realizzazione di azioni promosse all'interno dei progetti presentati nell'ambito di bandi regionali, volte a sostenere le donne vittime di violenza nell'avvio dell'autonomia abitativa e nel potenziamento della rete esistente tra i soggetti pubblici e le associazioni che si occupano delle tematiche delle pari opportunità e del contrasto alla violenza;
- lo sviluppo di azioni innovative volte al coinvolgimento delle Aziende del territorio "gender sensitive" in politiche di conciliazione per uomini e donne e di sviluppo quali-quantitativo del lavoro femminile;
- l'attenzione alla salute in un'ottica di genere;
- le politiche nei confronti degli uomini maltrattanti.

3.5 Sostenere la persona con disabilità nel corso del ciclo di vita: la ricomposizione delle opportunità

L'area metropolitana è certamente ricca di sensibilità e attenzione concreta ai diritti delle persone con disabilità. Occorre però proseguire lo sforzo di ricomposizione delle opportunità, per mettere al centro la persona con disabilità ed il suo punto di vista, nelle sue diverse stagioni di vita.

Come evidenzia infatti anche il PSSR¹⁹, diversi e molteplici sono i servizi e le opportunità per una inclusione piena delle persone con disabilità, ma spesso, per la persona e la famiglia, è difficile comprenderne le connessioni e viverle in modo continuativo. Incidono in questa frammentazione le diverse forme organizzative dei servizi per le disabilità a livello distrettuale e aziendale, ma anche la presenza di soggetti istituzionali (centrali in alcune fasi della vita) non riconducibili ai tradizionali attori della programmazione socio sanitaria (le Istituzioni scolastiche, i servizi per il lavoro) e le attività molteplici dell'associazionismo e del terzo settore.

La CTSSM Bo pone l'obiettivo di ricomporre a livello metropolitano e distrettuale il quadro delle opportunità e dei servizi, avendo a riferimento la persona e l'intero suo percorso di vita.

Gli interventi socio sanitari, assicurati dalle Aziende Sanitarie e da Comuni/Unioni tramite il Fondo regionale (FRNA) e il Fondo nazionale (FNA) per la non autosufficienza e con il Programma Dopo di Noi, rappresentano in questo sforzo di ricomposizione un punto centrale e di imprescindibile rilevanza.

L'area metropolitana, in cui la rete dei servizi socio sanitari ha raggiunto livelli di eccellenza, è pronta ad assumere le sfide che il nuovo PSSR pone: **la CTSSM Bo rafforza la partecipazione alla vita sociale, favorisce la vita indipendente e gli interventi di prossimità, garantisce un progetto di vita adeguato alle persone che sono o saranno prive del sostegno del nucleo familiare.**

Si tratta di obiettivi avanzati, che richiedono nella costruzione del Progetto di vita la capacità di attivazione di una rete articolata di risorse e competenze del territorio, ma anche la capacità di integrazione con altre istituzioni che operano per assicurare il diritto all'istruzione e il diritto al lavoro come aspetti fondanti di un percorso di inclusione efficace.

Il diritto ai servizi educativi, all'istruzione e alla formazione è, per i bambini con disabilità e le loro famiglie, un momento di crescita fondamentale che pone le basi del percorso di vita futuro. La

¹⁹ Si vedano in particolare, ma non solo, la Scheda 6 "Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi" e la Scheda 14 "Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali, di abilità".

legge n. 104/92 ha sancito, a garanzia del loro diritto all'istruzione, la necessità di un lavoro integrato tra Istituzioni scolastiche, Servizi sanitari, Comuni: un modello avanzato, ma che oggi, a fronte di un incremento costante della domanda di servizi, richiede anche nel territorio metropolitano uno sforzo di innovazione e ricerca, che trova nell' "Accordo di programma metropolitano per l'inclusione scolastica e formativa dei bambini, alunni e studenti con disabilità (Legge 104/1992) 2016 – 2021", promosso dalla Città metropolitana attraverso la Conferenza metropolitana di coordinamento per l'istruzione, la formazione e il lavoro, e i conseguenti Accordi di programma distrettuali, strumenti importanti e riconosciuti.

La CTSSM Bo promuove la connessione di tali Accordi di Programma alla programmazione distrettuale sociale e sanitaria, per evidenziare lo sforzo importante dei Comuni, l'impegno dei Servizi di Neuropsichiatria, la capacità di accoglienza che i servizi educativi e le istituzioni scolastiche mettono in campo, ma anche per connettere in maniera efficace questo impegno ai progetti per la vita adulta.

Nel Progetto di vita, infatti, il tema della continuità è centrale. Se fino al termine della scuola secondaria di secondo grado l'investimento dei servizi scolastici, sanitari, comunali è forte e riconoscibile, nel passaggio all'età adulta intervengono nuovi attori sociali e sanitari; divengono temi emergenti il lavoro, la partecipazione alla vita della comunità, l'appropriatezza della cura. Lo snodo di questo passaggio è l'impegno dei Servizi nella costruzione di un "progetto di vita" tempestivo e partecipato dalla persona e dalla famiglia, che valorizzi le acquisizioni del percorso scolastico, che connetta sulla persona servizi di cura e assistenza diversificati a seconda dei bisogni, che sia in grado di intercettare opportunità di lavoro, di formazione e di tempo libero, al di là delle diverse e molteplici forme di organizzazione dei servizi per la disabilità adulta. Di questa esigenza di continuità le CTSS di Bologna ed Imola si erano già fatte interpreti approvando, nel 2015, le "Linee di indirizzo metropolitane per garantire ai giovani con disabilità la continuità di cura (sanitaria, assistenziale, educativa) nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta".

La CTSSM Bo ritiene prioritario riprenderne il monitoraggio distrettuale e metropolitano; promuove a tutti i livelli la necessaria integrazione tra Servizi e Progetti nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta.

Parte integrante di un percorso di inclusione attiva è il lavoro; in questo campo la Regione mette a disposizione le risorse cospicue del Fondo regionale disabilità, finalizzate a migliorare e potenziare l'occupabilità delle persone con disabilità attraverso percorsi di transizione; la L.R. n. 14/2015 inoltre prevede l'utilizzo integrato (tra servizi sociali e sanitari e il servizio di collocamento mirato dell'Agenzia regionale per il lavoro) di tale Fondo anche per misure di politica attiva del lavoro per persone con disabilità, associata a particolari condizioni di fragilità; inoltre, nel 2017, per la prima volta la Regione ha assegnato direttamente ai Distretti socio-sanitari risorse di tale Fondo per sostenere la mobilità casa-lavoro.

La CTSSM Bo ritiene necessario proseguire nello sforzo di coordinamento metropolitano ed interlocuzione con la Regione per assicurare, da un lato, la piena integrazione degli strumenti di politica attiva del lavoro nel Progetto di vita delle persone con disabilità in carico ai servizi sociali, dall'altro, uguali modalità di accesso e opportunità ai cittadini con disabilità.

Ricomporre ed innovare le opportunità per le persone con disabilità sono obiettivi irraggiungibili se la stessa persona non è posta al centro del suo percorso: il contributo delle associazioni e delle famiglie è fondamentale e da ricercarsi quotidianamente, sia per la costruzione dei Progetti di vita (nei quali sono compresi anche i Piani educativi della scuola), ma anche nell'innovare le forme di partecipazione e consultazione a livello metropolitano. Esse dovranno essere capaci di rappresentare compiutamente il complesso mondo associativo, e di contribuire con efficacia all'elaborazione delle politiche e dei progetti per la disabilità con uno sguardo unitario.

La CTSSM Bo intende definire con le associazioni di riferimento modalità innovative di partecipazione e di condivisione per garantire, a livello metropolitano, omogeneità di opportunità e riduzione delle disuguaglianze.

3.6 Rilanciare le politiche prevenzione e di promozione della Salute

La Promozione della Salute in tutte le politiche

La promozione della salute è definita come *“il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere psicofisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i bisogni, di cambiare l'ambiente circostante e di poter farvi fronte”* (WHO, 1986).

Già a partire dalla Dichiarazione di Alma Ata (1978) e dalla Carta di Ottawa (1986), per giungere fino ai più recenti documenti internazionali, quali ad esempio Health2020 e il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, viene ribadita l'importanza e la centralità strategica di promuovere la partecipazione e l'empowerment dei cittadini, riducendo le disuguaglianze di salute attraverso un approccio socio-ecologico e sistemico, intersettoriale, multidisciplinare e multifattoriale.

In particolare la strategia europea Health2020 (WHO, 2013) ha indicato nuovi e importanti obiettivi per tutte le istituzioni e i decisori che si occupano di salute. Il documento ribadisce che la salute è un diritto e un bene individuale e collettivo, ma soprattutto che è la maggior risorsa per la società e la comunità locale, soprattutto in periodi di crisi. Il documento si focalizza sui principali problemi di salute che interessano la nostra società individuando quattro ambiti prioritari di azione politica:

- 1) investire sulla salute considerando l'intero arco di vita e mirando all'empowerment delle persone, con particolare attenzione alla salute mentale di giovani e anziani;
- 2) affrontare le principali sfide per la salute con approcci integrati e strategie intersettoriali di promozione della salute;
- 3) rafforzare i servizi sanitari ponendo la persona al centro del lavoro di assistenza e cura, rivitalizzando prioritariamente la sanità pubblica, attraverso gli investimenti sugli assetti organizzativi e sulla formazione degli operatori orientandoli al lavoro di équipe e alla collaborazione intersettoriale;
- 4) creare e sostenere comunità resilienti, sostenere ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria.

La CTSSM Bo promuove lo sviluppo di politiche e interventi che abbiano non solo l'obiettivo di fornire informazioni o sviluppare comportamenti a livello individuale, ma anche di promuovere lo sviluppo di contesti sociali che supportino i comportamenti di salute. In quest'ottica, l'attenzione viene spostata dalle strategie di intervento di tipo individuale verso un approccio di partecipazione e di sviluppo della comunità (Bracht, 1999).

Contrasto alle disuguaglianze di salute per una maggiore equità e salute per tutti

Per migliorare in modo significativo la salute e il benessere è fondamentale integrare il settore sanitario con gli altri settori, in particolare focalizzando principalmente l'attenzione sull'educazione prescolare, il rendimento e l'abbandono scolastico, le condizioni di benessere lavorativo, la protezione sociale e la riduzione della povertà. Queste sono tutte situazioni alla base delle disuguaglianze che vanno individuate, monitorate e analizzate in termini spaziotemporali.

La CTSSM Bo favorisce la parità tra i generi e la costruzione di competenze individuali e comunitarie che proteggano e promuovano la salute, come le competenze personali e il senso di appartenenza. Avere chiari gli obiettivi necessari per ridurre le disuguaglianze di salute è quanto occorre per guidare l'azione ed è uno dei principali strumenti per valutare lo sviluppo della salute a tutti i livelli.

L'empowerment delle comunità e il ri-orientamento dei servizi sanitari come strumento di azione per “Rendere facili le scelte salutari”

Promozione della salute significa costruire un prezioso strumento per un più diffuso benessere dell'intera comunità, con particolare attenzione alla valutazione del contesto urbano e delle periferie.

E' necessario facilitare e costruire una comunità competente, responsabile ed empowered, che sappia sentire e fare proprie anche le azioni tese al miglioramento della propria qualità di vita nei contesti quotidiani. E sarà allora fondamentale saper operare sui vari contesti e situazioni che si possono presentare, il che significa cercare di rendere le progettualità sempre più efficaci, partendo da una analisi di ciò che è stato realizzato e procedendo con una valutazione-rivalutazione dei nuovi bisogni, in sinergia con le risorse che possono essere orientate in base alle necessità.

E' in questo modo che la finalità di facilitare lo sviluppo di una comunità competente e resiliente può essere utilmente perseguita e verosimilmente raggiunta in tempi ragionevoli.

Deve emergere la necessità che tutto quello che sarà proposto dovrà rispettare ed evitare ulteriori disuguaglianze, attraverso un nostro riorientamento.

La CTSSM Bo favorisce l'integrazione delle politiche e dei soggetti pubblici e privati, sostenendo progettualità così come declinate all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2016-2019, con particolare riguardo all'asse educativo²⁰ e alle azioni di Sanità Pubblica, per riorientare alla salute le trasformazioni del territorio e supportando le alleanze con stakeholders di tipo sociale, culturale e sportivo e cittadini attivi, che sono parte integrante di una comunità competente in costante divenire.

3.7 Integrazione socio-sanitaria: dalla domiciliarità alle cure intermedie

La popolazione dell'area metropolitana bolognese è caratterizzata, ormai da diversi anni, da un progressivo e costante invecchiamento. Il numero di anziani con più di 85 anni ("grandi anziani") mostra una crescita più accentuata rispetto a quella degli anziani con meno di 85 anni. In prospettiva, sono destinati ad aumentare il numero di persone non autosufficienti ed il numero di anziani con diversi tipi di cronicità. La crescita nel numero di anziani soli determinerà inoltre un intensificarsi dei bisogni di cura ed assistenza nel proprio domicilio.

A livello nazionale, il sistema dei servizi a sostegno della non autosufficienza è caratterizzato da estrema frammentarietà e dalla prevalenza dei trasferimenti monetari rispetto ai servizi. Risorse cospicue vengono utilizzate per l'erogazione di trasferimenti monetari che non sono né orientati alla soddisfazione del bisogno né graduati rispetto alla sua intensità.

A livello regionale, nel 2007 il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ha rappresentato una innovazione storica ed un forte investimento nella strutturazione del sistema dei servizi a sostegno della popolazione anziana (tanto che a livello regionale le risorse erogate su questa area di bisogno sono pari a quelle stanziare a livello nazionale dal Fondo per le Non Autosufficienze).

Nel corso degli anni successivi, l'attività si è però limitata a consolidare quanto realizzato, senza allargare lo sguardo ai bisogni emergenti che contraddistinguevano le diverse fasce di età della popolazione anziana.

La presenza di posti in strutture residenziali offerti in regime a libero mercato in numero pari a quelli offerti dal sistema pubblico evidenzia un primo aspetto di riflessione; negli ultimi anni si stanno inoltre diffondendo e sviluppando tipologie di offerta che danno risposta a bisogni diversi (compagnia, socializzazione e supporto lieve alle attività quotidiane) da quelli che il sistema dei servizi a favore della non autosufficienza è solito soddisfare con i servizi sviluppati attraverso le risorse del FRNA.

La CTSSM Bo promuove il superamento del quadro frammentato attuale attraverso lo sviluppo e il rafforzamento, accanto alla funzione di gestione ed erogazione dei servizi, della funzione pubblica di garanzia e controllo, che ponga vincoli, definisca standard qualitativi e di processo e agisca per un accesso equo e appropriato a servizi e opportunità territoriali.

²⁰ Sviluppando le azioni relative al setting 5, riguardante la scuola.

In questa logica, coinvolge i Servizi delle Aziende Sanitarie della Città metropolitana per la promozione di percorsi volti al miglioramento della qualità dell'assistenza e presa in carico delle persone anziane e delle persone con disabilità, in collaborazione con i gestori dei servizi accreditati nei quali sono accolte (percorsi di AUDIT, PDTA).

La CTSSM Bo promuove inoltre il potenziamento della funzione di governo del sistema dei servizi, finalizzata ad ampliare il ventaglio delle possibilità disponibili per gli anziani non autosufficienti con diverso livello di gravità. A tal fine, attraverso l'Ufficio di Supporto, promuove lo sviluppo di un'azione pubblica di consulenza e orientamento verso le diverse soluzioni a sostegno della non autosufficienza offerte dal territorio e acquistabili anche con risorse proprie delle famiglie, consentendo ai cittadini di scegliere in modo competente le risorse di *welfare* a cui rivolgersi, anche oltre il perimetro delle prestazioni garantite da Comuni e Aziende sanitarie e, nel contempo, sviluppando interventi di garanzia relativamente alla qualità dei servizi acquistati dai cittadini nel mercato.

La CTSSM Bo sostiene inoltre la realizzazione di iniziative a supporto della domiciliarità, individuando soluzioni innovative che permettano di mantenere l'anziano nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile, anche attraverso la realizzazione di politiche di accessibilità ed adeguamento del proprio domicilio.

La CTSSM Bo sostiene anche lo sviluppo delle attività di prevenzione, volte a garantire la salute delle persone anziane ed un invecchiamento attivo.

3.8 Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera

Lo sviluppo delle reti cliniche e del sistema delle cure intermedie è elemento strategico dell'azione metropolitana in ambito sanitario, in piena coerenza con le politiche sanitarie regionali.

Queste muovono nel senso dell'aggregazione e dell'integrazione, non solo funzionale, ma anche amministrativa, realizzata, nel nostro territorio. L'obiettivo è quello di una maggiore qualificazione dell'offerta sanitaria ospedaliera e di una messa in efficienza del sistema capace di contemperare qualità e sostenibilità. Su questa linea si pone la sperimentazione di modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari relativi alle "cure intermedie", e lo sviluppo della rete assistenziale territoriale delle Case della Salute.

Per contribuire al perseguimento di queste finalità **la CTSSM Bo svolge un coordinamento della programmazione in ambito metropolitano, partendo da un'analisi dei modelli territoriali delle aziende sanitarie, con particolare riferimento alle cure intermedie e alle relazioni con il livello ospedaliero, anche al fine di definire i fabbisogni di assistenza ospedaliera di medio-lungo termine per i cittadini dell'area metropolitana.**

Gli obiettivi strategici sono:

- La razionalizzazione congiunta delle reti ospedaliere in pieno coordinamento con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale, capace di realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali funzionali e di portare a miglioramenti in termini di efficienza complessiva, continuità assistenziale, sicurezza e qualità;
- La maggiore caratterizzazione e quindi l'integrazione delle vocazioni delle diverse strutture ospedaliere metropolitane, anche per perseguirne la loro piena valorizzazione in seno alla programmazione regionale e nazionale, e per la loro qualificazione quali punti di riferimento per le reti assistenziali di interesse regionale, nazionale ed europeo;
- L'adozione di modelli organizzativi in grado di contemperare al meglio gli obiettivi assistenziali con le funzioni proprie dell'Università, in coerenza con gli obiettivi di rafforzata collaborazione istituzionale nelle attività di ricerca e didattica definiti in un recente Protocollo d'intesa Regione-Università;

- L'integrazione delle attività assistenziali degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) all'interno delle reti cliniche dell'area metropolitana, anche per favorire la loro capacità di trasferire in tempi rapidi i risultati delle proprie attività di ricerca istituzionale sul piano assistenziale.

Occorre recuperare una visione di sanità pubblica unitaria, in grado di individuare per ogni livello di attività le azioni più efficaci ed incisive. In questo senso l'assistenza territoriale, il sistema socio-sanitario e la rete ospedaliera sono aree dello stesso sistema, che devono essere concepite, programmate e gestite unitariamente. Occorre andare oltre le tradizionali divisioni strutturali e gestionali tra Aziende sanitarie ed ospedaliere, così come è necessario coinvolgere nelle varie fasi tutti gli attori pubblici, convenzionati e privati accreditati che concorrono al sistema.

Su tali linee di sviluppo del sistema sanitario del territorio bolognese si rimanda a quanto contenuto nel documento "La programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera nell'area metropolitana di Bologna".

Le Case della Salute e la comunità di riferimento

Come indicato tra gli obiettivi strategici del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019, lo sviluppo delle Case della Salute rappresenta l'evoluzione dell'assistenza territoriale sanitaria e sociale per la comunità di riferimento, ed in particolare per quella parte crescente di popolazione che presenta bisogni socio-sanitari complessi e fortemente integrati.

I servizi delle Case della Salute sono modulati sui bisogni del territorio e proporzionati ai mutevoli bisogni delle rispettive comunità, con particolare attenzione riposta alla evoluzione epidemiologica, demografica ed ai mutamenti sociali in corso.

L'obiettivo è quello di implementare servizi di prossimità, assumendo la comunità stessa come la prima e la principale responsabile della propria salute, ed organizzando la sussidiarietà anche al di fuori dei confini sanitari, attivando adeguate relazioni e connessioni.

La promozione della salute e del benessere richiede, infatti, interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse, ricercando sinergie intersettoriali con le altre politiche che hanno impatto con la salute (sociali, educative, abitative, occupazionali, ambientali, ecc.), e la piena partecipazione dei cittadini (e delle loro associazioni) che, messi nelle adeguate condizioni di conoscenza, competenza e di autodeterminazione, diventano risorse per sé (autocura) e risorsa per il contesto comunitario (auto e reciproco aiuto).

Ulteriore elemento distintivo e caratterizzante la Casa della Salute è la comunità professionale, rappresentata dall'insieme dei professionisti, pubblici e privati, sanitari e sociali, che operano nei servizi territoriali che afferiscono ad essa. E' una comunità multiprofessionale, multidisciplinare ed interistituzionale che assume la responsabilità del benessere e della salute dei cittadini che risiedono nell'ambito territoriale di riferimento. A tal fine i professionisti costruiscono sistematiche modalità di collaborazione, integrazione e percorsi di assistenza e cura, così da garantire una presa in carico socio-sanitaria integrata e la continuità dell'assistenza tra ambiti professionali, setting di cura (servizi territoriali ed ospedalieri) e nei passaggi di età, dalla minore alla maggiore età e dall'età adulta all'età anziana.

La valutazione multidimensionale e l'elaborazione del progetto individualizzato di vita e di cura definito insieme alla persona e alla sua famiglia, secondo il modello del "budget di salute", sono gli strumenti fondamentali per la condivisione degli obiettivi del percorso assistenziale e per la responsabilizzazione del cittadino con l'attivazione di tutte le risorse non solo professionali, ma anche personali e comunitarie. Il progetto individualizzato privilegia la domiciliarità dell'assistenza grazie anche all'attivazione dei servizi della rete delle cure intermedie tra cui, su proposta del Medico di Medicina Generale, anche l'Ospedale di comunità.

La comunità professionale che ruota intorno alla Casa della Salute opera secondo il paradigma della medicina di iniziativa, intercettando le situazioni di fragilità e promuovendo iniziative volte a rafforzare il tessuto sociale del territorio, le varie espressioni e forme di cittadinanza attiva, di auto-mutuo aiuto e di autocura. In tale direzione, la comunità professionale opera in sinergia con l'attività di "empowerment" di comunità promossa in coerenza con il recente Piano Sociale e

Sanitario regionale per rispondere alle esigenze della popolazione fragile ed orientare di conseguenza la programmazione sociosanitaria integrata.

La CTSSM Bo opera affinché le Case della Salute divengano il riferimento non solo per il singolo cittadino e per la sua famiglia, ma anche per tutta la comunità territoriale, per le associazioni, per il terzo settore, per i servizi accreditati e non, sia pubblici sia privati.

3.9 Collaborazione pubblico privato, valorizzazione del Terzo settore

Sul territorio metropolitano esiste un'ampia rete di associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali e ONG che, in collaborazione con gli enti locali, si sono attivate in questi anni per dare risposte ai bisogni emergenti. L'apporto del terzo settore diviene fondamentale nel contrasto alle fragilità sociali, per la sua capacità di interagire con il territorio e la comunità di riferimento cogliendo tempestivamente i bisogni emergenti.

La sottoscrizione del **Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali** nel dicembre del 2017 fra Città metropolitana, CTSSM Bo, Forum provinciale del Terzo settore, Comitato paritetico metropolitano del volontariato, rappresentanti delle associazioni e organizzazioni del Terzo settore, ha l'obiettivo di rendere più strutturata ed incisiva la collaborazione con il terzo settore, attraverso la realizzazione di attività finalizzate a:

- Condivisione, diffusione e messa in rete fra territori, enti ed esperti, di buone pratiche ed esperienze volte a coniugare sostegno e riattivazione delle persone in condizione di fragilità, per una loro sistematizzazione e riproducibilità su tutto il territorio metropolitano, in un processo virtuoso di contaminazione;
- Condivisione di metodi e strumenti per l'*empowerment* delle organizzazioni, pubbliche e non profit, e della comunità.

In linea con questi obiettivi, viene promossa la collaborazione con il Coordinamento provinciale degli enti di servizio civile per fornire supporto agli enti pubblici e a quelli del Terzo settore nella promozione del servizio civile sul territorio. Il servizio civile, inteso come opportunità di cittadinanza attiva per i giovani e come strumento progettuale per gli enti, risponde ai bisogni della comunità rafforzando e innovando i servizi e gli interventi presenti. Il servizio civile, inoltre, rende i giovani protagonisti del cambiamento sociale, offrendo allo stesso tempo un'occasione di crescita formativa e professionale.

L'approccio del Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali si basa sull'esigenza di promuovere azioni volte ad una maggiore coesione sociale, a stimolare le risorse delle comunità locali, a costruire una integrazione ancora più forte con i soggetti del privato sociale, al fine di realizzare un sistema di welfare in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini, valorizzando tutte le risorse delle comunità di riferimento.

Obiettivo deve essere la capacità del sistema di *welfare* metropolitano di agire in integrazione fra pubblico e privato sociale, mantenendo però un'unitarietà di obiettivi e una qualità alta, garantita dal pubblico, di servizi e di azioni per tutti i cittadini.

Il progressivo riconoscimento di funzioni e competenze nei diversi livelli di governo deve pertanto continuare a essere l'elemento principale alla base di un nuovo modello di governo del welfare.

La CTSSM Bo sviluppa la funzione pubblica di regia e governo del sistema dei servizi, rinforzando la collaborazione con i soggetti del terzo settore e del settore privato. Inoltre, promuove e sostiene la valorizzazione dei soggetti privati e del terzo settore, attraverso l'individuazione di appositi luoghi di confronto e di scambio, finalizzati a realizzare un sistema dei servizi alla persona sempre più inclusivo e vicino ai bisogni della cittadinanza, allargando il Patto metropolitano anche ad altri soggetti privati: associazioni imprenditoriali, organizzazioni sindacali, Fondazioni. A tal fine, realizza una Cabina di regia metropolitana con l'obiettivo specifico della lotta all'impovertimento.

A tal fine, la CTSSM Bo promuove:

- interventi mirati a facilitare il rapporto fra pubblico e privato sociale, anche mediante azioni di sensibilizzazione e formazione sui temi della *welfare community* e sul lavoro di comunità;
- modelli di intervento in ambito sociale e socio-sanitario omogenei a livello metropolitano, capaci di assicurare parità di trattamento e pari opportunità alla popolazione;
- iniziative sussidiarie e azioni di partenariato pubblico – privato sociale volte al potenziamento del capitale sociale e alla valorizzazione e responsabilizzazione della comunità;
- il percorso di accreditamento e di progettazione territoriale previsto dal decreto 40/2017 sul servizio civile universale in attuazione della riforma del Terzo Settore.

4. Strumenti operativi per la programmazione metropolitana e distrettuale

Le competenze della CTSSM Bo in tema di programmazione, definite dalla normativa regionale e dalle esigenze di omogeneità emergenti dal livello territoriale, necessitano di strumenti operativi che possano consentire la reale implementazione di quanto previsto.

L'Ufficio di Supporto è il luogo di coordinamento nel quale le attività vengono concordate, discusse e validate²¹. E' composto, ai sensi della DGR n. 1442/2016, dai Responsabili degli Uffici di Piano e dai Direttori di distretto o loro delegati.

Nell'ambito dell'Ufficio di Supporto, la **Struttura Tecnica Metropolitana**, di cui si avvale la Conferenza, *“costituisce il punto di riferimento e raccordo tra Unioni e Comuni di distretto afferenti alla CTSS metropolitana, Città metropolitana, Direzioni generali delle Aziende sanitarie ed IRCCS dell'ambito territoriale della Città metropolitana. Tale struttura tecnica è formata con il concorso di personale messo a disposizione dalla Città metropolitana, in base ad un Accordo attuativo specifico dell'Intesa generale quadro Regione e Città metropolitana siglata il 13/01/16, a cui si rimanda. Le modalità di funzionamento, le risorse umane e strumentali e i costi di funzionamento dell'Ufficio di supporto e della CTSS metropolitana sono definiti mediante apposita convenzione tra le Aziende sanitarie, gli altri soggetti componenti la CTSS e la Città metropolitana.”*

Elementi per il potenziamento degli strumenti operativi e strategie di sviluppo

Per potenziare l'azione della CTSSM Bo è necessario un investimento anche rispetto agli strumenti tecnici a sua disposizione.

L'Ufficio di Supporto ha nella Struttura Tecnica Metropolitana il suo punto di riferimento. E' dunque necessario potenziarne la capacità di azione attraverso ulteriori investimenti di risorse umane e finanziarie prima di tutto da parte della **Città metropolitana**, che, attraverso la CTSSM Bo esercita le sue funzioni di promozione e coordinamento dello sviluppo sociale.

21 In linea generale, gli Uffici di supporto alle CTSS, secondo il PSSR, hanno le seguenti funzioni:

1. Segreteria organizzativa, per predisporre le condizioni materiali del funzionamento della Conferenza e dell'Ufficio di Presidenza: convocazioni, allestimento delle sedi e dei materiali per le riunioni, verbali delle stesse e gestione delle comunicazioni strumentali all'attività della Conferenza con i diversi enti interessati (Comitati di Distretto, Giunte delle Unioni, Aziende sanitarie, Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali, uffici regionali, Anci, ecc.), conservazione dei verbali e degli atti quali pareri, nomine, intese;
2. Istruttoria tecnica per approfondimenti, consulenze e proposte in relazione alle decisioni della Conferenza, avvalendosi delle competenze degli Enti locali e delle Aziende sanitarie e garantendo a tale scopo la partecipazione e il confronto con tutti gli Uffici di piano e con i Distretti (Direttore o suo delegato), e con altri attori istituzionali coinvolti a seconda delle materie oggetto di istruttoria.

L'ufficio di supporto svolge il coordinamento tecnico delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie e coordina l'Organismo tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza previsto dall'art. 21 della L.R. 14/2008. Su mandato della CTSS o dell'Ufficio di Presidenza costituisce gruppi di lavoro temporanei o coordinamenti specifici strutturati per realizzare confronto e condivisione sulle modalità di programmazione degli interventi e di gestione dei fondi specifici, per mappare le opportunità e i fabbisogni formativi; promuove attività di formazione rivolta agli operatori del territorio, in modo da perseguire l'obiettivo dell'omogeneità territoriale delle opportunità dei cittadini e svolge, a livello intermedio, quanto già previsto per gli Uffici di Piano all'interno dei distretti: a): raccolta e elaborazione dei dati necessari alla lettura del territorio, in termini di rischi e fragilità, ma anche di risorse e opportunità; b): coordinamento delle attività di implementazione dei sistemi informativi regionali e nazionali, finalizzati alla produzione dei flussi informativi; c): supporto tecnico alle azioni di confronto e concertazione territoriale finalizzate alla definizione, al monitoraggio e alla valutazione della programmazione sociale e socio-sanitaria; e): promozione di strategie e strumenti a supporto dell'integrazione; delle funzioni dell'Ufficio di Piano.

Si deve però prevedere anche un investimento da parte delle **Unioni dei comuni** attraverso accordi attuativi della Convenzione quadro per la collaborazione istituzionale fra Città metropolitana, Unioni e singoli comuni dell'area metropolitana bolognese in quanto la Città metropolitana è ente federato che opera per la valorizzazione ed il potenziamento delle Unioni dei Comuni. La collaborazione può assumere forme diverse, fra le quali anche l'avvalimento e la costituzione di uffici comuni, con messa in comune di risorse umane e finanziarie.

Le **aziende sanitarie**, a loro volta, partecipano con risorse umane e finanziarie all'attività dell'Ufficio di Supporto e della Struttura tecnica. E' attiva una convenzione che coinvolge le aziende, la Città metropolitana e le Unioni di comuni, volta a mettere a disposizione della CTSSM Bo le risorse umane e finanziarie necessarie al funzionamento delle strutture tecniche, con indicazione di definire un budget e un piano di attività pluriennale.

La stessa **Regione** partecipa all'azione della CTSSM Bo, avvalendosi dell'Ufficio di Supporto e della Struttura tecnica. Per rendere più efficace l'azione della CTSSM Bo sarà possibile valutare con la Regione un investimento finanziario ad hoc per la CTSSM Bo al fine di realizzare azioni di programmazione, promozione e coordinamento in ambito sociale, socio-sanitario e sanitario e di integrazione con altre politiche.

Il progressivo potenziamento delle strutture tecniche permetterà:

1. Un ulteriore sviluppo delle azioni di ambito metropolitano (progetti metropolitani), consentendo anche un maggior protagonismo degli enti locali;
2. Una maggiore efficacia, efficienza e qualità dell'azione della CTSSM Bo nel realizzare quanto previsto nell'Atto di indirizzo e coordinamento;
3. La ricostruzione e ri-creazione di canali di finanziamento per lo svolgimento delle attività propulsive della CTSSM Bo, per l'implementazione delle indicazioni regionali e l'omogeneità delle opportunità dei cittadini.
4. Lo sviluppo e l'utilizzo dei sistemi informativi per la programmazione, con particolare attenzione alle priorità previste nell'Atto di indirizzo, a partire dal contrasto ai fenomeni di impoverimento e prevedendo modalità di rilevazione di dati che permettano di individuare nel dettaglio le condizioni delle famiglie e degli individui.

La Città metropolitana mette a disposizione della CTSSM Bo, dei distretti socio-sanitari e della Regione l'**Istituzione "Gian Franco Minguzzi"**, che, in base al suo nuovo Regolamento²² *"si pone come punto di riferimento e supporto all'attività delle Unioni/dei Comuni, della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna, della Regione Emilia-Romagna e dei soggetti esterni, pubblici e privati, impegnati in azioni e progetti di contrasto e prevenzione dell'esclusione sociale e di promozione del benessere della comunità."*

L'Istituzione sviluppa attività di studio, ricerca, promozione, formazione, informazione e sperimentazione nel campo sociale, socio-sanitario e socio-educativo²³ a favore e in stretta collaborazione con la Città metropolitana, il Comune di Bologna, le Unioni di Comuni/i Comuni del territorio e con la Regione, per un supporto all'elaborazione di politiche locali e regionali volte all'inclusione sociale e comunitaria e per la ricerca e sperimentazione di progetti di innovazione

22 Approvato dal Consiglio metropolitano con Delibera n.12 dell'11/04/2018.

23 In base al Regolamento, l'Istituzione persegue le seguenti finalità:

- Promozione dell'inclusione sociale, con particolare riferimento alle fasce più deboli e/o in condizione di particolare fragilità sociale ed economica (quali persone in condizione di povertà economica, educativa, di isolamento e solitudine, di disagio mentale, persone immigrate);
- Promozione della salute mentale;
- Promozione dell'integrazione interculturale;
- Promozione del benessere personale, sociale e relazionale, in particolare delle giovani generazioni e negli ambienti educativi;
- Promozione dell'innovazione nel sistema del welfare metropolitano;
- Promozione della cittadinanza attiva e della coesione sociale della comunità, favorendo il raccordo e la collaborazione con la società civile organizzata;
- Promozione di nuove forme di solidarietà e di relazioni a favore dell'inclusione sociale, anche attraverso le reti sociali e socio-tecniche;
- Promozione del welfare culturale.

sociale, con una particolare attenzione alle persone più fragili ed alla promozione del benessere sociale. Essa opera in stretto raccordo con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana per il supporto alle politiche sociali, socio-sanitarie e socio-educative e per garantire un punto di coordinamento e di collegamento con il Terzo settore, nella prospettiva del welfare di comunità.

Lavoro di comunità/partecipazione dei cittadini

La CTSSM Bo incentiva, secondo quanto previsto dal PSSR, la partecipazione nelle politiche sanitarie e di welfare da parte dei cittadini singoli e associati. Ciò diviene necessario per poter cogliere le trasformazioni sociali e poter rilevare i nuovi bisogni dei cittadini destinatari delle politiche e dei servizi. Questi cittadini, molto spesso, a fronte della mutata condizione sociale, non sono i tradizionali beneficiari dei servizi.

Deve anche essere ripensata la modalità di partecipazione per superare il rapporto di sfiducia nei confronti delle istituzioni che caratterizza il nostro tempo.

Il PSSR individua alcuni elementi cruciali per favorire la partecipazione:

- Andare verso i cittadini (e non soltanto attenderli nei Servizi), specialmente verso coloro che non sono abituati a rivolgersi ai servizi pubblici e che si vergognano a chiedere;
- Generare nuove risorse e nuove risposte in collaborazione con i cittadini, anche quelli portatori di problemi, per far fronte a una situazione in cui aumentano le difficoltà e i bisogni;
- Favorire la costruzione di contesti che consentano l'elaborazione collettiva dei disagi individuali, spesso ancora non consapevolmente formulati come richieste o problemi;
- Pensare per problemi (ad esempio il contrasto all'impoverimento e la riduzione delle disuguaglianze) e non più per categorie di utenti.

La Regione ha investito molto sullo sviluppo dello strumento del Community Lab, favorendo la formazione degli operatori sociali e sanitari, ed esso è ormai uno dei principali strumenti utilizzati dai distretti anche nell'ambito della pianificazione di zona.

Il Community Lab permette un'analisi partecipata di contesti locali e anche di casi concreti di conflitto sociale e/o di disagio sociale. La risposta al problema è prodotta in modo partecipativo, coinvolgendo i cittadini e non solo i tecnici. E' dunque un metodo formativo che prevede la produzione di conoscenza attraverso l'azione con la comunità, proprio a partire dall'analisi delle dimensioni quotidiane e delle forme sperimentali del lavoro sociale e di cura/assistenza.

Attraverso la partecipazione dei cittadini e il lavoro di comunità, **la CTSSM Bo intende potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento per lo sviluppo dell'empowerment di comunità e, dunque, di un welfare generativo di soluzioni innovative, anche al fine di accompagnare le sperimentazioni di partecipazione delle comunità nella programmazione locale sia nelle fasi di definizione delle priorità sia nelle fasi di progettazione degli interventi diretti.**

Ufficio di Supporto CTSSM
Struttura tecnica metropolitana
PIANO DELLE ATTIVITA' 2018-2019

La normativa regionale individua nell'Ufficio di Supporto alla CTSS il luogo di coordinamento tecnico del livello intermedio per le politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie. Il Piano Sociale e Sanitario Regionale, approvato dall'Assemblea legislativa con delibera n. 120 del 12 Luglio 2017, prevede che l'Ufficio di Supporto svolga le funzioni di:

- Segreteria organizzativa, per predisporre le condizioni materiali del funzionamento della Conferenza e dell'Ufficio di Presidenza: convocazioni, allestimento delle sedi e dei materiali per le riunioni, verbali delle stesse e gestione delle comunicazioni strumentali all'attività della Conferenza con i diversi enti interessati (Comitati di Distretto, Giunte delle Unioni, Aziende Sanitarie, Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali, uffici regionali, Anci, ecc.), conservazione dei verbali e degli atti quali pareri, nomine, intese;
- Istruttoria tecnica per approfondimenti, consulenze e proposte in relazione alle decisioni della Conferenza, avvalendosi delle competenze degli Enti locali e delle Aziende sanitarie e garantendo a tale scopo la partecipazione e il confronto con tutti gli Uffici di piano e con i Distretti (Direttore o suo delegato), e con altri attori istituzionali coinvolti a seconda delle materie oggetto di istruttoria.

Ai sensi del PSSR, l'Ufficio di Supporto realizza il coordinamento tecnico delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie e coordina l'Organismo tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza previsto dall'art. 21 della L.R. 14/2008. Su mandato della CTSS Metropolitana di Bologna o dell'Ufficio di Presidenza costituisce gruppi di lavoro temporanei o coordinamenti specifici strutturati per realizzare confronto e condivisione sulle modalità di programmazione degli interventi e di gestione dei fondi specifici, per mappare le opportunità e i fabbisogni formativi; promuove attività di formazione rivolta agli operatori del territorio, in modo da perseguire l'obiettivo dell'omogeneità territoriale delle opportunità dei cittadini e svolge, a livello intermedio, attività di:

- Raccolta e elaborazione dei dati necessari alla lettura del territorio, in termini di rischi e fragilità, ma anche di risorse e opportunità;
- Coordinamento delle attività di implementazione dei sistemi informativi regionali e nazionali, finalizzati alla produzione dei flussi informativi;
- Supporto tecnico alle azioni di confronto e concertazione territoriale finalizzate alla definizione, al monitoraggio e alla valutazione della programmazione sociale e sociosanitaria;
- Promozione di strategie e strumenti a supporto all'integrazione.

La Delibera di Giunta Regionale 12 Settembre 2016, n. 1442 "Disciplina della composizione, funzioni e modalità di funzionamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria metropolitana di Bologna" stabilisce all'articolo 6 che: "L'Ufficio di Supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna è composto dai Responsabili di tutti gli Uffici di Piano, dai Direttori delle Attività Socio-Sanitarie e dai Direttori di Distretto o loro delegati [...]".

Il medesimo articolo inoltre precisa che: "[...] Per il suo funzionamento la Conferenza si avvale di un'apposita struttura tecnica che costituisce il punto di riferimento e raccordo tra Unioni e Comitati di distretto afferenti alla CTSS Metropolitana di Bologna, Città metropolitana, Direzioni generali delle Aziende sanitarie ed IRCCS dell'ambito territoriale della Città metropolitana. Tale struttura tecnica è formata con il concorso di personale messo a disposizione dalla Città metropolitana [...]".

La Struttura Tecnica Metropolitana (STM) è stata formalizzata con l'approvazione della convenzione tra la Città metropolitana e le Aziende Sanitarie del territorio metropolitano nella seduta della CTSS Metropolitana di Bologna del 6/9/2017 e con Atto del Sindaco metropolitano n. 212 del 25 Ottobre 2017.

Essa stabilisce che la STM abbia funzioni di coordinamento tecnico, amministrativo ed organizzativo e svolga attività di supporto alla programmazione delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie dei territori dell'area metropolitana. Opera a sostegno delle attività affidate all'Ufficio di Supporto e della CTSS Metropolitana di Bologna, favorendo le importanti interconnessioni con gli altri organismi tecnici esistenti.

La STM, su richiesta ed impulso della CTSS Metropolitana di Bologna e delle aree territoriali, effettua attività specifiche di approfondimento tecnico e conoscitivo. Garantisce la segreteria organizzativa e verbalizzante delle sedute della CTSS Metropolitana di Bologna e dell'Ufficio di presidenza; promuove e consolida i rapporti della CTSS Metropolitana di Bologna con gli stakeholders del territorio e facilita le relazioni sindacali. La STM, in integrazione e collaborazione con i componenti dell'Ufficio di Supporto, supporta il coordinamento e/o coordina e gestisce gruppi di lavoro istituiti su

indicazione dalla CTSS Metropolitana di Bologna o dall'Ufficio di Supporto medesimo, anche richiesti dalle OO.SS.

La STM ha inoltre una funzione di coordinamento nel:

- perseguire politiche di pari opportunità per la cittadinanza nell'ambito dell'area metropolitana;
- sviluppare politiche di empowerment e di partecipazione della cittadinanza, anche attraverso il coinvolgimento del terzo settore;
- sviluppare l'integrazione con gli altri ambiti delle politiche pubbliche (lavoro, istruzione e formazione, area socio-educativa, politiche abitative);
- favorire lo sviluppo di sistemi informativi integrati sul livello metropolitano ed il loro utilizzo omogeneo, finalizzato a supportare la programmazione dei servizi;

La convenzione, all'articolo 6, prevede che la STM predisponga la proposta del Piano biennale delle attività che, attraverso la collaborazione dell'Ufficio di Supporto, sarà presentata in CTSS Metropolitana di Bologna per l'approvazione.

Il Piano biennale individua le aree di attività ed i progetti specifici dei quali si occuperà il livello intermedio, sia attraverso l'attività specifica della STM, sia attraverso la collaborazione dei componenti dell'Ufficio di Supporto.

Il Piano biennale delle attività vuole inoltre rappresentare con maggiore compiutezza il quadro delle attività di livello metropolitano o sovradistrettuali, promosse dalla CTSS Metropolitana di Bologna stessa e/o dall'Ufficio di supporto.

All'interno delle attività, inoltre, sono riportate le risorse – professionali e finanziarie – utilizzate per la loro realizzazione. Una parte di tali risorse viene definita ed allocata con l'approvazione del budget dell'Ufficio di Supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna.

Il Piano biennale delle attività intende dunque fornire un quadro complessivo delle attività svolte a livello intermedio, individuando:

- Progetti metropolitani/aziendali/sovra distrettuali, avviati o in corso di avvio, che si attuano con il concorso (anche finanziario e/o di personale) di più Distretti dell'area metropolitana. Tali progetti hanno l'obiettivo di ricondurre sull'ambito metropolitano/sovradistrettuale attività che risulterebbe inefficace e disomogeneo realizzare a livello distrettuale. In alcuni casi tali progetti sono coordinati dal Comune di Bologna, che si assume l'onere della realizzazione del progetto sull'ambito metropolitano/sovradistrettuale;
- Coordinamenti tematici (avviati o da avviare), finalizzati a condividere a livello sovradistrettuale procedure, percorsi, criteri in applicazione di diverse fonti normative ed interventi che si realizzano a livello distrettuale. Sono assicurati da componenti della Struttura Tecnica Metropolitana, dall'Ufficio di Supporto o da referenti da esso indicati, e possono essere individuati dall'Ufficio di Supporto o, laddove necessario, dalla CTSS Metropolitana di Bologna. Tali coordinamenti possono prevedere la realizzazione di attività di servizio a diverso livello di dettaglio, sulla base delle necessità rilevate;

Le azioni del Piano biennale delle attività sono declinate sulla base delle priorità indicate dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale approvato nella seduta della CTSS Metropolitana di Bologna del 10 Maggio 2018. Tali azioni sono inoltre coerenti con le "Linee di indirizzo del Piano Strategico Metropolitano 2.0", approvate con Delibera del Consiglio Metropolitano n. 18 dell'11 Maggio 2016 (in particolare, rispetto alle sezioni "Un sistema educativo equo e paritario dalla prima infanzia all'Università" e "Salute e welfare: la filiera del benessere che genera ricchezza") e costituiranno una declinazione operativa, per le parti di competenza, del Piano Strategico Metropolitano 2.0 in corso di approvazione.

Tutte le azioni del Piano biennale delle attività sono condotte in stretta sinergia con l'area sanitaria, nell'ottica di realizzare la maggiore possibile integrazione tra gli attori del welfare metropolitano.

Il Piano biennale delle attività, infine, recepisce i progetti di collaborazione e di integrazione tra la Struttura Tecnica Metropolitana e gli Uffici di Piano dei territori, realizzati a supporto dell'azione della CTSS Metropolitana di Bologna¹. Tali progetti vengono realizzati attraverso l'approvazione di Accordi attuativi della *Convenzione quadro per la collaborazione istituzionale fra Città metropolitana, Unioni e singoli Comuni nell'area bolognese*.

Il Piano biennale delle attività, dopo una sezione iniziale nella quale sono ricapitolati i progetti di collaborazione,

¹ Convenzione per il funzionamento della Struttura Tecnica Metropolitana, art. 5.

contiene una sezione nella quale vengono riportate le schede sintetiche delle azioni, che forniscono gli elementi principali dei Progetti metropolitani/sovra distrettuali e dei coordinamenti tematici.

I progetti e i coordinamenti indicati non sono esaustivi e potranno essere integrati sulla base di nuove norme, bisogni, emergenze, indicazioni dei decisori.

In particolare, verranno definite nei prossimi mesi le azioni relative a:

- Salute mentale e budget di salute
- Sistema integrato 0-6
- Case della salute
- PRIS anziani
- Partecipazione dei cittadini

PARTE I – Accordi tra Città metropolitana ed Unioni/Comuni per il potenziamento della programmazione metropolitana e distrettuale (Progetti di integrazione e collaborazione, art. 5 convenzione per il funzionamento della Struttura Tecnica Metropolitana)

Ai sensi della Convenzione per il funzionamento della Struttura Tecnica Metropolitana, per consolidare il rapporto con i Comuni e le loro Unioni possono essere realizzati progetti di collaborazione e di integrazione tra la Città metropolitana e gli Uffici di Piano dei territori a supporto dell'azione della CTSS metropolitana. Tali progetti costituiscono una modalità di collaborazione e cooperazione tra Città metropolitana ed enti locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, della Convenzione quadro per la collaborazione istituzionale fra Città metropolitana, Unioni e singoli Comuni nell'area bolognese. La stessa convenzione stabilisce che tali progetti siano recepiti all'interno del Piano biennale delle attività. In questa sezione, pertanto, si riporta una descrizione delle attività svolte o in corso di svolgimento, attraverso brevi schede riassuntive.

ACCORDI ATTUATIVI DELLA CONVENZIONE QUADRO TRA CITTA' METROPOLITANA E UNIONI/COMUNI – PROGETTI DI COLLABORAZIONE E INTEGRAZIONE (Art. 5 Convenzione per il funzionamento della Struttura Tecnica Metropolitana della CTSSM)	
Distretto ed ente di riferimento	Pianura Est – Unione Reno Galliera
Anno di sottoscrizione	2017
Durata	Biennale
Aree di attività	Sportelli sociali, povertà, contrasto alla violenza di genere, infanzia e adolescenza, disabilità minori
Risorse finanziarie	2017: 32.000 € Città metropolitana, 6.000 € Unione Reno Galliera 2018: 20.000 € Città metropolitana Ulteriori risorse in corso di definizione per la realizzazione di progetti sperimentali da avviare nel secondo semestre del 2018
Risorse professionali ed ente di appartenenza	Francesco Bertoni, Tiziana Di Celmo, Claudia Ceccarelli, Alessandra Apollonio – Città metropolitana Anna Del Mugnaio, Maria Chiara Patuelli, Caterina Orlando, Elena Fabbri, Monica Faiolo – Unione Reno Galliera

ACCORDI ATTUATIVI DELLA CONVENZIONE QUADRO TRA CITTA' METROPOLITANA E UNIONI/COMUNI – PROGETTI DI COLLABORAZIONE E INTEGRAZIONE (ART. 5 Convenzione per il funzionamento della Struttura Tecnica Metropolitana della CTSSM)	
Distretto ed ente di riferimento	San Lazzaro di Savena – Comune di San Lazzaro di Savena
Anno di sottoscrizione	2018
Durata	Biennale
Aree di attività	Sportelli sociali, programmazione, piani di zona
Risorse finanziarie	2018-2019: 10.000 € Città metropolitana, 5.000 € Comune di San Lazzaro
Risorse professionali ed ente di appartenenza	Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Bianca Veronica Di Nuzzo – Città metropolitana Paride Lorenzini, Bianca Veronica Di Nuzzo – Comune di San Lazzaro di Savena

Nell'ambito delle aree di attività individuate negli accordi attuativi, vengono realizzate le azioni descritte nelle schede riportate nella parte II. Nel corso del periodo di vigenza del Piano biennale delle attività, potranno essere realizzati ulteriori accordi attuativi; in particolare, è in corso la definizione di un Accordo con il distretto dell'Appennino Bolognese.

Inoltre, a livello metropolitano, Città metropolitana, CTSS Metropolitana di Bologna e Terzo settore hanno siglato il 19 Dicembre 2017 il Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali; tale patto ha, come primo punto di attenzione, il contrasto delle nuove povertà.

All'interno del Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali sono stati condivisi alcuni ambiti prioritari di azione (nuove povertà, persone anziane, persone con disabilità, minori e giovani in condizione di disagio, donne che hanno subito violenza, cittadini immigrati, soggetti in esecuzione penale) che necessitano di una visione di insieme, complessiva e trasversale alle fragilità, e la dimensione del contrasto all'impoverimento rappresenta oggi il filo rosso comune.

Attraverso il Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali sono stati realizzati alcuni tra i progetti sotto elencati e potranno essere sviluppate ulteriori attività innovative, in collaborazione con la CTSS Metropolitana di Bologna.

PARTE II – Progetti metropolitani/sovra distrettuali

I progetti metropolitani si concretizzano in veri e propri servizi che, per motivi di economicità, hanno un bacino di estensione di carattere metropolitano. Il coordinamento di questi progetti può essere in capo alla Città metropolitana e all'Azienda Usl, ma può anche essere in capo ad un Comune capofila che realizza il servizio per tutto l'ambito metropolitano. In molti casi – che vengono descritti nelle schede seguenti – è il Comune di Bologna a coordinare la realizzazione di questi progetti di carattere metropolitano.

Nell'anno 2018 sono attivi i seguenti:

1. Adattamento domestico. Integrazione dei servizi e degli interventi territoriali: gestione del servizio
2. Amministratore di sostegno - "SOSTengo! Azioni di valorizzazione e di supporto in tema di Amministratore di Sostegno"
3. "Obiettivo salute" – catalogo dell'offerta educativo formativa per la promozione della salute
4. Ondate di calore
5. Servizio e-Care e progetti promossi dal volontariato tramite il bando Concorso di idee
6. Rete dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto area metropolitana
7. PRIS
8. FARO

9. Elenco fornitori qualificati per gestione servizi non accreditati disabili
10. Accoglienza di persone adulte in grave disagio sociale all'interno delle strutture di accoglienza del comune di Bologna da parte dei servizi sociali dei comuni dell'area metropolitana
11. Albo fornitori strutture minori di ambito metropolitano
12. P.I.P.P.I.
13. SPRAR
14. Ufficio tutele metropolitano

Per i progetti metropolitani/sovra distrettuali per i quali si prevede la continuità nel 2019 previa approvazione della CTSS Metropolitana, verrà realizzato un monitoraggio delle attività prima della fine dell'anno.

PARTE III – Coordinamenti tematici

I coordinamenti tematici possono nascere su mandato della CTSS Metropolitana o su impulso dei territori; in entrambi i casi, la finalità è di garantire il maggior livello possibile di omogeneità nell'implementazione dei servizi e delle procedure. Nell'anno 2018 sono attivi i seguenti:

A - promuovere equità di accesso e delle opportunità del cittadino in tutta l'area metropolitana

1. Promozione e supporto alla qualificazione dei punti di accesso
2. Azioni di supporto alla programmazione locale per l'inclusione sociale e il contrasto all'impoverimento
3. Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali nei Comuni della Città metropolitana di Bologna

B - Contrastare l'impoverimento, sostenere e promuovere l'inclusione sociale delle persone a rischio di fragilità e di povertà estrema

1. Equità nell'erogazione delle prestazioni e allargamento delle opportunità
2. Sviluppo Trasporto Pubblico Locale – Fondo Sociale Mobilità
3. Promuovere il lavoro per l'inclusione (Insieme per il lavoro, LR 14)
4. Coordinamento rete metropolitana empori solidali per il contrasto alla povertà e all'impoverimento
5. Promozione della responsabilità sociale di impresa

C - Ritornare ai giovani

1. Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza (Legge Regionale 14/2008 art.21)
2. Coordinamenti metropolitani per la prevenzione, tutela, cura dei minori
 - a. Coordinamento Integrazione socio sanitaria minori DGR 1102/2014
 - b. Coordinamento Affidato, accoglienza, adozione di minori
 - c. Coordinamento strutture per l'accoglienza minori

D - La sfida metropolitana per l'accoglienza e l'integrazione

1. Coordinamento metropolitano per il raccordo e confronto tra i diversi distretti in merito alle politiche ed ai servizi per l'intercultura e per il sostegno all'inclusione dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale
 - a. Coordinamento programmazione integrata tra Distretti e CPIA metropolitano del progetto regionale Fami Lingua
 - b. Sostegno e qualificazione della rete di soggetti del terzo settore attivi nell'insegnamento della lingua italiana ai cittadini stranieri

E - Promuovere le pari opportunità, contrastare le discriminazioni e valorizzare le capacità nelle differenze

1. Coordinamento per le pari opportunità ed il sostegno alle donne vittime di violenza di genere

F – Sostenere la persona con disabilità nel corso del ciclo di vita: la ricomposizione delle opportunità

1. Coordinamenti metropolitani per sostenere la persona con disabilità nel corso del ciclo di vita
 - a. Coordinamento Accordo di programma metropolitano per inclusione scolastica bambini e alunni con disabilità L.104

- b. Coordinamento integrazione Fondo regionale disabili con programmazione socio-sanitaria
- c. Coordinamenti Specifici: "Dopo di Noi", "Monitoraggio Linee metropolitane per garantire ai giovani con disabilità la continuità di cura (sanitaria, assistenziale, educativa)
- d. Promozione partecipazione Associazioni

G - Rilanciare le politiche di prevenzione e di promozione della salute

- 1. Sostegno alla popolazione anziana fragile. Coordinamento tavolo anziani attivi
- 2. Coordinamento metropolitano per il contrasto al gioco d'azzardo patologico

H - Integrazione socio-sanitaria

- 1. Sviluppo della rete dell'offerta a sostegno degli anziani non autosufficienti
- 2. Progetto di miglioramento della qualità dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili
- 3. Coordinamento su accreditamento strutture sociosanitarie per il funzionamento dell'OTAP – Organismo Tecnico di Ambito Provinciale

I – Azioni di sistema e relazioni con gli stakeholders

- 1. Potenziamento segreteria organizzativa, comunicazione e formazione della CTSS Metropolitana di Bologna
- 2. Potenziamento concertazione e realizzazione attività tecniche con organizzazioni sindacali e parti sociali
- 3. Sensibilizzazione e formazione al servizio civile

Titolo intervento	Equità nell'erogazione delle prestazioni e allargamento delle opportunità
Riferimento scheda regionale	22 – Misure a contrasto della povertà
Riferimento Atto di Indirizzo e Coordinamento	Contrastare l'impovertimento e promuovere l'inclusione sociale
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Metropolitano ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☒ Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	☐ Sì ☒ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☒ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Contrastare l'impovertimento, sostenere e promuovere l'inclusione sociale delle persone a rischio di fragilità e di povertà estrema
Descrizione	Azione di coordinamento rispetto alle misure nazionali e regionali recentemente introdotte, dal lato della programmazione e della gestione delle misure medesime. Raccordo con gli Uffici regionali, con gli Uffici di Piano e con i referenti degli sportelli sociali.
Destinatari	
Azioni previste	Il D. Lgs 147/2017, realizzando il Rel (Reddito di Inclusione), ha istituito il primo livello essenziale delle prestazioni, finalizzato al contrasto alla povertà. Parallelamente, la Regione Emilia Romagna ha istituito il RES (Reddito di Solidarietà), che si affianca al Rel. E' stato pertanto istituito un coordinamento di ambito metropolitano, per governare l'implementazione territoriale delle misure nazionali e regionali. Il coordinamento prevede la realizzazione di azioni mirate a conseguire omogeneità nell'utilizzo delle risorse; in prospettiva potrà individuare utilizzi innovativi e sperimentali delle risorse disponibili, per realizzare un allargamento omogeneo sul territorio metropolitano dei servizi a contrasto della povertà. Il coordinamento agisce sia in merito alla programmazione delle risorse sia in merito alla gestione delle misure, interagendo con il livello di accesso ai servizi per promuovere la maggiore diffusione possibile delle opportunità esistenti. Il coordinamento si raccorda con le altre azioni esistenti in ambito metropolitano:

	con il coordinamento delle azioni previste dalla Legge Regionale n.14/2015 e con le azioni a contrasto della povertà e del disagio sociale realizzate (empori solidali, Responsabilità sociale di Impresa, ...). Il coordinamento inoltre si raccorda con la tecnostruttura regionale, sia al livello della programmazione degli interventi che al livello di gestione dei medesimi.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Responsabili di servizio area povertà, Uffici di Piano
Referenti dell'intervento	Francesco Bertoni, Maria Chiara Patuelli, Silvia Cestarollo, Alessandra Apollonio
Risorse non finanziarie	Le attività vengono in parte svolte nell'ambito degli accordi attuativi della convenzione quadro tra CM e Unioni/Comuni – progetti di collaborazione ed integrazione, e pertanto in alcuni casi coinvolgono i referenti degli Uffici di Piano

Titolo intervento	Promuovere il lavoro per l'inclusione (LR 14 /2015, Insieme per il lavoro).
Riferimento scheda regionale	23 – Avvicinamento al lavoro per persone fragili e vulnerabili
Riferimento Atto di Indirizzo e Coordinamento	Contrastare l'impovertimento e promuovere l'inclusione sociale
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Metropolitano ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☒ Altro
Specifica soggetto capofila	Città metropolitana, Comune di Bologna, Unione RenoGalliera
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, parag 3.1 Contrastare l'impovertimento e promuovere l'inclusione sociale. L'integrazione e omogeneità delle misure contrasto della povertà-Azioni innovative per il contrasto all'impovertimento.
Descrizione	Coordinamento metropolitano di tutti i referenti distrettuali per l'attuazione L.14/2015 e la integrazione con il progetto "Insieme per il lavoro".
Destinatari	Operatori e referenti di tutti i 7 Distretti dei Servizi Sociali e Sanitari.
Azioni previste	Il coordinamento è finalizzato ad attivare il confronto tra Distretti e Aziende Sanitarie per integrare e armonizzare le azioni di ciascuno nell'ambito delle procedure e risorse previste dalla Legge Regionale 14/2015, promuovere e facilitare la integrazione con i Centri per l'impiego e la relazione con gli Enti Gestori, monitorare l'andamento della legge a livello metropolitano. Opera inoltre come punto di riferimento di area sociale per il Progetto Insieme per il lavoro, collaborando alla individuazione di procedure e strumenti che ne facilitino la integrazione con le specificità distrettuali e con le opportunità previste dalla Legge 14/2015.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le attività del coordinamento sono molto integrate con i servizi per le politiche attive del lavoro – Centri per l'impiego – Agenzia Regionale Lavoro, ed Enti di Formazione accreditati. Per il progetto Insieme per il lavoro si opera in integrazione con i promotori del progetto stesso (Città metropolitana, Comune di Bologna, Curia). Le attività sono inoltre integrate con i coordinamenti relativi agli strumenti (RES, Rel) a contrasto della povertà e con l'Albo delle imprese inclusive della Città Metropolitana.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari, e degli Enti locali, Centri per l'Impiego, Enti di formazione gestori delle attività,
Referenti dell'intervento	Tiziana Di Celmo, Città metropolitana – Struttura Tecnica Metropolitana Emma Collina – Comune di Bologna Maria Chiara Patuelli – Unione Reno Galliera
Risorse non finanziarie	La Città metropolitana assicura la risorsa di personale per il coordinamento generale in collaborazione con Il Comune di Bologna e Unione Reno Galliera (attraverso Accordo Città metropolitana – Unione Reno Galliera)

Titolo intervento	Coordinamento rete metropolitana empori solidali per il contrasto alla povertà e all' impoverimento
Riferimento scheda regionale	22 – Misure a contrasto della povertà
Riferimento Atto di Indirizzo e Coordinamento	Contrastare l'impoverimento e promuovere l'inclusione sociale
Ambito territoriale	Distrettuale Sub distrettuale ☒ Metropolitano Aziendale
Soggetto capofila	Comune Unione dei comuni AUSL ASP ☒ Altro
Specifica soggetto capofila	Centro Servizi per il Volontariato della Città metropolitana di Bologna e Città metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì ☒ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> Sì ☒ No
Aree	A Domiciliarità e prossimità B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☒ C Promozione autonomia D Partecipazione e responsabilizzazione E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Contrastare l'impoverimento, sostenere e promuovere l'inclusione sociale delle persone a rischio di fragilità e di povertà estrema
Descrizione	A livello metropolitano, Città metropolitana, CTSSM e Terzo settore hanno siglato il 19 Dicembre 2017 il Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali; tale patto ha, come primo punto di attenzione, il contrasto delle nuove povertà. All'interno del Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali sono stati condivisi alcuni ambiti prioritari di azione: <u>nuove povertà</u>, persone anziane, persone con disabilità, minori e giovani in condizione di disagio, donne che hanno subito violenza, cittadini immigrati, soggetti in esecuzione penale. Per la piena e concreta realizzazione delle azioni previste, si sono costituiti (e si costituiranno) per le singole aree di intervento, tavoli tematici composti da rappresentanti del Terzo settore e della pubblica amministrazione Il tavolo rete metropolitana empori solidali per il contrasto alla povertà ed impoverimento è uno dei tavoli già costituiti a Gennaio 2018, a seguito della firma del Patto. Le attività vengono realizzate in raccordo con i coordinamenti esistenti in ambito metropolitano. Attraverso il coordinamento con l'Ufficio di Supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna si realizza la sinergia con gli Uffici di Piano e la diffusione delle iniziative.
Destinatari	- Enti locali - Associazioni - Cittadini e Volontari - Scuole
Azioni previste	1. Attivazione di un gruppo whatsapp sulle eccedenze in modo che tutti sappiano dove sono le eccedenze e ci si possa organizzare per andarle a recuperare e per condividere mezzi di trasporto 2. Realizzazione di una piattaforma online (http://volabo.spaziofad.org/) Le vie

	metropolitane degli empori) suddivisa in 3 aree: documentazione, verbali e forum. L'area forum è suddivisa a sua volta in: 1) raccolta cibo (per strutturare i punti di raccolta dal punto di vista metropolitano; mettere in condivisione il calendario delle raccolte; sapere preventivamente se ci sono volontari in esubero in modo da chiedere la loro disponibilità per coprire punti di raccolta eventualmente scoperti); 2) gruppo wapp; 3) giornata del 17 Ottobre 2018, festival empori solidali; 4) Legge Gadda; 5) parlando di aziende inclusive (In merito al rapporto con le Aziende, è emersa nel tavolo rete metropolitana empori solidali la possibilità di valutare forme di ritorno per le Aziende che collaborano con gli empori per quanto riguarda le eccedenze in un'ottica di responsabilità sociale di impresa e di territorio. Una forma di ritorno potrebbe essere l'iscrizione all'Albo delle Aziende Inclusive e il rilascio del logo); 6) come si può presentare all'esterno il tavolo rete metropolitana empori solidali? 3. Realizzazione e costruzione di materiale promozionale che racconti: 1) che cos'è il tavolo rete metropolitana empori solidali; 2) che cosa fa: linee di azioni (10 punti, per esempio). Questo permetterebbe al tavolo di darsi visibilità, avere una cassa di risonanza che possa generare un ritorno dal punto di vista del marketing e proporsi in modo più strutturato anche nei confronti delle aziende (che per esempio potrebbero aderire totalmente ai punti o sceglierne solo alcuni). 4. Organizzazione di una campagna di comunicazione a livello metropolitano per: 1) diffusione di informazione rispetto agli empori (cosa sono, cosa fanno, come funzionano) per dare visibilità ed avere una cassa di risonanza che possa generare un ritorno dal punto di vista del marketing; 2) sensibilizzazione dei cittadini perché diventino volontari (call di volontari) 5. Approfondimento per quanto riguarda la scuola e l'alternanza scuola /lavoro per la costruzione di un progetto specifico nell'ottica di coinvolgere le scuole, in una progettualità coordinata e concordata, nella trasformazione delle eccedenze. Alcuni istituti scolastici (alberghiero o agrario) hanno dei laboratori di trasformazione all'interno della scuola. Sarà verificata la possibilità di una collaborazione per capire se vi è l'interesse a condurre una sperimentazione per la trasformazione delle eccedenze in prodotti alimentari che poi possono tornare negli scaffali degli empori con il marchio "emporio". Questa azione permetterebbe il coinvolgimento di più mondi (sociale, scolastico) e avrebbe un risvolto pedagogico/educativo per i ragazzi coinvolti 6. Coinvolgimento Azienda Asl, Servizio Igiene Pubblica (dssa Guberti) per la realizzazione di una formazione ad hoc su tematiche quali modalità di trasformazione delle eccedenze, durata e scadenza dei prodotti (legge Gadda) 7. Organizzazione della giornata empori solidali (17 Ottobre 2018)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi e politiche di contrasto all'impoverimento
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	1. Città Metropolitana Area Sviluppo Sociale 2. VOLABO Centro Servizi per il Volontariato della città metropolitana 3. Istituzione Minguzzi 4. Associazioni e rappresentanti degli empori (Beverara 129 Bologna, Coordinamento Volontariato Lame, Emporio Reno Lavino Samoggia, Emporio il Granaio Minerbio, Pane e solidarietà, Associazione No Sprechi Imola, Empori Solidali Emilia Romagna) 5. Rappresentanti EELL (Comune Bologna Case Zanardi, Comune San Lazzaro, Comune Casalecchio, Comune Minerbio)
Referenti dell'intervento	Cinzia Migani, Volabo Centro Servizi per il Volontariato della Città metropolitana di Bologna Serena Cavallini, Città metropolitana di Bologna
Risorse non finanziarie	Raccordo con Ufficio di Supporto e CTSS Metropolitana di Bologna: Francesco Bertoni – Struttura Tecnica Metropolitana

Titolo intervento	Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza
Riferimento scheda regionale	17 – Progetto adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Metropolitano ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☒ Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna - Ufficio di Supporto
In continuità con la programmazione precedente	☐ Sì ☒ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	L.R. 14/2008, art 21 c.1 Ogni conferenza territoriale sociale e sanitaria attiva, quale proprio organo consultivo, un coordinamento tecnico per l'infanzia e l'adolescenza, che svolge un ruolo di raccordo e confronto tra i diversi distretti, in merito alle politiche per l'infanzia e l'adolescenza, in coerenza con il piano sociale e sanitario regionale. L.R. 14/2008, art 24 c.2 La Regione riconosce nel coordinamento di cui all'articolo 21 l'ambito di raccordo del sistema di protezione dei bambini e degli adolescenti vittime o a rischio di violenze, maltrattamenti e trascuratezza. PSSR Scheda 17 Progetto adolescenza. Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, par. Ritornare ai giovani La CTSSM dunque si pone, e pone a tutti i distretti, l'obiettivo di ricomporre il quadro delle opportunità e dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, attraverso il Coordinamento tecnico metropolitano e i Coordinamenti distrettuali. Poiché il tema del benessere di bambini e adolescenti è trasversale, si richiamano anche in particolare: Scheda 15 "Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita"; Scheda 16 "Sostegno alla genitorialità"; Scheda. 37 "Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti, e neomaggiorenni con bisogni sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela".
Descrizione	Il Gruppo sarà nominato entro il 2018 da CTSSM con composizione secondo la LR 14/2008 art.21, c. 2 Nella composizione del coordinamento è garantita la

	<i>rappresentanza dei diversi territori distrettuali, con la presenza di esperti in ambito sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale. È, inoltre, promosso l'apporto delle amministrazioni dello Stato competenti in materia di sicurezza e giustizia.</i>
Destinatari	Operatori e referenti dei Servizi Sociali e Sanitari coinvolti, degli Enti Locali, Docenti e Dirigenti della Scuola e della Formazione, Terzo settore
Azioni previste	Il coordinamento ha l'obiettivo di sostenere a livello distrettuale e metropolitano la ricomposizione/integrazione dei servizi e delle opportunità per l'infanzia e adolescenza (socioeducativi, cura e prevenzione, scuola tempo libero); ha il compito di raccordare le diverse programmazioni distrettuali nell'area infanzia e adolescenza, curando la armonizzazione delle azioni e attività (sociali, sanitarie, scolastiche, educative) per la prevenzione, la cura e il benessere dei bambini e degli adolescenti e l'equità a livello metropolitano nell'offerta di servizi. Monitora e stimola l'attuazione di specifiche linee, indirizzi e programmi regionali destinati ad essi. Valorizza i Piani della Prevenzione delle Asl e per la Educazione alla salute e stili di vita sani in riferimento ai bambini, adolescenti e giovani. Facilita il rapporto con le Autonomie scolastiche ed i Centri di Formazione. Promuove la necessaria integrazione interistituzionale tra Servizi Sociali e Sanitari, Autonomie scolastiche, Ufficio Scolastico regionale/territoriale, Amministrazioni dello Stato, e la collaborazione con il terzo settore. Attiva collaborazioni con la Università e Istituzioni pubbliche con finalità di ricerca e documentazione sui temi del benessere dei bambini, adolescenti e giovani. Promuove accordi interistituzionali e con il terzo settore per condividere interventi specifici di promozione del benessere per bambini /adolescenti e per rendere più efficace la relazione tra Scuole e servizi. Si raccorda con i coordinamenti distrettuali, metropolitani e sovra distrettuali del sistema di protezione, accoglienza e tutela dei bambini e degli adolescenti, che promuovono azioni di sostegno alla genitorialità e di prevenzione delle condizioni di trascuratezza/negligenza nei bambini e azioni integrate rivolte ai minori con bisogni socio sanitari complessi e/o vittime o a rischio di violenze, maltrattamenti. Propone percorsi di approfondimento, attiva gruppi di lavoro metropolitani, percorsi di formazione integrati su tematiche specifiche (contrasto alla povertà educativa, promozione di sani stili di vita, disagio nella fascia adolescenziale). Promuove l'accesso a fondi dedicati di livello nazionale ed europeo. Elabora i dati a disposizione.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Il Coordinamento opera per integrare la programmazione sociale e sanitaria a favore di bambini e adolescenti con le politiche scolastiche e formative che hanno medesimo obiettivo: in particolare promuove presso le scuole i Piani di Prevenzione Asl che hanno a riferimento la dimensione scolastica, opera per connettere le programmazioni socio sanitarie quelle scolastiche nell'ambito della prevenzione e contrasto alla povertà educativa, del supporto alla genitorialità e ai punti di ascolto nelle scuole, nella prevenzione di comportamenti a rischio. Cura la relazione tra Distretti per l'Istruzione e Distretti Socio sanitari, con gli Uffici scolastici territoriale e Regionale. Analogamente opera per Integrare le competenze e risorse delle Amministrazioni dello Stato impegnate a contrastare e prevenire comportamenti a rischio e forme di violenza.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari, degli Enti locali; Rappresentanza del Terzo settore, Ufficio scolastico territoriale e Autonomie scolastiche; Enti di Formazione; Università
Referenti dell'intervento	Laura Venturi – Responsabile Ufficio di Supporto della CTSS Metropolitana di Bologna Tiziana Di Celmo, Claudia Ceccarelli – Città metropolitana, Struttura Tecnica Metropolitana

Risorse non finanziarie	La Città metropolitana, anche attraverso l'accordo con la Unione Reno Galliera, assicura la risorsa di personale per il coordinamento generale; le altre risorse di personale per il coordinamento e la partecipazione ai diversi gruppi di lavoro sono assicurate dai diversi soggetti coinvolti.

Titolo intervento	Coordinamenti metropolitani per la prevenzione, tutela, cura dei minori 1) Coordinamento Integrazione socio sanitaria minori DGR 1102/2014 2) Coordinamento Affidato, accoglienza, adozione di minori 3) Coordinamento strutture per l'accoglienza minori
Riferimento scheda regionale	37 – Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti, e neomaggiorenni con bisogni sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
Riferimento Atto di Indirizzo e Coordinamento	Ritornare ai giovani
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Metropolitano ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☒ AUSL ☐ ASP ☒ Altro
Specifica soggetto capofila	1) Coordinamento Integrazione socio sanitaria minori DGR 1102/2014: AUSL BO/DASS 2) Coordinamento Affidato, accoglienza, adozione di minori: AUSL BO/DASS 3) Coordinamento metropolitano strutture per l'accoglienza minori: Città metropolitana /Accordo Cm – Unione Reno Galliera
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi
Razionale/Motivazione	Poiché il tema del benessere di bambini e adolescenti è trasversale, si richiamano anche in particolare: <i>Scheda 15 "Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita; Scheda 16 "Sostegno alla genitorialità"; Scheda 17 "Progetto Adolescenza"</i> Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, parag. Ritornare ai giovani La tutela dei minori in difficoltà Il crescente disagio di bambini e ragazzi, che presentano problematiche sociali e socio-sanitarie sempre più complesse, necessita di qualificare e consolidare sempre più, gli strumenti, le modalità di lavoro e le azioni di rete tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema di accoglienza (servizi sociali, sanitari, educativi e privato sociale) mettendo a punto percorsi specifici ed integrati per la valutazione e la presa in carico del minore e della sua famiglia. Al fine di potenziare le politiche e gli strumenti a supporto e a sostegno della

	<i>genitorialità e alla qualificazione del sistema di accoglienza, di protezione, cura e tutela dei minori, la CTSSM, attraverso il Coordinamento tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza, attiva le sinergie con i diversi coordinamenti attivi a livello metropolitano, volti a definire modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi e sanitari², a prevenire l'allontanamento dei minori dalla loro famiglia di origine attraverso l'implementazione del modello di intervento P.I.P.P.I.³, a qualificare il sistema dell'accoglienza fuori dalla famiglia e dell'adozione di minori. Appare inoltre opportuno ri-attivare il tavolo metropolitano sull'accoglienza in comunità per minori, come spazio ottimale di confronto e programmazione tra i territori e gli enti gestori del sistema dell'accoglienza, e promuovere l'attivazione di equipe integrate di secondo livello in materia di tutela, affidamento familiare, accoglienza in comunità e adozione, per la programmazione e la realizzazione dei percorsi di informazione e valutazione con le famiglie interessate.</i>
Descrizione	I coordinamenti 1 e 2 sono attivi, il coordinamento 3 sarà attivato entro il 2018: sono coordinamenti di area metropolitana, con rappresentanze di tutti i distretti (e con i referenti delle Comunità nel coordinamento specifico); sono finalizzati alla individuazione di percorsi, soluzioni, strumenti in grado di assicurare servizi qualificati ed omogenei su tutto il territorio metropolitano. 1) Coordinamento Integrazione socio sanitaria minori DGR1102: Composto da operatori che si occupano di tutela minori, di area sociale e sanitaria dei 7 distretti e dalla referente del Centro contro l'abuso ed il maltrattamento il Faro. 2) Coordinamento Affidato, accoglienza, adozione di minori: Composto da operatori sociali e sanitari dell'equipe affidato, adozione, accoglienza, dei 7 distretti 3) Coordinamento metropolitano strutture per l'accoglienza minori: Composto da operatori sociali e sanitari dell'equipe affidato, adozione, accoglienza, dei 7 distretti e gli Enti gestori del territorio
Destinatari	Operatori e referenti dei Servizi Sociali e Sanitari coinvolti, Equipe affidato distrettuali, Enti gestori comunità
Azioni previste	1) Coordinamento Integrazione socio sanitaria minori DGR 1102/2014: AUSL BO/DASS Finalità: condividere e definire le modalità di valutazione e presa in carico, compartecipazione dei minori con bisogni socio sanitari complessi, le modalità di relazione con il Centro Specialistico dell'equipe di II° livello "Faro" e con il Programma P.I.P.P.I. 2) Coordinamento Affidato, accoglienza, adozione di minori: AUSL BO/DASS Sostenere e qualificare i percorsi di affidato e adozione, programmazione dei corsi per persone interessata all'affidato e all'adozione, la raccolta ed elaborazione del fabbisogno e dei dati. 3) Coordinamento metropolitano strutture per l'accoglienza minori: Cm Qualificazione percorsi di accoglienza attraverso confronto tra operatori ed Enti gestori del sistema dell'accoglienza su tematiche specifiche e attraverso formazione e aggiornamento integrate.

² Ai sensi della DGR n. 1102/2014.

³ P.I.P.P.I., Programma di interventi per la prevenzione dell'istituzionalizzazione

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	I coordinamenti si raccordano con il Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza (art. 21 L. 14/2008), anche per agevolare la relazione con la Scuola, la Formazione e gli Enti locali gestori di servizi e scuole dell'infanzia
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari, degli Enti locali; Rappresentanza del Terzo settore
Referenti dell'intervento	Monica Minelli – AUSL BO/DASS Claudia Ceccarelli – Città metropolitana, Struttura Tecnica Metropolitana
Risorse non finanziarie	Città metropolitana e Unione Reno Galliera, attraverso un accordo specifico, assicurano le risorse professionali per il supporto ai coordinamenti n.1 e n.2, e per realizzare direttamente il coordinamento n.3

Titolo intervento	Coordinamento metropolitano per il raccordo e confronto tra i diversi distretti in merito alle politiche ed ai servizi per l'intercultura e per il sostegno all'inclusione dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale - Coordinamento programmazione integrata tra Distretti e CPIA metropolitano del progetto regionale FAMI Lingua; - Sostegno e la qualificazione della rete di soggetti del terzo settore attivi nell'insegnamento della lingua italiana ai cittadini stranieri.
Riferimento scheda regionale	L'approccio trasversale che caratterizza il Nuovo Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna implica che tutte le azioni siano rivolte alla cittadinanza nel suo complesso, compresa dunque la cittadinanza straniera si segnalano quindi solo <i>Scheda 12 – Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate; Scheda 14 – Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità</i>
Riferimento Atto di Indirizzo e Coordinamento	La sfida metropolitana per l'accoglienza e l'integrazione
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Metropolitano ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☒ Altro
Specifica soggetto capofila	Città metropolitana, Comune di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	☐ Sì ☒ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, paragrafo 3.3 La sfida metropolitana per l'accoglienza e l'integrazione ⁴ <i>"la CTSSM si propone... attraverso l'Ufficio di Supporto, di sviluppare la riflessione ed il confronto su alcune questioni cruciali che il fenomeno migratorio pone al sistema dei servizi territoriali..."</i>
Descrizione	Coordinamento metropolitano tra i referenti dei 7 Distretti attivi sui temi della inclusione dei cittadini migranti; allargato ai Centri per la Istruzione degli adulti, Prefettura, Ufficio scolastico, e/o Associazioni in merito alla programmazione dei corsi di Italiano L2, ai gestori locali dei progetti FAMI regionali, ai referenti dei servizi territoriali coinvolti, alle organizzazioni che compongono la rete bolognese antidiscriminazioni

Destinatari	Operatori e referenti di tutti i 7 Distretti dei Servizi Sociali, Sanitari e socio-sanitari, Centri per l'Impiego, gestori dei progetti FAMI regionali, referenti EELL, organismi coinvolti nella rete metropolitana antidiscriminazione, organismi del terzo settore attivi nel campo delle migrazioni. Sui temi della lingua: Referenti EE.LL. dei Distretti Istruzione, Centro Provinciale per l'istruzione degli adulti (CPIA) metropolitano, CD/LEI Centro Riesco Comune di Bologna, Ufficio scolastico, Coordinamento Scuole di Lingua, Prefettura
Azioni previste	Il coordinamento è finalizzato ad attivare il confronto tra Distretti per integrare e armonizzare i servizi specialistici destinati alla cittadinanza straniera, promuovere l'integrazione fra i punti di accesso al sistema dei servizi territoriali, anche raccogliendo e valorizzando le esperienze ora attive a livello distrettuale e/o comunale; promuovere a tutti i livelli il diritto di cittadinanza, la formazione degli operatori e la sensibilizzazione dei cittadini sui temi dell'intercultura e del contrasto alle discriminazioni; supportare il sistema Sprar nelle opportunità e pratiche per la inclusione dei richiedenti P.I.; promuovere attività di inclusione per i MSNA; promuovere e sostenere le opportunità di apprendimento della Lingua italiana in maniera omogenea sul territorio metropolitano facilitando la programmazione integrata tra CPIA e Distretti delle risorse nazionali/regionali FAMI, e al contempo la promozione, qualificazione ed il raccordo con il sistema dell'istruzione delle molteplici realtà dell'Associazionismo impegnate nell'insegnamento della lingua italiana; coordinare a livello metropolitano le programmazioni regionali FAMI. Si articola in sottogruppi specifici, in relazioni alle specificità dei temi, in particolare per la programmazione dei corsi di Lingua Italiano L2 da Progetto Regionale FAMI e nel rapporto con l'Associazionismo/Terzo settore, e per la gestione coordinata delle progettazioni FAMI regionali.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le attività del coordinamento sono fortemente integrate con gli interventi del sistema dei servizi territoriali, con le attività e progetti del sistema Sprar metropolitano, con le politiche dell'Istruzione degli adulti, di programmazione dell'offerta di istruzione, di promozione e sostegno all'associazionismo impegnato nella integrazione dei migranti anche attraverso l'insegnamento della lingua,—con azioni di sensibilizzazione e promozione delle tematiche interculturali e azioni del nodo bolognese antidiscriminazioni.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari Socio-sanitari e degli Enti locali; Associazioni, Centri per l'Istruzione degli adulti, Ufficio scolastico territoriale, Centri per l'Impiego, Parti sociali
REFERENTE	Tiziana Di Celmo, Gabriella Ghermandi – Città metropolitana, Struttura Tecnica Metropolitana; Rita Paradisi – Comune di Bologna
Risorse non finanziarie	La Città metropolitana e il Comune di Bologna assicurano le risorse di personale per il coordinamento generale e i coordinamenti specifici.

Titolo intervento	Coordinamento per le pari opportunità ed il sostegno alle donne vittime di violenza di genere
Riferimento scheda regionale	Schede n. 9-14-25
Riferimento Atto di Indirizzo e Coordinamento	
Ambito territoriale	Distrettuale Sub distrettuale ☒ Metropolitano Aziendale
Soggetto capofila	Comune Unione dei comuni AUSL ASP ☒ Altro
Specifica soggetto capofila	Città metropolitana/CTSSM
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute C Promozione autonomia D Partecipazione e responsabilizzazione E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Promuovere le pari opportunità, contrastare le discriminazioni e valorizzare le capacità nelle differenze
Descrizione	Il Coordinamento metropolitano è composto dai referenti alle pari opportunità, dei servizi sociali e sanitari, delle associazioni che si occupano di contrasto alla violenza, di educazione al genere e di promozione delle pari opportunità.
Destinatari	La attività del coordinamento hanno ricadute su donne vittime di violenza, e minori coinvolti, operatori dei servizi socio-sanitari, prefettura, magistratura, FFOO, referenti centri antiviolenza, referenti delle associazioni
Azioni previste	Monitoraggio e rafforzamento dell'Accordo metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di ospitalità e accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza (Casa delle Donne, Trama di terre, UDI, Sos Donna, Mondo Donna con lo sportello CHIAMA chiAMA, PerLeDonne). L'Accordo ha definito il sistema di accoglienza ed ospitalità per donne che hanno subito violenza, individuando tre livelli di ospitalità in ambito metropolitano, in collaborazione con le associazioni.

	• attuazione del Protocollo di intesa per il miglioramento della protezione delle donne che hanno subito violenza nell'ambito di relazioni di intimità, di durata triennale, promosso dal Comune di Bologna e siglato il 25 novembre 2017 dalla Città metropolitana, che si è impegnata a collaborare con gli altri soggetti coinvolti (Prefettura insieme alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bologna e presso il Tribunale dei minori, la Questura di Bologna, il Comando provinciale dei Carabinieri di Bologna, l'ASP Città di Bologna, l'Azienda USL di Bologna, Casa delle donne, Udi, Mondo donna ed SOS Donna), nella costruzione di procedure e nel garantire la massima sinergia per il potenziamento del lavoro di rete a livello metropolitano. • potenziamento della rete e della collaborazione tra le istituzioni e le associazioni, per promuovere azioni di prevenzione, comunicazione e formazione, rivolte al mondo della scuola e alla cittadinanza in generale e azioni di sostegno ed accompagnamento rivolte alle donne vittime di violenza. • coordinamento e la realizzazione di azioni promosse all'interno dei progetti presentati nell'ambito di bandi regionali, volte a sostenere le donne vittime di violenza nell'avvio dell'autonomia abitativa e nel potenziamento della rete esistente tra i soggetti pubblici e le associazioni che si occupano delle tematiche delle pari opportunità e del contrasto alla violenza. • sviluppo di azioni innovative volte al coinvolgimento delle Aziende del territorio "gender sensitive" in politiche di conciliazione per uomini e donne e di sviluppo quali-quantitativo del lavoro femminile. • attenzione alla salute in un'ottica di genere • raccordo delle azioni promosse nei confronti degli uomini maltrattanti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Città metropolitana di Bologna, Comuni, Ausl di Bologna e Imola, Asp Circondario Imolese, Asc Insieme, Asp Seneca, Az. Ospedaliera S. Orsola Malpighi, terzo settore, scuole, FFOO
Referenti dell'intervento	Laura Venturi , Claudia Ceccarelli , Stefania Baldi
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>

Titolo intervento	Coordinamenti metropolitani per sostenere la persona con disabilità nel corso del ciclo di vita 1) Coordinamento Accordo di programma metropolitano per inclusione scolastica bambini e alunni con disabilità L.104 2) Coordinamento integrazione Fondo regionale disabili regionale con programmazione socio-sanitaria 3) Coordinamenti Specifici: 4) Promozione partecipazione Associazioni
Riferimento scheda regionale	Scheda 6 – “Progetto di vita, vita indipendente e dopo di noi, Maggiore sviluppo dei servizi di prossimità per le persone con disabilità”; scheda 14 – “Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali, di abilità”
Riferimento Atto di Indirizzo e Coordinamento	Sostenere la persona con disabilità nel corso del ciclo di vita: la ricomposizione delle opportunità
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Metropolitano ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☒ Altro
Specifica soggetto capofila	1) Coordinamento Accordo di programma metropolitano L.104: Cm 2) Coordinamento integrazione Fondo regionale disabili con programmazione socio-sanitaria (Cm, Comune Bo, Unione Reno Galliera) 3) Coordinamenti Specifici: nel 2018 attivo per DGR 1559/2017 “Dopo di Noi”; previsto monitoraggio delle “ <i>Linee metropolitane per garantire ai giovani con disabilità la continuità di cura (sanitaria, assistenziale, educativa)</i> ” Cm 4) Promozione partecipazione Associazioni Cm
In continuità con la programmazione precedente	☐ Sì ☒ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☒ C Promozione autonomia ☒ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, parag. 3.5 Sostenere la persona con disabilità nel corso del ciclo di vita: la ricomposizione delle opportunità <i>L'area metropolitana è certamente ricca di sensibilità e attenzione concreta ai diritti delle persone con disabilità. Occorre però proseguire lo sforzo di ricomposizione delle opportunità, per mettere al centro la persona con disabilità ed il suo punto di vista, nelle sue diverse stagioni di vita.</i> <i>..diversi e molteplici sono i servizi e le opportunità per una inclusione piena delle persone con disabilità, ma spesso, per la persona e la famiglia, è difficile comprenderne le connessioni e viverle in modo continuativo. Incidono in questa frammentazione le diverse forme organizzative dei servizi per le disabilità a livello distrettuale e aziendale, ma anche la presenza di soggetti istituzionali (centrali in alcune fasi della vita) non riconducibili ai tradizionali attori della programmazione socio sanitaria (le Istituzioni scolastiche, i servizi per il lavoro) e le attività molteplici dell'associazionismo e del terzo settore.</i> <i>La CTSSM pone l'obiettivo di ricomporre a livello metropolitano e distrettuale il quadro delle opportunità e dei servizi, avendo a riferimento la persona e l'intero suo percorso di vita.</i>
Descrizione	Per le finalità su espresse e per rispondere a norme per l'inclusione scolastica (L.104), si attivano specifici coordinamenti metropolitani che hanno al centro il diritto all'istruzione, l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie con le politiche attive del lavoro, le risorse distrettuali per la mobilità casa lavoro, la attuazione/monitoraggio di programmi regionali (ad esempio, Dopo di noi) e di atti della CTSS (<i>Linee metropolitane per garantire ai giovani con disabilità la continuità di cura - sanitaria, assistenziale, educativa</i>), la promozione della partecipazione delle persone e delle famiglie.
Destinatari	Operatori e referenti di tutti i 7 Distretti dei Servizi Sociali e Sanitari coinvolti, e/o Dei Distretti Istruzione (per Accordo di Programma L.104: Enti Locali, Autonomie scolastiche, Rappresentanti delle Associazioni , NPIA Ausl Bologna e Ausl Imola)
Azioni previste	1)Coordinamento Accordo di programma metropolitano L.104 : Organismo previsto all'art 5 del vigente Adp per il monitoraggio dell'Accordo di Programma metropolitano per l'inclusione scolastica dei bambini alunni con disabilità, la modifica del testo conseguente a innovazioni normative, elaborazione diffusione dati (previsti approfondimenti sulla spesa comunale) In tale ambito la Città metropolitana(attraverso l'Accordo attuativo tra Cm e Unione Reno Galliera) supporta inoltre la predisposizione dell'Accordo Distrettuale L. 104 del Distretto Pianura Est 2)Coordinamento integrazione Fondo regionale disabili regionali con programmazione socio-sanitaria Il coordinamento opera come luogo di confronto , condivisione, proposta di procedure omogenee per l'utilizzo del Fondo Regionale Disabili in merito a: a) programmazione condivisa con Centro per l'Impiego Bologna-Uff Collocamento mirato di progetti di politiche attive di lavoro per persone disabili in carico ai Servizi e Integrazione con procedure Legge Regionale 14 /2015 b) Bandi distrettuali per sostenere la mobilità casa lavoro di persone con disabilità. 3) Coordinamenti Specifici Possono attivarsi su richiesta dei componenti dell'Uds su ulteriori specifici temi connessi alla programmazione socio sanitaria. Nel 2018 è attivo un coordinamento metropolitano, composto da tutti i referenti dei distretti, per supportare la CTSSM nella attuazione della DGR1559/2017 <i>Interventi strutturali previsti dal Fondo Dopo di Noi</i> . In programmazione un coordinamento per il monitoraggio delle <i>Linee metropolitane per garantire ai giovani con disabilità la continuità di cura (sanitaria, assistenziale, educativa)</i> in coerenza con l'Atto di Indirizzo della CTSSM

	4) Promozione partecipazione Associazioni Percorso di approfondimento (con i referenti dei diversi organismi di consultazione sui temi della anche della disabilità a livello aziendale e comunali : CCM, Consulte Comunali, Cufo Asl Bologna..) – per verificare la possibilità di istituire un luogo a livello di CTSSM di confronto /consultazione con le Associazioni.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le attività sono fortemente integrate con le politiche scolastiche e formative e con le politiche attive del lavoro
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari, degli Enti locali; Associazioni, , Ufficio scolastico territoriale e Autonomie scolastiche; Enti di Formazione;Università
Referenti dell'intervento	T.DiCelmo. A. Apollonio Cm- Struttura Tecnica Metropolitana
Risorse non finanziarie	La Città metropolitana assicura la risorsa di personale per il coordinamento generale e attraverso Accordo Cm – Unione Reno Galliera supporta l'Accordo Distrettuale L.104 . Pianura Est

CTSS METROPOLITANA DI BOLOGNA

PROFILO DI COMUNITA' DELLA CITTA' METROPOLITANA DI BOLOGNA

CITTA' METROPOLITANA DI BOLOGNA
AZIENDA USL DI BOLOGNA
AZIENDA USL DI IMOLA

Redazione e coordinamento del profilo di Comunità a cura di Francesco Bertoni e Alessandra Apollonio – Città metropolitana di Bologna

Capitoli 1, 2, 3 a cura di Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Claudia Altieri – Città metropolitana di Bologna

Capitoli 4, 5 a cura di Paolo Pandolfi, Natalina Collina, Paolo Marzaroli, Vincenza Perlangeli – Azienda Usl di Bologna

Capitoli 6, 8 a cura di Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio – Città metropolitana di Bologna

Capitoli 7, 9 a cura di Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Tiziana Di Celmo – Città metropolitana di Bologna

Capitolo 10 a cura di Claudia Ceccarelli, Alessandra Apollonio – Città metropolitana di Bologna

Si ringraziano per la disponibilità:

Monica Minelli, Michele Baccarini, Alice Scagliarini, Carlotta Gentili, Licia Bruno – Azienda Usl di Bologna

Marisa Lucon – Città metropolitana di Bologna

Gianni Sgaragli – Comune di Bologna

Si ringraziano infine gli Uffici di Piano per la collaborazione alla realizzazione del presente documento.

SOMMARIO

1. PROFILO SOCIO-DEMOGRAFICO	5
1.1 DINAMICA E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE	5
1.2 LA POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETÀ	7
1.3 LA POPOLAZIONE STRANIERA.....	9
1.4 TASSI E SALDI DEMOGRAFICI	12
1.5 INDICI DEMOGRAFICI	13
2. PROFILO SOCIO-ECONOMICO	15
2.1 I REDDITI.....	15
2.2 LE IMPRESE	15
2.3 IL MERCATO DEL LAVORO	17
2.4 IL TERZO SETTORE	20
3. LE FAMIGLIE	24
3.1 LE FAMIGLIE ANAGRAFICHE RESIDENTI	24
3.2 LA COMPOSIZIONE FAMILIARE	25
3.3 I MATRIMONI	27
4. LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE.....	28
4.1 ASPETTATIVA DI VITA.....	28
4.2 ANALISI DELLA MORTALITÀ.....	28
4.2.1 MORTALITÀ GENERALE.....	28
4.2.2 MORTALITÀ PER TUMORI	29
4.2.3 MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA CARDIO CIRCOLATORIO	30
4.2.4 ANNI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI	31
4.3 STILI DI VITA	31
4.4 OSPEDALIZZAZIONE.....	32
4.5 OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICA.....	34
4.5.1 LE CAUSE DELL'OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICA.....	34
4.6 PRONTO SOCCORSO	36
4.7 INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA	38
5. LA PREVENZIONE	40
5.1 SCREENING	40
5.2 COPERTURE VACCINALI.....	43
5.2.1 COPERTURE VACCINALI NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA	43
5.2.2 COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA	45
5.3 CONSULTORI FAMILIARI	45
5.3.1 UTENTI.....	45
5.3.2 UTENTI PER AREA DI ATTIVITA' E PER CITTADINANZA.....	47
5.4.1 INFORTUNI SUL LAVORO	49
5.4.2 MALATTIE PROFESSIONALI	52
6. L'ATTIVITÀ DEGLI SPORTELLI SOCIALI	55
7. BAMBINI, RAGAZZI E FAMIGLIE.....	61
7.1 I SERVIZI EDUCATIVI PRIMA INFANZIA	61
7.2 LE SCUOLE D'INFANZIA	65
7.2.1 ALCUNI ELEMENTI SULLA DOMANDA DI SERVIZI NELLA FASCIA 3-5 ANNI	65
7.2.2 I SERVIZI DELLA FASCIA DI ETÀ 3-5 ANNI	67

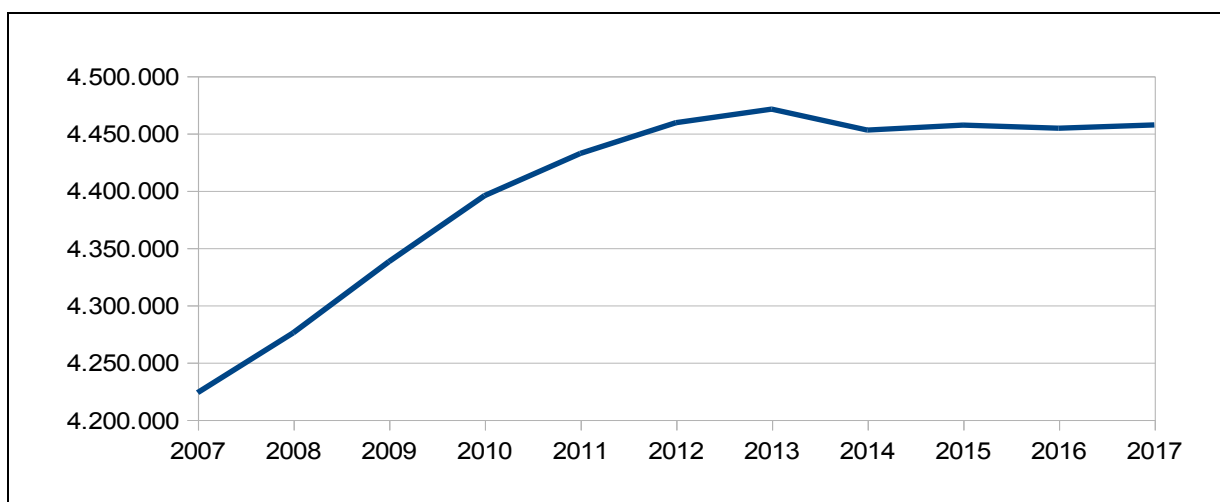
7.3 LE SCUOLE PRIMARIE.....	70
7.4 SCUOLE SECONDARIE	72
7.4.1 LE SCUOLE SECONDARIE DI I° GRADO	72
7.4.2 LE SCUOLE SECONDARIE DI II° GRADO	73
7.5 BAMBINI/ALUNNI CON DISABILITA': L'IMPEGNO DEGLI ENTI LOCALI	75
7.5.1 NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: ALCUNI DATI	76
7.5.2 L'IMPATTO SUGLI ENTI LOCALI.....	77
8. NON AUTOSUFFICIENZA	80
8.1 GLI ANZIANI	80
8.1.1 L'ANDAMENTO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA	80
8.1.2 UNA DISAGGREGAZIONE PER FASCIA DI ETÀ E DISTRETTO	81
8.1.3 UN TENTATIVO DI STIMA DELLA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE...	83
8.1.4 LA STRUTTURA DELL'OFFERTA DEI SERVIZI NEL TERRITORIO BOLOGNESE	84
8.1.4.1. LE STRUTTURE RESIDENZIALI ACCREDITATE: LA CRA.....	85
8.1.4.2. LE STRUTTURE RESIDENZIALI AUTORIZZATE.....	86
8.1.4.3 LE STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI (CENTRO DIURNO)	87
8.1.4.4 SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ	88
8.2 I DISABILI ADULTI	89
8.2.1 LA PRESA IN CARICO SOCIO SANITARIA DEGLI ADULTI DISABILI	89
9. CONTRASTO ALLA POVERTÀ: INTERVENTI PER L'INCLUSIONE SOCIALE.....	92
9.1 VERSO LA RICOSTRUZIONE DELLE MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTÀ E PER L'INCLUSIONE SOCIALE	92
9.2 I BISOGNI DEI CITTADINI ALLO SPORTELLLO SOCIALE.....	92
9.3 LE DOMANDE EFFETTIVE DI CONTRIBUTI A CONTRASTO DELLA POVERTÀ	93
9.4 LEGGE REGIONALE 14/2015.....	96
9.5 BORSE DI STUDIO	97
10. IL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE: I DATI DEL MONITORAGGIO DELL' "ACCORDO DI AMBITO METROPOLITANO PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ DI ACCOGLIENZA, ASCOLTO ED OSPITALITÀ PER DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA"	Errore. Il segnalibro non è definito.

1. PROFILO SOCIO-DEMOGRAFICO

1.1 DINAMICA E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

A livello regionale, la popolazione ha avuto un andamento crescente fino al 2013, anno nel quale ha registrato un picco di 4.471.104 abitanti (Grafico 1.1). L'andamento crescente si è successivamente arrestato e, a seguito di un lieve calo nel 2014, la popolazione ha avuto un andamento costante. Nel 2017¹ la popolazione dell'Emilia Romagna ammontava a 4.457.318 residenti.

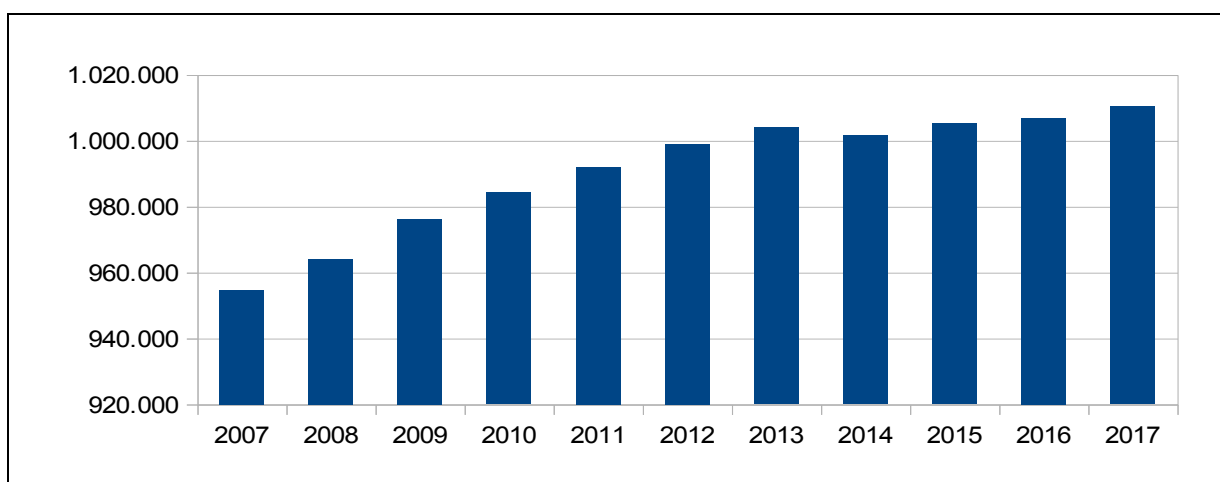
Grafico 1.1 - Popolazione residente in Emilia Romagna. Serie storica 2007-2017



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

La popolazione nell'area Metropolitana di Bologna nel 2017 era pari al 22,7% della popolazione regionale ed ammontava a 1.010.417 residenti (Grafico 2.2), con un incremento rispetto al 2016 pari a 452 unità.

Grafico 1.2 - Popolazione residente nell'area metropolitana di Bologna. Serie storica 2007-2017

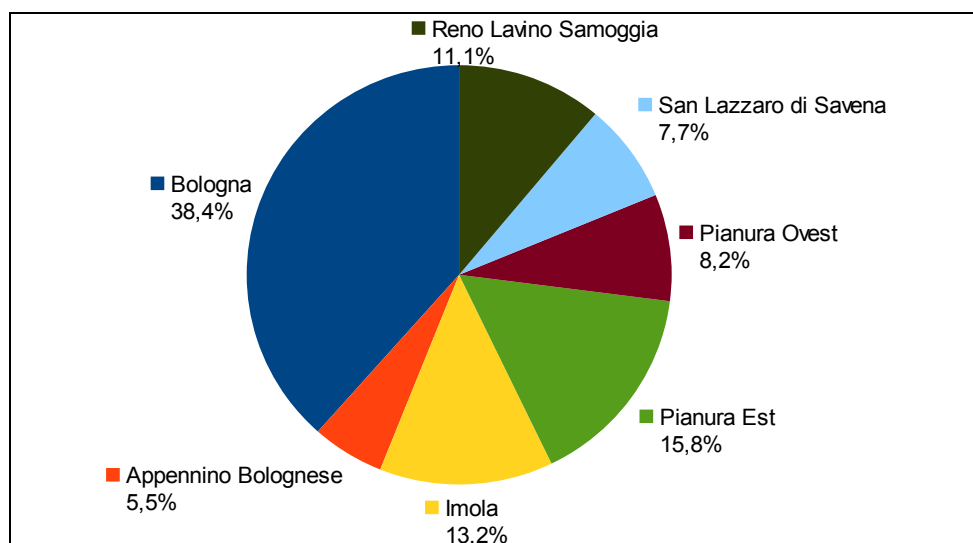


Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

¹ Tutti i dati demografici fanno riferimento al 1/1 di ciascun anno.

Il grafico successivo mostra la distribuzione della popolazione dei distretti dell'area metropolitana. Nel distretto di Bologna risiede il 38,4% della popolazione totale; seguono Pianura Est e Imola, nei quali risiede rispettivamente il 15,8% e il 13,2% della popolazione dell'area metropolitana.

Grafico 1.3 - Distribuzione della popolazione dell'area metropolitana di Bologna nei distretti, 2017



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

La composizione della popolazione per genere, disaggregata a livello distrettuale (Tabella 1.1) evidenzia che a livello metropolitano le donne residenti nel 2017 risultano 524.076 (pari al 51,9% del totale della popolazione), mentre gli uomini sono 486.341 (pari al 48,1% del totale della popolazione).

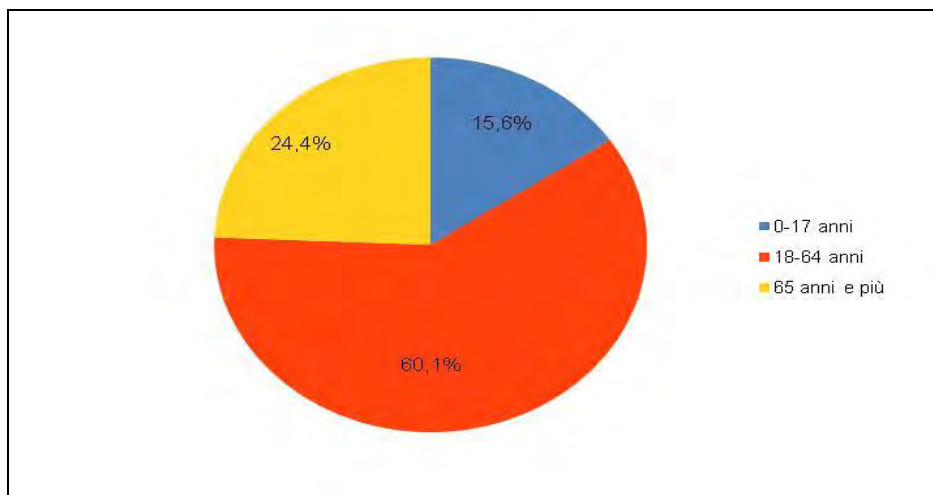
Tabella 1.1 - Popolazione residente nell'area metropolitana di Bologna per distretto e genere. Anno 2017

	M residenti		F residenti	
	N	%	N	%
Bologna	183.074	47,1%	205.293	52,9%
Appennino Bolognese	27.641	49,6%	28.043	50,4%
Imola	64.943	48,6%	68.590	51,4%
Pianura Est	77.973	48,8%	81.953	51,2%
Pianura Ovest	40.698	49,0%	42.382	51,0%
Reno,Lavino,Samoggia	54.244	48,4%	57.768	51,6%
San Lazzaro di Savena	37.768	48,5%	40.047	51,5%
Area Metropolitana	486.341	48,1%	524.076	51,9%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

La composizione della popolazione residente nell'area metropolitana Bolognese per fasce d'età (Grafico 1.4) evidenzia che i minori rappresentano il 15,6% della popolazione, gli adulti il 60,1% e gli anziani il 24,4%.

Grafico 1.4 - Popolazione per classi d'età nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2017



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

1.2 LA POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETÀ

Di seguito si riportano i dati della popolazione metropolitana per fascia di età. I minori sono complessivamente 157.276; i maschi rappresentano il 51,47% del totale della fascia di età considerata e le femmine il 48,53%.

Tabella 1.2 - Minori per classi d'età. Valori assoluti e valori percentuali. Anno 2017

	Maschi		Femmine		Totale
	N	%	N	%	N
0 – 2	12.623	51,44%	11.914	48,56%	24.537
3 – 5	13.382	51,07%	12.820	48,93%	26.202
6 – 17	54.941	51,57%	51.596	48,43%	106.537
Totale minori	80.946	51,47%	76.330	48,53%	157.276

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

La popolazione nella fascia di età adulta è costituita da 607.001 residenti. Sul totale, il 50,59% è costituito da femmine e il 49,41% da maschi (vedi tabella 1.3). La quota di popolazione maschile decresce all'aumentare dell'età.

Tabella 1.3 - Adulti per classi d'età. Valori assoluti e valori percentuali. Anno 2017

	Maschi		Femmine		Totale
	N	%	N	%	N
18 – 24	30.172	51,9%	27.926	48,1%	58.098
25 – 34	52.312	49,9%	52.491	50,1%	104.803
35 – 44	73.868	49,8%	74.444	50,2%	148.312
45 – 54	81.442	49,2%	83.998	50,8%	165.440
55 – 64	62.150	47,7%	68.198	52,3%	130.348
Totale adulti	299.944	49,4%	307.057	50,6%	607.001

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

La popolazione anziana dell'ambito metropolitano (tabella 1.4) è costituita da 246.140 residenti; sul totale della fascia di età, il 42,84% è costituito da uomini e il 57,16% da donne. Anche per la fascia di popolazione anziana (e in misura ancora maggiore rispetto alla popolazione adulta) i dati evidenziano una quota di donne, sul totale della popolazione, crescente all'aumentare dell'età.

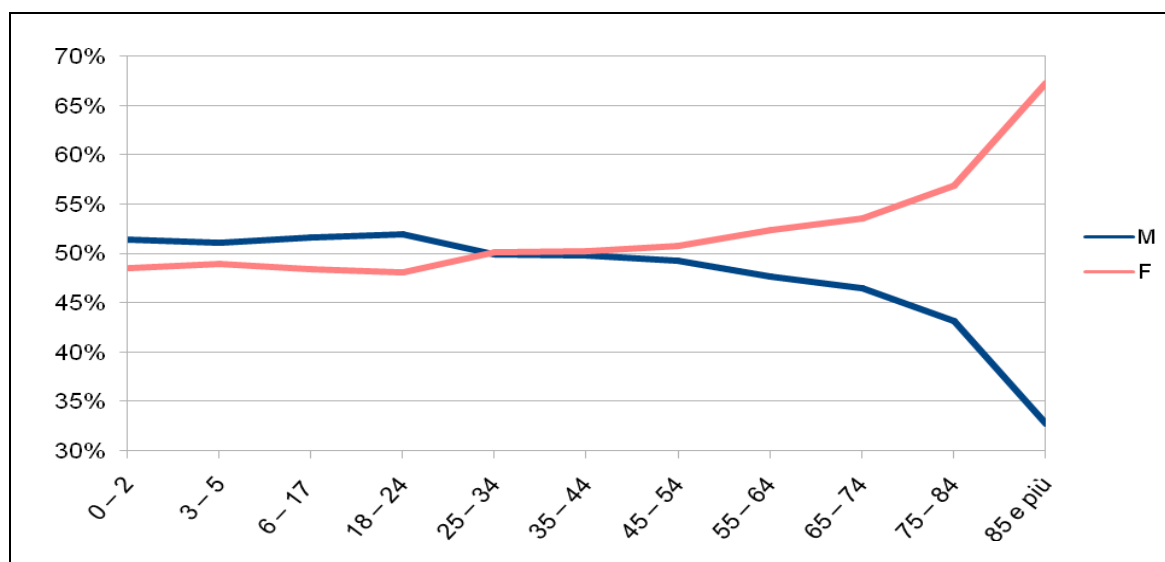
Tabella 1.4 - Anziani per classi d'età. Valori assoluti e valori percentuali. Anno 2017

	Maschi		Femmine		Totale
	N	%	N	%	N
65 – 74	52.056	46,48%	59.935	53,52%	111.991
75 – 84	39.208	43,15%	51.660	56,85%	90.868
85 e più	14.187	32,78%	29.094	67,22%	43.281
Totale anziani	105.451	42,84%	140.689	57,16%	246.140

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Il grafico successivo (Grafico 1.5) evidenzia la suddivisione di genere della popolazione per fascia di età, rappresentando in modo chiaro quanto emerso dalle tabelle 3 e 4.

Grafico 1.5 - Popolazione per genere nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2017



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Di seguito si riporta il dettaglio distrettuale della popolazione residente per classi di età.

Tabella 1.5. Popolazione residente per distretto e fasce d'età. Anno 2017

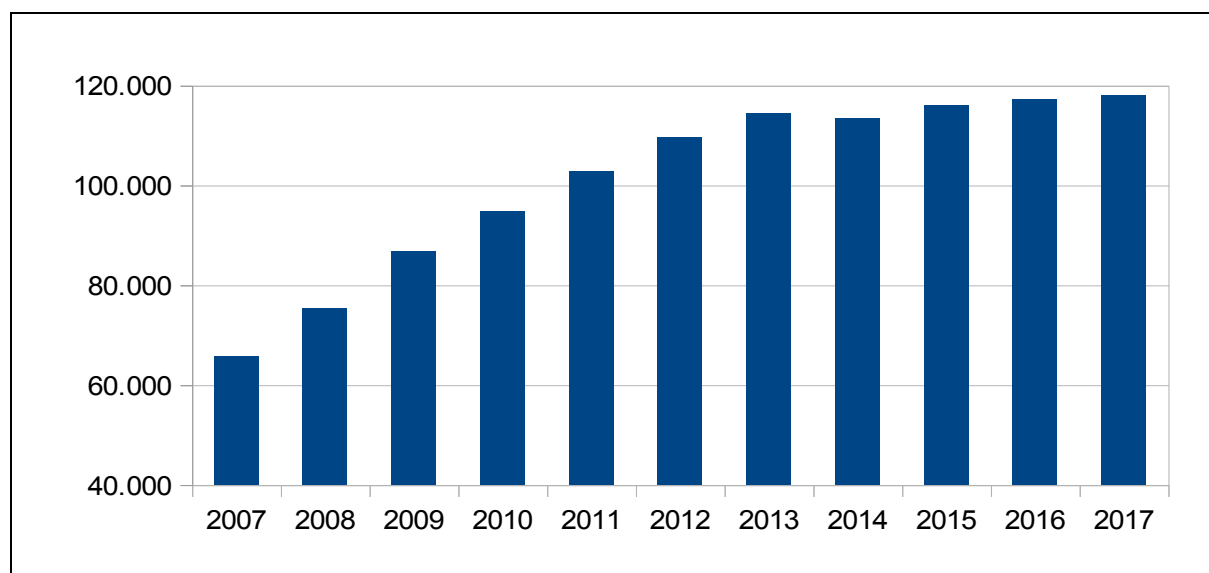
	0 – 2	3 – 5	6– 17	18 – 64	65 – 74	75 – 84	85 e più	Totale	% sul totale
Bologna	9.564	9.324	54.601	235.152	42.210	37.009	19.395	388.367	38,4%
Appennino Bolognese	1.116	1.291	8.114	33.179	6.956	5.018	2.417	55.684	5,5%
Imola	3.330	3.656	22.045	79.617	14.596	11.788	5.487	133.533	13,2%
Pianura Est	4.010	4.584	27.331	96.691	17.165	12.892	5.847	159.926	15,8%
Pianura Ovest	2.117	2.389	14.537	50.048	8.816	6.731	2.948	83.080	8,2%
Reno,Lavino,Samoggia	2.717	2.959	18.362	66.366	12.798	10.180	4.306	112.012	11,1%
San Lazzaro di Savena	1.683	1.999	12.286	45.948	9.450	7.250	2.881	77.815	7,7%
Area Metropolitana	24.537	26.202	157.276	607.001	111.991	90.868	43.281	1.010.417	100,0%
% sul totale	2,4%	2,6%	15,6%	60,1%	11,1%	9,0%	4,3%	100,0%	

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

1.3 LA POPOLAZIONE STRANIERA

La popolazione straniera residente nell'area metropolitana ammontava nel 2017 a 118.013 unità, 770 in più rispetto al 2016. La dinamica degli ultimi dieci anni (Grafico 1.6) evidenzia un aumento costante fino al 2013, per poi arrestarsi e mostrare un andamento pressoché stazionario negli anni successivi.

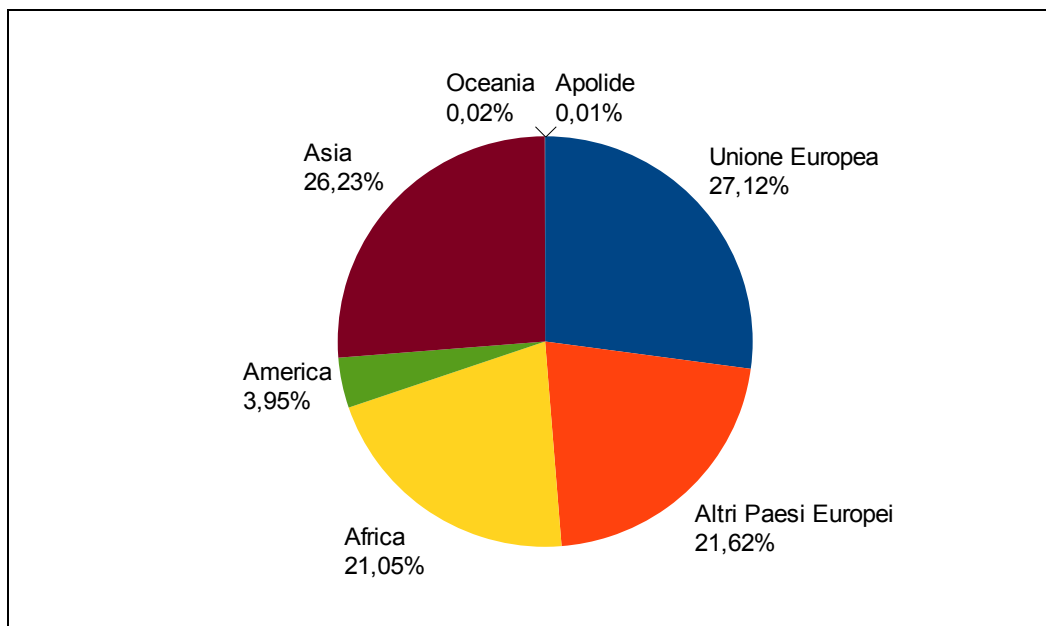
Grafico 1.6 - Popolazione straniera residente nell'area metropolitana di Bologna. Serie storica 2007-2017



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Rispetto alle aree di provenienza, più di un quarto della popolazione straniera (27,12%) proviene dall'Unione Europea, seguito da Asia (26,23%), altri paesi europei (21,62%) e Africa (21,05%).

Grafico 1.7 - Aree di provenienza degli stranieri residenti nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2016



Fonte: Atlante Statistico metropolitano

La popolazione straniera rappresenta l'11,7% del totale della popolazione residente nell'area Metropolitana (tabella 1.6). In particolare, si nota come l'incidenza degli stranieri sia al di sopra della media a Bologna (15,4%).

Tabella 1.6 - Popolazione residente straniera per distretto. Anno 2017

	Totale residenti stranieri	% su totale popolazione residente
Bologna	59.646	15,4%
Appennino Bolognese	5.495	9,9%
Imola	12.736	9,5%
Pianura Est	14.371	9,0%
Pianura Ovest	8.571	10,3%
Reno, Lavino, Samoggia	10.998	9,8%
San Lazzaro di Savena	6.196	8,0%
Area Metropolitana	118.013	11,7%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

La composizione della popolazione straniera nei distretti, disaggregata per genere, evidenzia che, nel 2017, a livello metropolitano le donne straniere residenti risultano 64.288 e rappresentano il 54,5% del totale della popolazione straniera, mentre gli uomini sono 53.725, pari al 45,5% del totale della popolazione straniera.

Tabella 1.7 - Popolazione straniera residente nell'area metropolitana di Bologna per distretto e genere. Anno 2017

	M residenti		F residenti	
	N	%	N	%
Bologna	27.663	46,4%	31.983	53,6%
Appennino Bolognese	2.488	45,3%	3.007	54,7%
Imola	5.690	44,7%	7.046	55,3%
Pianura Est	6.321	44,0%	8.050	56,0%
Pianura Ovest	3.970	46,3%	4.601	53,7%
Reno, Lavino, Samoggia	4.969	45,2%	6.029	54,8%
San Lazzaro di Savena	2.624	42,3%	3.572	57,7%
Area Metropolitana	53.725	45,5%	64.288	54,5%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Di seguito (Tabella 1.8) si riporta il dettaglio distrettuale della popolazione straniera per fasce d'età. Si può notare come la popolazione straniera sia una compagine molto più giovane rispetto alla popolazione italiana (riportata nella Tabella 1.5).

Tabella 1.8 -Popolazione straniera residente per distretto e fasce d'età. Anno 2017

	0 – 2	3 – 5	0 – 17	18 – 64	65 – 74	75 – 84	85 e più	Totale	% sul tot pop	% su tot pop straniera
Bologna	2.583	2.383	11.966	45.506	1.622	466	86	59.646	5,90%	50,54%
Appennino Bolognese	234	236	1.186	4.069	175	49	16	5.495	0,50%	4,66%
Imola	620	572	2.791	9.446	366	119	14	12.736	1,30%	10,79%
Pianura Est	735	696	3.288	10.586	369	109	19	14.371	1,40%	12,18%
Pianura Ovest	418	436	2.046	6.235	190	80	20	8.571	0,80%	7,26%
Reno, Lavino, Samoggia	491	502	2.360	8.229	299	93	17	10.998	1,10%	9,32%
San Lazzaro di Savena	251	268	1.238	4.751	148	45	14	6.196	0,60%	5,25%
Totale	5.332	5.093	24.875	88.822	3.169	961	186	118.013	11,70%	100,00%
% sul totale	4,5%	4,3%	21,1%	75,3%	2,7%	0,8%	0,2%	100,0%		

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

1.4 TASSI E SALDI DEMOGRAFICI

Con saldo naturale si intende la differenza tra nati vivi e morti in un determinato anno. Il saldo migratorio è invece la differenza tra il numero di immigrati e quello di emigrati. In particolare, è l'eccedenza o il deficit di iscrizioni per immigrazione dall'estero rispetto alle cancellazioni per emigrazione per l'estero intercorse in un determinato periodo.

La somma dei due saldi corrisponde al saldo anagrafico totale. Tale saldo indica la differenza positiva o negativa che ha subito il numero di residenti in un dato periodo di tempo. Nell'anno 2016, nell'area metropolitana bolognese la popolazione presenta un saldo demografico totale pari a +3.379 unità. Tale saldo complessivo è costituito da un saldo naturale negativo pari a -3.507 unità ed un saldo migratorio positivo pari a +6.886 unità (Tabella 1.10).

Tabella 1.10 - Saldo naturale, saldo migratorio e saldo demografico totale nei distretti della Città Metropolitana di Bologna. Valori assoluti, 2016

	Saldo naturale	Saldo migratorio	Saldo demografico totale
BOLOGNA	-1.540	3.244	1.704
APPENNINO BOLOGNESE	-399	72	-327
IMOLA	-329	490	161
PIANURA EST	-444	1.061	617
PIANURA OVEST	-112	410	298
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	-366	790	424
SAN LAZZARO DI SAVENA	-317	819	502
Area Metropolitana	-3.507	6.886	3.379

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

Il tasso di crescita naturale viene definito come rapporto tra il saldo naturale e la popolazione media di quell'anno, per mille abitanti. Il tasso di crescita migratorio si calcola invece come rapporto tra il saldo migratorio estero e l'ammontare medio annuo della popolazione residente, per mille abitanti. Il tasso di crescita totale, dato dalla somma dei due tassi precedenti, esprime la variazione (per 1.000 abitanti) che ha caratterizzato la consistenza di una popolazione in un determinato periodo di tempo.

Nell'anno 2016 il tasso di crescita totale nell'area metropolitana di Bologna è pari a 3,4 per mille abitanti; fatta eccezione per il distretto dell'Appennino Bolognese, che presenta un tasso di crescita totale negativo (pari a -5,9 per mille), gli altri territori presentano tassi di crescita positivi.

Tabella 1.11 - Tasso di crescita naturale, migratoria e totale nei distretti della Città Metropolitana di Bologna. Valori per mille abitanti, 2016

	Tasso di crescita naturale	Tasso di crescita migratoria	Tasso di crescita totale
BOLOGNA	-4	8,4	4,4
APPENNINO BOLOGNESE	-7,2	1,3	-5,9
IMOLA	-2,5	3,7	1,2
PIANURA EST	-2,8	6,7	3,9
PIANURA OVEST	-1,4	5	3,6
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	-3,3	7,1	3,8
SAN LAZZARO DI SAVENA	-4,1	10,6	6,5
Area Metropolitana	-3,5	6,8	3,4

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

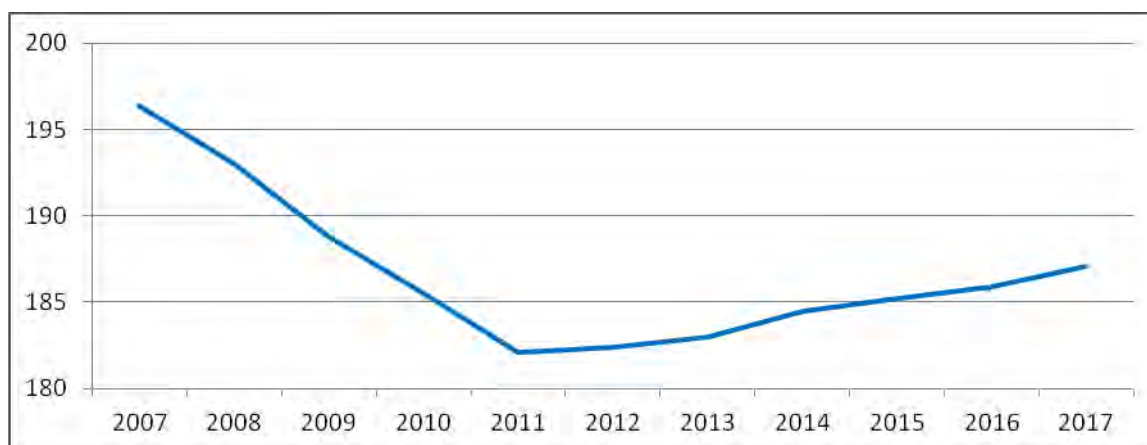
1.5 INDICI DEMOGRAFICI

Di seguito si riportano alcuni indici demografici, con l'obiettivo di sottolineare alcune caratteristiche della popolazione dell'area metropolitana bolognese.

Indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia è costituito dal numero di anziani con 65 anni e più ogni 100 giovani con meno di 15 anni. Nel 2017 tale indice era pari a 187,3; nel territorio bolognese, in altre parole, ci sono 187 anziani ogni 100 giovani (vedi grafico 1.8). Tale indice presenta un andamento calante dal 2006 al 2011 (anno nel quale ha raggiunto un "minimo" pari a 182), per poi crescere negli anni successivi.

Grafico 1.8 - Andamento dell'indice di vecchiaia nell'area metropolitana di Bologna. Anni 2006-2017



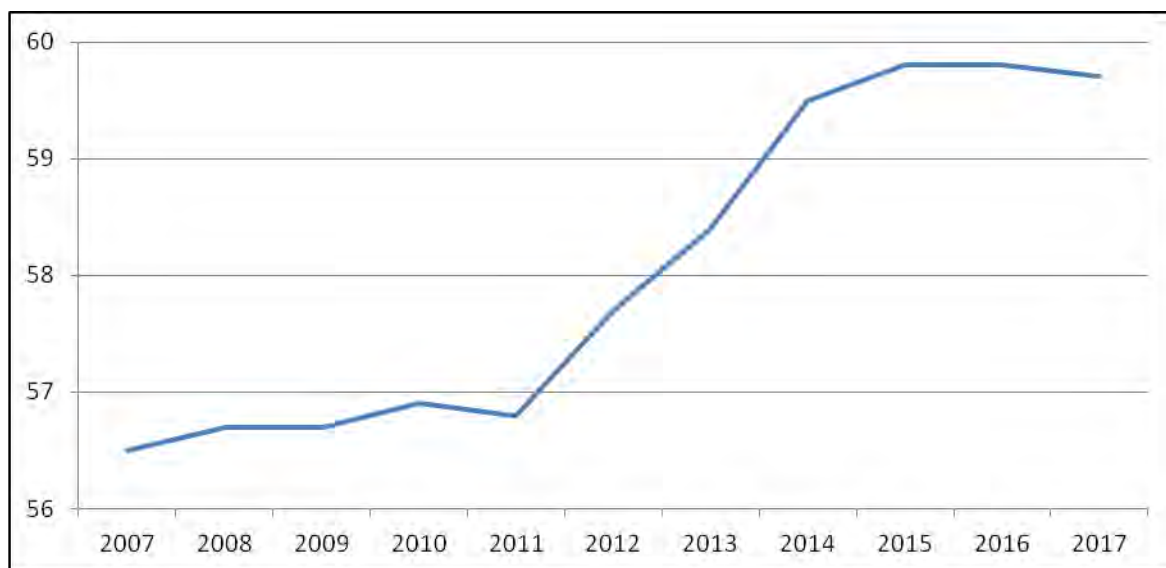
Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Indice di dipendenza

L'indice di dipendenza è costituito dal rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (data dalla somma della popolazione nelle classi di età tra 0 e 14 anni e oltre 64 anni) e la popolazione attiva (data dalla popolazione nella classe di età tra 15 e 64 anni).

Tale indice calcola il numero di individui in età non attiva ogni 100 individui in età attiva, fornendo indirettamente una misura della sostenibilità economica della struttura di una popolazione. Nell'area metropolitana di Bologna l'indice di dipendenza presenta un valore pari al 59,8% e risulta in pressoché continuo aumento (con intensità diversificate a seconda degli anni) nel periodo considerato (Grafico 1.9).

Grafico 1.9 - Andamento dell'indice di dipendenza nell'area metropolitana di Bologna. Anni 2006-2017



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

2. PROFILO SOCIO-ECONOMICO

2.1 I REDDITI

Il reddito complessivo medio dell'area metropolitana di Bologna nell'anno 2015 era pari a € 23.151. I distretti di Bologna, Reno, Lavino e Samoggia e San Lazzaro di Savena presentano un reddito superiore alla media metropolitana.

Nel territorio metropolitano i contribuenti con reddito complessivo inferiore a 15.000 euro rappresentano il 33,4% del totale; i contribuenti con un reddito complessivo superiore a 55.000 euro rappresentano, invece, il 4,8% del totale (tabella 1).

Tabella 2.1 - Redditi complessivi medi nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2015

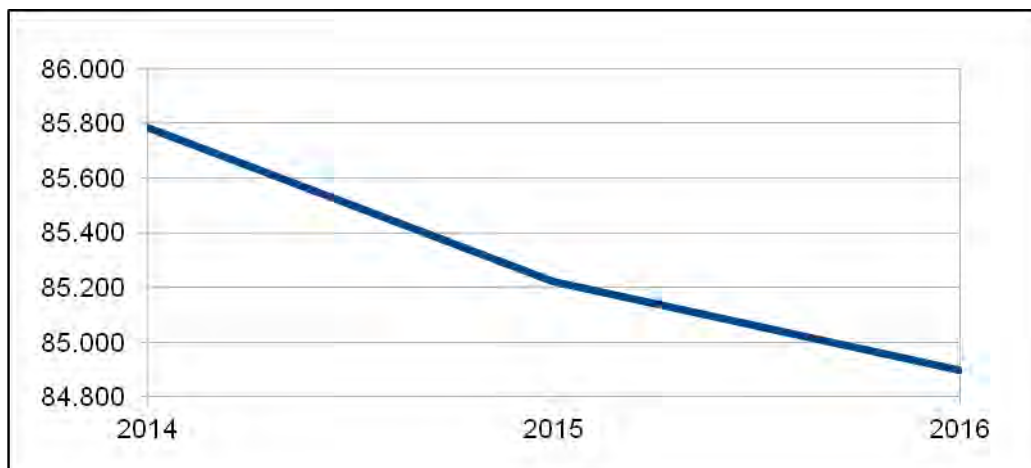
	Reddito complessivo medio	% contribuenti con red. Compl. < 15.000 euro	% contribuenti con red. Compl. > 55.000 euro	% reddito da lavoro dipendente	% reddito da lavoro autonomo	% reddito da pensione
BOLOGNA	26.860	33,5%	8,5%	47,6%	7,0%	29,6%
APPENNINO BOLOGNESE	20.964	36,3%	3,2%	50,6%	2,2%	32,9%
IMOLA	22.415	34,6%	4,4%	53,3%	3,0%	30,3%
PIANURA EST	23.064	32,6%	4,5%	55,0%	2,7%	28,5%
PIANURA OVEST	23.047	32,7%	4,5%	55,5%	2,4%	27,6%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	25.226	31,4%	6,4%	52,1%	3,6%	28,5%
SAN LAZZARO DI SAVENA	25.872	31,1%	7,2%	48,9%	4,9%	29,5%
Area metropolitana	23.151	33,4%	4,8%	52,8%	3,1%	29,7%

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

2.2 LE IMPRESE

Dal 2014 al 2016 si registra un calo delle imprese attive nell'area metropolitana di Bologna, pari a 885 unità (Grafico 2.1).

Grafico 2.1. Imprese attive nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2014, 2015 e 2016



Fonte: Atlante Statistico metropolitano

Nel 2016 le imprese attive erano 84.898, suddivise per settore economico come descritto nella tabella seguente.

Tabella 2.2 - Imprese attive per settore economico, per distretto, valori assoluti. Anno 2016

	Agricoltura	Industria	Costruzioni	Commercio	Alloggio e ristorazione	Altri servizi	Totale
BOLOGNA	682	2.130	3.953	8.859	2.961	13.874	32.459
APPENNINO BOLOGNESE	908	519	1.027	990	397	968	4.809
IMOLA	2.226	1.293	1.798	2.188	623	2.765	10.893
PIANURA EST	2.221	1.871	2.186	3.159	713	3.795	13.945
PIANURA OVEST	1.063	1.157	1.355	1.647	381	1.911	7.514
RENO LAVINO E SAMOGGIA	1.085	1.217	1.472	2.284	526	2.638	9.222
SAN LAZZARO DI SAVENA	554	820	982	1.531	359	1.810	6.056
AREA METROPOLITANA	8.739	9.007	12.773	20.658	5.960	27.761	84.898

Fonte: Atlante Statistico metropolitano

I settori di attività delle imprese presentano una distribuzione territoriale che rispecchia le caratteristiche dei territori. Il settore agricolo, come si può dedurre dalla sua specificità, è molto presente nelle periferie: nel territorio imolese, per esempio, le imprese agricole rappresentano il 20,4% del totale. Nel capoluogo il 27,3% delle imprese è di tipo commerciale e il 42,7% è rappresentato da altri servizi.

Tabella 2.3 - Imprese attive per settore economico, per distretto, valori percentuali. Anno 2016

	Agricoltura	Industria	Costruzioni	Commercio	Alloggio e ristorazione	Altri servizi	Totale
BOLOGNA	2,1%	6,6%	12,2%	27,3%	9,1%	42,7%	100%
APPENNINO BOLOGNESE	18,9%	10,8%	21,4%	20,6%	8,3%	20,1%	100%
IMOLA	20,4%	11,9%	16,5%	20,1%	5,7%	25,4%	100%
PIANURA EST	15,9%	13,4%	15,7%	22,7%	5,1%	27,2%	100%
PIANURA OVEST	14,1%	15,4%	18,0%	21,9%	5,1%	25,4%	100%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	11,8%	13,2%	16,0%	24,8%	5,7%	28,6%	100%
SAN LAZZARO DI SAVENA	9,1%	13,5%	16,2%	25,3%	5,9%	29,9%	100%
AREA METROPOLITANA	10,3%	10,6%	15,0%	24,3%	7,0%	32,7%	100%

Fonte: Atlante Statistico metropolitano

La tabella 2.4 riporta i dati relativi alle imprese attive giovanili, femminili e straniere nell'anno 2016. Le imprese giovanili rappresentano il 7,7% del totale sull'ambito metropolitano, le imprese femminili il 21,04% e le imprese straniere l'11,48%.

Tabella 2.4 - Imprese giovanili, femminili e straniere nell'area Metropolitana di Bologna. Anno 2016

	Giovanili	Femminili	Straniere	% Imprese giovanili su imprese totali	% Imprese femminili su imprese totali	% Imprese straniere su imprese totali
BOLOGNA	2.783	7.116	4.952	8,58%	21,93%	15,26%
APPENNINO BOLOGNESE	372	1.140	453	7,74%	23,72%	9,42%
IMOLA	793	2.182	881	7,28%	20,03%	8,09%
PIANURA EST	983	2.768	1.278	7,05%	19,85%	9,17%
PIANURA OVEST	516	1.466	774	6,87%	19,51%	10,30%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	643	1.927	902	6,97%	20,90%	9,78%
SAN LAZZARO DI SAVENA	442	1.257	501	7,30%	20,76%	8,27%
AREA METROPOLITANA	6.532	17.856	9.741	7,70%	21,04%	11,48%

Fonte: Atlante Statistico metropolitano

2.3 IL MERCATO DEL LAVORO

I dati dell'Osservatorio del mercato del lavoro di seguito elaborati sono riferiti al primo semestre del 2016². Da gennaio a luglio 2016 sono stati rilevati nell'area metropolitana di Bologna 6.794 inoccupati³ e 59.905 disoccupati⁴. Le tabelle 2.5, 2.6 e 2.7 riportano i dati relativi allo status di inoccupazione e disoccupazione nei vari distretti dell'area metropolitana bolognese.

Tabella 2.5 – Inoccupati, per distretto e nazionalità, valori assoluti, I° semestre 2016

	INOCCUPATI		
	Italiani	Stranieri	Totale inoccupati
BOLOGNA	1.928	1.250	3.178
APPENNINO BOLOGNESE	274	200	474
IMOLA	462	310	772
PIANURA EST	583	223	806
PIANURA OVEST	324	180	504
RENO LAVINO E SAMOGGIA	392	221	613
SAN LAZZARO DI SAVENA	282	165	447
AREA METROPOLITANA	4.245	2.549	6.794

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

2 I dati dell'Osservatorio del mercato del lavoro della Città metropolitana raccolti dal 2015 in poi non possono più essere confrontati con gli analoghi dati degli anni precedenti in quanto è stata usata una metodologia differente. In particolare, dal 1 febbraio 2015 è stata data piena attuazione alla Delibera di Giunta Regionale n.2025/2013 che prevede nuove regole per la conservazione dello stato di disoccupazione in particolare per quello che riguarda la Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro (DID), la cui mancata conferma da parte del lavoratore, trascorsi 6 mesi dal primo colloquio di orientamento, comporta automaticamente la perdita dello stato di disoccupazione. La finalità di tali disposizioni è stata quella di consentire un costante aggiornamento delle banche dati relative alle persone in cerca di lavoro, anche per concentrare l'offerta di azioni di politica attiva a beneficio di persone realmente coinvolte nelle azioni già concordate con i servizi (Centri per l'Impiego) nel patto di servizio.

3 L'**inoccupato** ai sensi del D.lgs 297/2002 è colui che non ha mai svolto attività lavorativa, sia come dipendente che in forma autonoma; si dichiara disponibile a lavorare ed è in cerca di lavoro, oltre ad essere iscritto al Centro per l'Impiego (CIP).

4 Il **disoccupato**, ai sensi del D.lgs 297/2002, è colui che precedentemente "occupato", ovvero titolare di un rapporto di lavoro autonomo o subordinato, sia divenuto privo di lavoro e che si sia immediatamente reso disponibile allo svolgimento ed alla ricerca di una attività lavorativa secondo modalità definite con i Servizi competenti.

Tabella 2.6 – Disoccupati, per distretto e nazionalità, valori assoluti, 1° semestre 2016

	DISOCCUPATI		
	Italiani	Stranieri	Totale disoccupati
BOLOGNA	15.647	8.745	24.392
APPENNINO BOLOGNESE	2.479	1.029	3.508
IMOLA	6.482	2.279	8.761
PIANURA EST	6.528	1.837	8.365
PIANURA OVEST	3.504	1.043	4.547
RENO LAVINO E SAMOGGIA	4.555	1.782	6.337
SAN LAZZARO DI SAVENA	3.065	930	3.995
AREA METROPOLITANA	42.260	17.645	59.905

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

Tabella 2.7 – Inoccupati e disoccupati, per distretto e titolo di studio, valori assoluti, 1° semestre 2016

	NESSUN TITOLO DI STUDIO	NON INDICATO	LICENZA ELEMENTARE	LICENZA MEDIA	TITOLO DI ISTR. SECON. SUPER.	DIPLOMA TERZIARIO EXTRA-UNIV.	LAUREA DI PRIMO LIVELLO	LAUREA DI SECONDO LIVELLO	SPECIALIZ POST -LAUREA	TOTALE
BOLOGNA	269	976	569	8.104	10.383	282	2.109	4.366	512	27.570
APPENNINO BOLOGNESE	180	473	98	1.711	1.227	11	126	145	11	3.982
IMOLA	124	1.339	226	3.629	3.343	22	321	492	37	9.533
PIANURA EST	711	625	148	3.496	3.354	22	305	468	42	9.171
PIANURA OVEST	92	1.019	97	1.767	1.681	19	138	223	15	5.051
RENO LAVINO E SAMOGGIA	47	158	178	2.890	2.778	21	255	569	54	6.950
SAN LAZZARO DI SAVENA	28	200	104	1.619	1.870	18	207	371	25	4.442
AREA METROPOLITANA	1.451	4.790	1.420	23.216	24.636	395	3.461	6.634	696	66.699

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

Per effetto del **decreto legislativo n.150/2015** chi è disoccupato (o inoccupato) deve dichiarare la propria **immediata disponibilità al lavoro** per avvalersi dei servizi del Centro per l'impiego, ai fini di una ricollocazione nel mondo del lavoro. Alle persone prive di impiego, viene offerto di stipulare un patto di servizio personalizzato, che definisce un preciso percorso di misure di orientamento e formazione e che prevede poi l'impegno ad accettare una eventuale offerta "congrua", cioè adatta al profilo professionale del lavoratore.

I dati successivi sono relativi agli avviamenti dei Centri per l'Impiego (Tabella 2.8). Nel primo semestre del 2016 sono stati avviati 102.397 contratti di lavoro nell'area metropolitana, di cui 50.497 nel capoluogo.

Tabella 2.8 - Avviamenti, per distretto e tipologia di contratto, valori assoluti, I semestre 2016.

CONTRATTO	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	AREA METROPOLITANA
APPRENDISTATO	1.188	78	362	462	196	322	227	2.835
COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA	2.981	24	105	391	146	93	163	3.903
LAVORO A TEMPO DETERMINATO	32.465	1.520	9.979	11.012	4.531	7.434	3.969	70.910
LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	4.969	220	1.101	2.185	1.552	1.338	556	11.921
LAVORO AUTONOMO A PARTITA IVA	1.840	5	101	16	1	44	54	2.061
LAVORO DOMESTICO	2.323	145	413	489	244	385	312	4.311
LAVORO INTERMITTENTE	1.363	61	133	207	142	230	120	2.256
LAVORO OCCASIONALE	272	/	7	18	/	/	/	297
LSU	82	/	12	16	9	14	2	135
TIROCINIO	2.865	19	173	239	71	172	59	3.598
ALTRO	59	2	31	24	21	16	17	170
TOTALE	50.407	2.074	12.417	15.059	6.913	10.048	5.479	102.397

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

A livello percentuale (tabella 2.9) si può notare come la tipologia di contratto di lavoro maggiormente utilizzata nell'ambito metropolitano sia quella del lavoro a tempo determinato (69,3%), seguita dai contratti di lavoro a tempo indeterminato (11,6%).

Tabella 2.9 – Avviamenti, per tipologia di contratto, valori percentuali, I semestre 2016.

CONTRATTO	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	AREA METROPOLITANA
APPRENDISTATO	2,4%	3,8%	2,9%	3,1%	2,8%	3,2%	4,1%	2,8%
COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA	5,9%	1,2%	0,8%	2,6%	2,1%	0,9%	3,0%	3,8%
LAVORO A TEMPO DETERMINATO	64,4%	73,3%	80,4%	73,1%	65,5%	74,0%	72,4%	69,3%
LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	9,9%	10,6%	8,9%	14,5%	22,5%	13,3%	10,1%	11,6%
LAVORO AUTONOMO A PARTITA IVA	3,7%	0,2%	0,8%	0,1%	0,0%	0,4%	1,0%	2,0%
LAVORO DOMESTICO	4,6%	7,0%	3,3%	3,2%	3,5%	3,8%	5,7%	4,2%
LAVORO INTERMITTENTE	2,7%	2,9%	1,1%	1,4%	2,1%	2,3%	2,2%	2,2%
LAVORO OCCASIONALE	0,5%	/	0,1%	0,1%	/	/	/	0,3%
LSU	0,2%	/	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
TIROCINIO	5,7%	0,9%	1,4%	1,6%	1,0%	1,7%	1,1%	3,5%
ALTRO	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

La tabella 2.10 raffigura le fasce d'età dei lavoratori coinvolti negli avviamenti. Le fasce di età con un numero maggiore di lavoratori sono quelle da 25 a 34 anni e da 35 a 44 anni.

Tabella 2.10 - Fasce d'età dei lavoratori coinvolti negli avviamenti nei distretti dell'area metropolitana di Bologna. 1° semestre 2016

	FASCE D'ETA' AVVIAMENTI						
	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	Oltre 65	Totale
BOLOGNA	5.636	16.086	12.402	6.985	3.081	779	44.969
APPENNINO BOLOGNESE	569	1.001	994	945	397	76	3.982
IMOLA	2.457	3.807	3.349	2.839	1.109	240	13.801
PIANURA EST	1.968	3.354	3.170	2.621	1.077	271	12.461
PIANURA OVEST	1.048	1.788	1.622	1.415	532	118	6.523
RENO LAVINO E SAMOGGIA	1.565	2.378	2.339	1.934	676	142	9.034
SAN LAZZARO DI SAVENA	979	1.703	1.209	944	375	171	5.381
AREA METROPOLITANA	14.222	30.117	25.085	17.683	7.247	1.797	96.151

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

2.4 IL TERZO SETTORE

Nell'area metropolitana di Bologna è presente un'ampia rete di associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali che, in collaborazione con gli enti locali, si attiva per dare risposte ai bisogni emergenti del territorio.

Una prima ricognizione di questa realtà si può avere a partire dalle iscrizioni ai registri regionali. Tuttavia, tali iscrizioni rilevano soltanto una parte dei soggetti del Terzo Settore esistenti e operanti sul territorio.

Nel corso dei prossimi mesi, in linea con l'obiettivo prioritario del contrasto alla povertà e all'impoverimento dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento – approvato dalla CTSS Metropolitana lo scorso 10 Maggio – si avvierà la realizzazione di una mappatura complessiva dei soggetti del Terzo Settore operanti nei territori dell'area metropolitana bolognese.

Le tabelle successive, pertanto, forniscono alcune prime informazioni sulle realtà del Terzo Settore attraverso l'analisi dei dati disponibili nei registri regionali.

ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO

Le Organizzazioni di Volontariato svolgono attività senza fine di lucro con finalità di carattere sociale, civile o culturale, ed esclusivamente per fini di solidarietà sociale. Sono 583 le organizzazioni di volontariato attive nell'area metropolitana di Bologna al 31/12/2016 iscritte al *Registro regionale delle organizzazioni di Volontariato*. Il settore di attività prevalente è quello socio-assistenziale e sanitario con la presenza rispettivamente di 140 e 129 associazioni, la maggior parte delle quali ubicate nel capoluogo metropolitano.

Tabella 2.11 - Organizzazioni di volontariato per settore prevalente e per distretto. Anno 2016

	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno, Lavino, Samoggia	San Lazzaro di Savena	Area Metropolitana
Assistenza sociale	82	2	23	20	4	3	6	140
Sanità	42	14	19	22	14	9	9	129
Ambiente, promozione e valorizzazione dei beni ambientali	23	4	5	4	5	6	8	55
Protezione civile	17	4	7	13	2	6	3	52
Tutela dei diritti	30	1	6	3	/	3	1	44
Cooperazione e solidarietà internazionale	21	1	3	4	6	3	/	38
Altre attività	20	1	4	5	1	3	1	35
Ricreazione finalizzata allo scopo solidaristico	9	6	5	2	3	4	3	32
Cultura, promozione e valorizzazione dei beni culturali	10	2	2	2	2	1	1	20
Istruzione e ricerca	13	/	2	/	/	1	1	17
Filantropia e promozione del volontariato	8	/	3	2	/	1	/	14
Sport finalizzato allo scopo solidaristico	1	/	1	1	/	1	/	4
Sviluppo economico e coesione sociale	2	/	/	/	/	/	1	3
Totale Associazioni di Volontariato	278	35	80	78	37	41	34	583

Fonte: Elaborazione dati Banca dati del volontariato, Regione Emilia Romagna

ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE

Le associazioni di promozione sociale perseguono, senza scopo di lucro, interessi collettivi attraverso lo svolgimento continuato di attività di promozione sociale rivolte a favore degli associati e di terzi. Possono essere sia soggetti che svolgono funzioni di produzione e vendita servizi, sia attori della società civile che favoriscono l'espressione di forme di cittadinanza attiva da parte dei loro aderenti.

Sono 785 le associazioni di promozione sociale attive nell'area metropolitana di Bologna al 31/12/2016 ed iscritte al Registro *Regionale delle Associazioni di Promozione Sociale*. I settori di attività prevalenti sono quello culturale (209), quello relativo ad attività di intrattenimento e ricreative (197) e quello delle attività sportive (119).

Tabella 2.12 - Associazioni di promozione sociale per settore prevalente e per distretto. Anno 2016

	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno, Lavino, Samoggia	San Lazzaro di Savena	Area Metropolitana
Cultura	127	10	15	13	7	24	13	209
Attività di intrattenimento e ricreativa	48	24	30	36	15	29	15	197
Sport	54	6	10	10	5	27	7	119
Istruzione, educazione e formazione	46	/	7	3	6	6	2	70
Altro	31	2	4	5	2	4	1	49
Tutela tradizioni locali	1	17	4	5	6	3	3	39
Socio-sanitario	12	1	4	2	1	/	/	20
Tutela diritti di categorie particolari	10	1	2	/	1	1	/	15
Ambiente	8	2	1	1	/	1	1	14
Assistenza sociale	7	/	1	1	/	2	1	12
Pace e solidarietà internazionale	9	/	1	/	/	1	1	12
Tutela dei diritti civili	6	/	1	1	/	/	/	8
Beneficenza	3	/	1	/	/	2	/	6
Tutela della famiglia e dell'infanzia	2	/	1	/	/	2	1	6
Tutela diritti dei consumatori	4	/	/	/	/	/	/	4
Ricerca scientifica	3	/	/	/	/	/	/	3
Religione	1	/	/	1	/	/	/	2
Totale Associazioni di promozione sociale	372	63	82	78	43	102	45	785

Fonte: Elaborazione dati Banca dati del volontariato, Regione Emilia Romagna

COOPERATIVE SOCIALI

Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso: la gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi (Cooperativa Tipo A); lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (Cooperativa Tipo B). I consorzi sociali sono costituiti come società cooperative aventi la base sociale formata da coop sociali in misura non inferiore al 70%.

Sono 133 le cooperative sociali presenti nella Città Metropolitana di Bologna al 31/12/2016 e iscritte all'*Albo Regionale delle Cooperative Sociali*. Più della metà sono cooperative sociali di tipo A.

Tabella 2.13 - Cooperative sociali, per tipologia e distretto. Anno 2016

	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno, Lavino, Samoggia	San Lazzaro di Savena	Area Metropolitana
Tipo A	47	/	9	8	2	4	2	72
Ad oggetto misto (A+B)	15	1	2	8	4	3	2	35
Tipo B	7	/	4	1	1	/	1	14
Consorzio	10	/	2	/	/	/	/	12
Totale Cooperative sociali	79	1	17	17	7	7	5	133

Fonte: Elaborazione dati Banca dati del volontariato, Regione Emilia Romagna

3. LE FAMIGLIE

3.1 LE FAMIGLIE ANAGRAFICHE RESIDENTI

Il numero delle famiglie anagrafiche residenti nell'area metropolitana di Bologna al 1 gennaio 2017 è pari a 484.110, in leggero aumento (+ 2.219) rispetto all'anno precedente. Il lieve aumento si verifica in tutti i distretti, ad eccezione dell'Appennino Bolognese, nel quale si evidenzia un lieve calo (-180 unità).

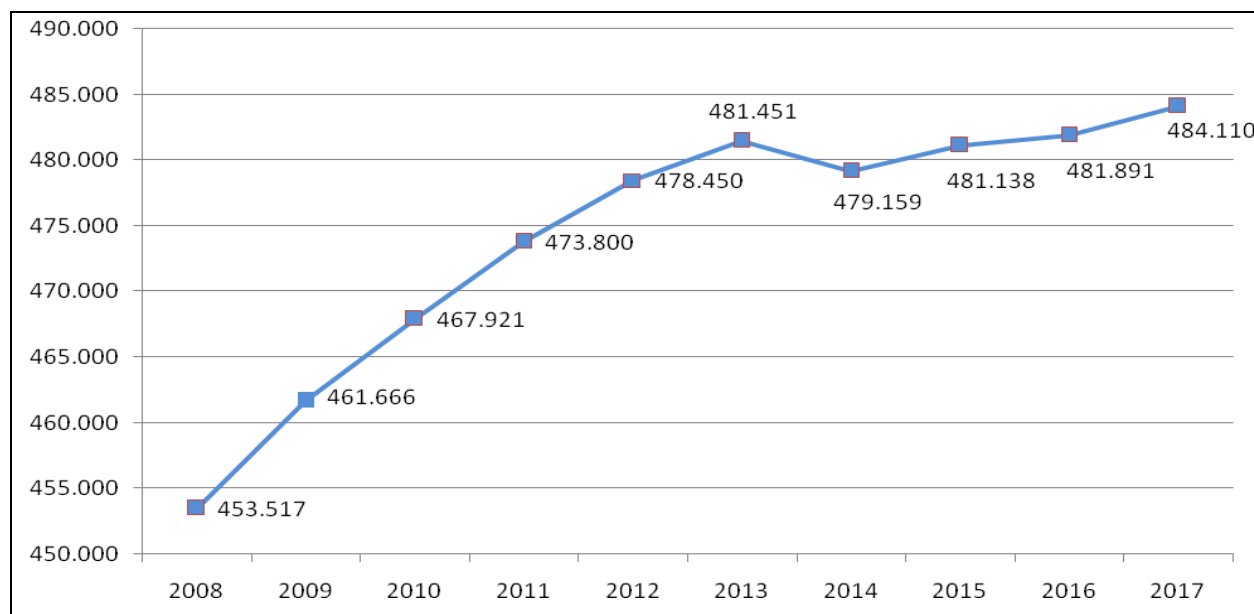
Tabella 3.1. Famiglie anagrafiche residenti per distretto. Serie storica 2011-2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BOLOGNA	202.684	204.598	206.244	204.681	205.520	205.199	206.050
APPENNINO BOLOGNESE	26.873	26.870	26.762	26.480	26.371	26.251	26.071
IMOLA	57.481	58.059	58.532	58.290	58.641	58.749	58.995
PIANURA EST	67.232	68.233	68.720	68.713	69.201	69.665	70.155
PIANURA OVEST	35.015	35.286	35.584	35.483	35.553	35.677	35.826
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	49.797	50.277	50.497	50.264	50.363	50.686	51.070
SAN LAZZARO DI SAVENA	34.718	35.127	35.112	35.248	35.489	35.664	35.943
AREA METROPOLITANA	473.800	478.450	481.451	479.159	481.138	481.891	484.110

Fonte: Elaborazione dati Atlante Statistico Metropolitano

Nell'ambito metropolitano, l'andamento delle famiglie nel tempo evidenzia un aumento costante, con un lieve calo solo nel 2014 e nel 2015 (vedi Grafico 3.1). Dal 2008 al 2017 il numero di famiglie è cresciuto di 30.593 unità.

Grafico 3.1. Famiglie anagrafiche residenti nell'area metropolitana di Bologna. Serie storica 2008-2017



Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

3.2 LA COMPOSIZIONE FAMILIARE

Le Famiglie monocomponenti nell'area metropolitana sono 202.955, quelle composte da due persone 135.423; le rimanenti, sono composte da tre o più persone (vedi tabella 3.2).

Tabella 3.2. Famiglie anagrafiche per distretto e n° di componenti. Anno 2017

	1 componente	2 componenti	3 componenti	4 componenti	5 o più componenti	Totale
BOLOGNA	105.867	51.680	27.080	15.952	5.471	206.050
APPENNINO BOLOGNESE	11.635	10.718	7.035	4.656	1.782	35.826
IMOLA	23.294	21.226	13.673	8.892	3.070	70.155
PIANURA EST	18.193	15.717	9.488	5.854	1.818	51.070
PIANURA OVEST	20.432	17.470	10.980	7.422	2.691	58.995
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	10.338	7.480	4.468	2.820	965	26.071
SAN LAZZARO DI SAVENA	13.196	11.132	6.412	3.961	1.242	35.943
AREA METROPOLITANA	202.955	135.423	79.136	49.557	17.039	484.110

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

Nella tabella successiva si riporta la distribuzione percentuale delle tipologie familiari per distretto. In ambito metropolitano, il 41,9% delle famiglie è composto da una sola persona. Questo dato risulta disomogeneo se si compara Bologna con gli altri distretti; infatti, se in tutti gli altri territori i nuclei familiari monocomponente rappresentano circa un terzo del totale (si va dal 32,5% in Appennino Bolognese al 39,7% nel distretto di Reno, Lavino e Samoggia), nel capoluogo invece tale tipologia si ritrova in più della metà dei casi (51,4%).

La situazione risulta completamente invertita se si prendono in considerazione le famiglie con 5 o più componenti; in tal caso Bologna ha la percentuale più bassa e l'Appennino Bolognese quella più alta (tabella 3.3).

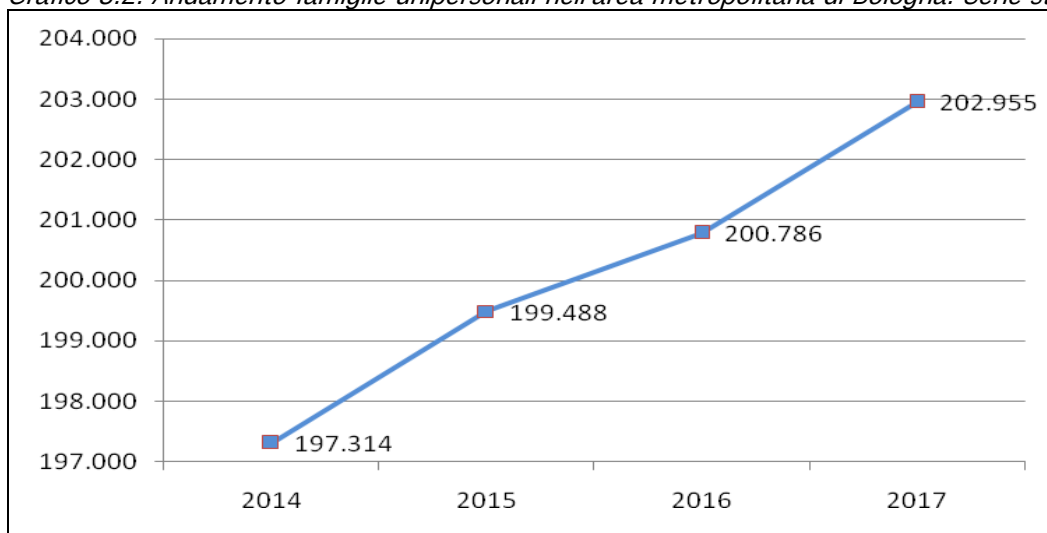
Tabella 3.3. Famiglie anagrafiche residenti per distretto e n° di componenti. Valori percentuali. Anno 2017

	1 componente	2 componenti	3 componenti	4 componenti	5 o più componenti	Totale
BOLOGNA	51,4%	25,1%	13,1%	7,7%	2,7%	100,0%
APPENNINO BOLOGNESE	32,5%	29,9%	19,6%	13,0%	5,0%	100,0%
IMOLA	33,2%	30,3%	19,5%	12,7%	4,4%	100,0%
PIANURA EST	35,6%	30,8%	18,6%	11,5%	3,6%	100,0%
PIANURA OVEST	34,6%	29,6%	18,6%	12,6%	4,6%	100,0%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	39,7%	28,7%	17,1%	10,8%	3,7%	100,0%
SAN LAZZARO DI SAVENA	36,7%	31,0%	17,8%	11,0%	3,5%	100,0%
AREA METROPOLITANA	41,9%	28,0%	16,3%	10,2%	3,5%	100,0%

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

Il grafico 3.2 rileva l'aumento costante delle famiglie unipersonali nel corso degli anni, che passano da 197.314 nel 2014 a 202.955 nel 2017.

Grafico 3.2. Andamento famiglie unipersonali nell'area metropolitana di Bologna. Serie storica 2014-2017



Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

La composizione delle famiglie unipersonali per fasce d'età e sesso evidenzia che la fascia d'età con maggiore numero di famiglie monocomponente è quella compresa che va dai 75 anni in su (tabella 3.4).

Tabella 3.4. Famiglie unipersonali per fascia d'età, sesso e distretto. Anno 2017

	<23 anni		24-34 anni		35-44 anni		45-54 anni		55-64 anni		65-74 anni		75 anni e oltre	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
BOLOGNA	972	803	10.989	8.856	11.228	7.987	8.410	8.145	5.717	8.025	4.123	7.371	5.212	18.029
APPENNINO BOLOGNESE	44	35	510	299	831	419	1.119	664	910	719	826	920	902	2.140
IMOLA	121	85	1.325	854	1.867	1.022	1.914	1.456	1.381	1.682	1.008	1.706	1.501	4.510
PIANURA EST	122	82	1.339	823	2.268	1.328	2.387	1.776	1.598	1.859	1.217	1.984	1.635	4.876
PIANURA OVEST	67	34	725	439	1.219	558	1.304	829	773	868	600	976	771	2.472
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	135	78	1.080	742	1.674	1.054	1.922	1.410	1.204	1.441	956	1.535	1.250	3.712
SAN LAZZARO DI SAVENA	88	46	762	517	1.229	804	1.383	1.035	1.001	1.094	714	1.216	880	2.427
AREA METROPOLITANA	1.549	1.163	16.730	12.530	20.316	13.172	18.439	15.315	12.584	15.688	9.444	15.708	12.151	38.166

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Le famiglie con almeno un componente straniero sono 59.992 nell'anno 2017; di queste, 32.026 sono residenti a Bologna (tabella 3.5). In ambito metropolitano, il 42% delle famiglie con almeno un componente straniero è composto da una sola persona (tabella 3.6).

Tabella 3.5. Famiglie con almeno 1 componente straniero, per distretto, valori assoluti, 2017

	1 componente	2 componenti	3 componenti	4 componenti	5 o più componenti	Totale
BOLOGNA	16.522	4.740	4.354	3.648	2.762	32.026
APPENNINO BOLOGNESE	690	522	470	482	415	2.579
IMOLA	1.881	1.147	1.169	1.031	845	6.073
PIANURA EST	2.152	1.221	1.261	1.172	1.063	6.869
PIANURA OVEST	1.153	672	711	630	716	3.882
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	1.678	1.005	1.033	913	693	5.322
SAN LAZZARO DI SAVENA	1.117	656	596	517	355	3.241
AREA METROPOLITANA	25.193	9.963	9.594	8.393	6.849	59.992

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

Tabella 3.6. Famiglie con almeno 1 componente straniero per distretto, valori percentuali, 2017

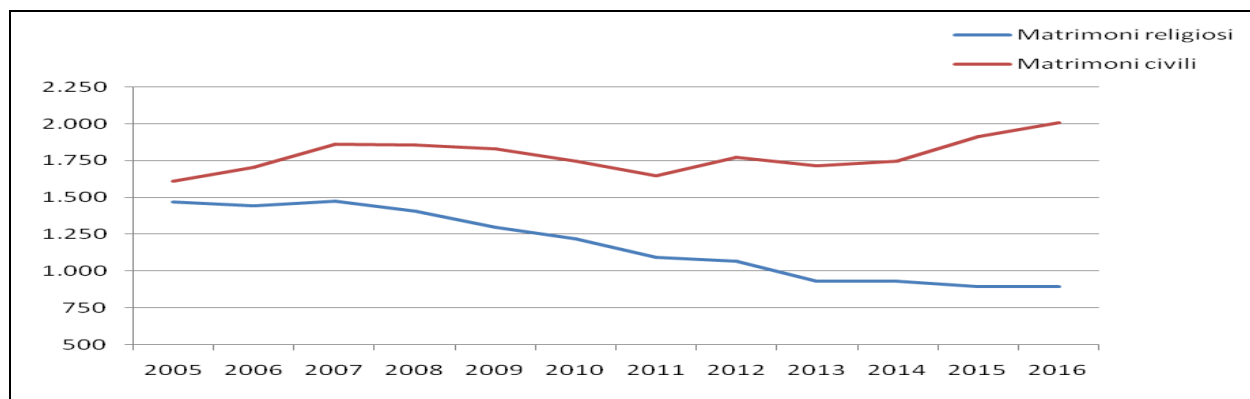
	1 componente	2 componenti	3 componenti	4 componenti	5 o più componenti	Totale
BOLOGNA	51,6%	14,8%	13,6%	11,4%	8,6%	100,0%
APPENNINO BOLOGNESE	26,8%	20,2%	18,2%	18,7%	16,1%	100,0%
IMOLA	31,0%	18,9%	19,2%	17,0%	13,9%	100,0%
PIANURA EST	31,3%	17,8%	18,4%	17,1%	15,5%	100,0%
PIANURA OVEST	29,7%	17,3%	18,3%	16,2%	18,4%	100,0%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	31,5%	18,9%	19,4%	17,2%	13,0%	100,0%
SAN LAZZARO DI SAVENA	34,5%	20,2%	18,4%	16,0%	11,0%	100,0%
AREA METROPOLITANA	42,0%	16,6%	16,0%	14,0%	11,4%	100,0%

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

3.3 I MATRIMONI

Il grafico successivo rappresenta l'andamento dei matrimoni nel corso del decennio 2005-2015. Si nota un netto calo dei matrimoni religiosi, che passano da 1.468 nel 2005 a 895 nel 2015. I matrimoni civili, invece, seguono un andamento tendenzialmente costante.

Grafico 3.3. Matrimoni religiosi e civili nell'area metropolitana di Bologna. Serie storica 2005-2015



Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

4. LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

4.1 ASPETTATIVA DI VITA

Il decremento della mortalità nel tempo si accompagna ad un aumento dell'aspettativa di vita. Per i nati nel 2016 nell'area metropolitana di Bologna, l'aspettativa di vita è di circa 81 anni nei maschi e di oltre 85 anni nelle femmine, con un guadagno rispettivamente di 6,8 anni e di circa 4 anni rispetto al 1993.

Tabella 4.1 - Speranza di vita alla nascita nei distretti dell'area metropolitana di Bologna. Anno 2016

	M	F	Totale
BOLOGNA	81,4	85,5	83,45
APPENNINO BOLOGNESE	80	83,6	81,8
IMOLA	81,9	86,1	84
PIANURA EST	80,6	84,9	82,75
PIANURA OVEST	81,4	85,7	83,55
RENO LAVINO SAMOGGIA	81	84,7	82,85
SAN LAZZARO DI SAVENA	80,6	84,9	82,75
Area Metropolitana	80,92	84,98	82,95

Fonte: Elaborazione dati Profilo di Salute 2017 Azienda USL Bologna

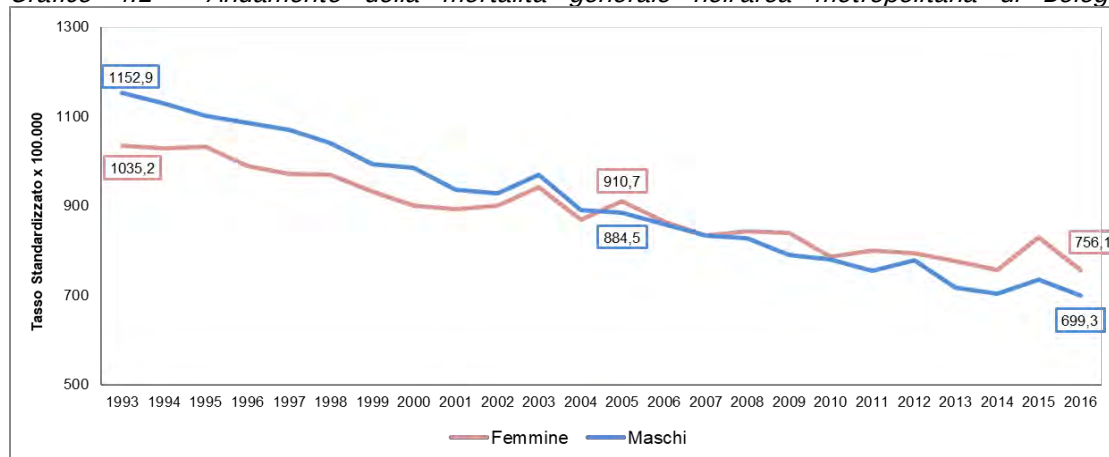
4.2 ANALISI DELLA MORTALITÀ

4.2.1 MORTALITÀ GENERALE

Il tasso di mortalità generale rappresenta uno dei principali indicatori utilizzati per valutare in maniera sintetica lo stato di salute di una popolazione.

Nel periodo 1993-2016 (Grafico 4.1), l'andamento temporale del tasso di mortalità nella Città metropolitana di Bologna mostra un progressivo decremento sia per le femmine che per i maschi, maggiore per questi ultimi (-39% vs -27%). Infatti, a partire dal 2005 il tasso di mortalità femminile diventa, contrariamente agli anni precedenti, più alto di quello maschile e tale si mantiene fino al 2016 (756,1 contro 699,3 per 100.000 residenti).

Grafico 4.1 - Andamento della mortalità generale nell'area metropolitana di Bologna. 1993-2016



Fonte: Azienda USL di Bologna

Il tasso standardizzato di mortalità nell'area metropolitana assume il valore più basso nel distretto di Bologna (tabella 4.2).

Tabella 4.2 - Mortalità generale per genere e distretti - Tasso Standardizzato per 100.000 (popolazione standard ITA 2001). Anni 1993-2016

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
BOLOGNA	867,10	901,30	878,70
APPENNINO BOLOGNESE	976,90	981,80	990,60
IMOLA	857,70	862,60	871,20
PIANURA EST	875,20	880,10	885,60
PIANURA OVEST	868,90	888,00	885,50
RENO LAVINO SAMOGGIA	908,90	869,00	897,50
SAN LAZZARO DI SAVENA	927,70	874,60	910,60
Area Metropolitana	902,55	892,68	906,83

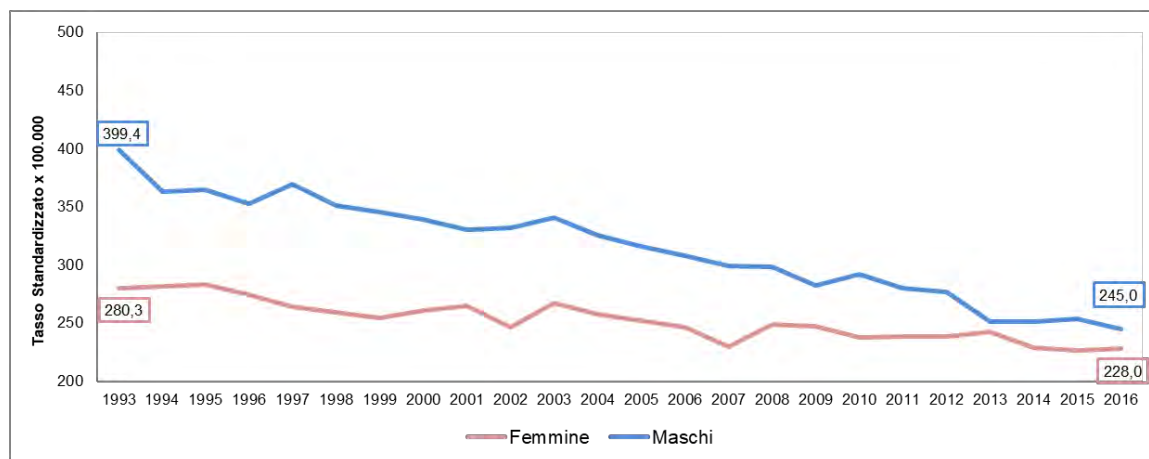
Fonte: Azienda USL di Bologna

4.2.2 MORTALITÀ PER TUMORI

Nel periodo 1993-2016 i decessi per tumore, che rappresentano il 30,4% del totale della mortalità, hanno visto un progressivo calo del tasso standardizzato. I maschi hanno storicamente un tasso di mortalità più alto delle femmine, ma nel tempo è proprio tra i maschi che si registra il decremento più marcato (vedi grafico 4.2).

Per i maschi il tumore con maggiore peso percentuale è il tumore del polmone (25,9%) seguito dai tumori del colon-retto (11,2%) e della prostata (8,6%). Nelle femmine, invece, il tumore alla mammella ha la percentuale più alta tra tutte le morti per tumore con il 15,4%, seguito dai tumori del colon-retto (12,3%) e del polmone (11,8%).

Grafico 4.2 - Andamento della mortalità per tumori nell'area metropolitana di Bologna. 1993-2016



Fonte: Azienda USL di Bologna

Anche per la mortalità per tumore esiste una variabilità nei singoli territori distrettuali. Nella seguente tabella si può osservare come nelle femmine il Distretto con il tasso di mortalità standardizzato più alto sia Città di Bologna (265,4 decessi per 100.000 residenti), mentre nei maschi il valore più alto si ha nel distretto dell'Appennino Bolognese (327,2 per 100.000 residenti).

Tabella 4.3 - Mortalità per tumori per genere e distretti - Tasso Standardizzato per 100.000 (popolazione standard ITA 2001). Anni 1993-2016

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
BOLOGNA	265,4	326,9	293,1
APPENNINO BOLOGNESE	257,3	327,2	295,6
IMOLA	229,6	288,3	262,7
PIANURA EST	240,3	306,5	275,8
PIANURA OVEST	231,0	303,2	269,0
RENO LAVINO SAMOGGIA	243,1	295,2	271,9
SAN LAZZARO DI SAVENA	253,6	313,3	286,9
Area Metropolitana	242,5	305,6	277,0

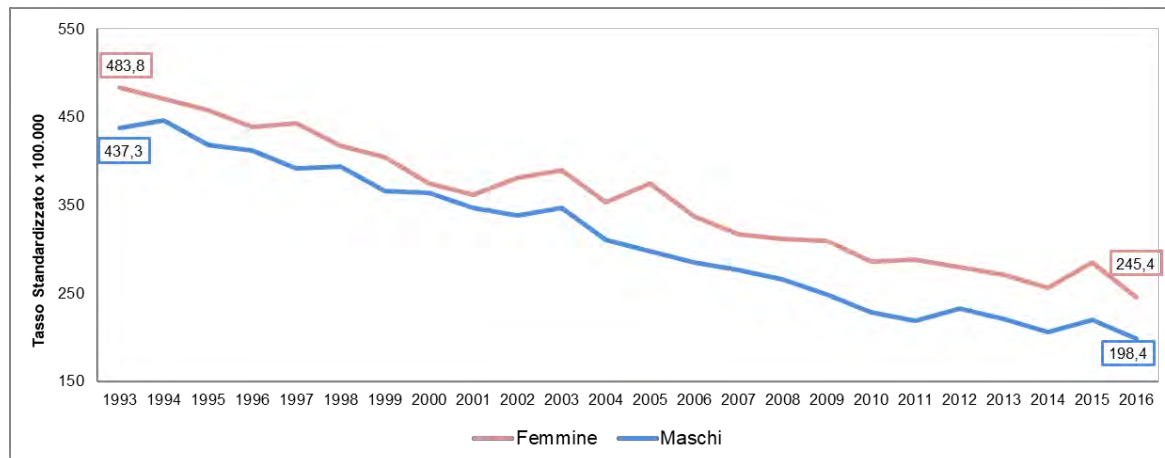
Fonte: Azienda USL di Bologna

4.2.3 MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA CARDIO CIRCOLATORIO

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano nel periodo 1993-2016 la prima causa di morte con una percentuale sul totale dei decessi di oltre il 38%. Il trend temporale evidenzia tuttavia, dal 1993, una notevole tendenza alla riduzione, più marcata nei maschi rispetto alle femmine (vedi grafico 4.3).

Nei maschi, a partire dal 2004, la mortalità per malattie cardiovascolari viene superata da quella per tumori, diventando la seconda causa di morte.

Grafico 4.3 - Andamento della mortalità per malattie del sistema cardio-circolatorio nell'area metropolitana di Bologna. 1993-2016



Fonte: Azienda USL di Bologna

Nei tassi standardizzati differenziati per distretto si osserva come l'Appennino Bolognese sia quello con valori più alti in entrambi i generi (vedi tabella 4.4)

Tabella 4.4 - Mortalità per malattie del sistema circolatorio per genere e distretti Tasso Standardizzato per 100.000 (popolazione standard ITALIA 2001). Anni 1993-2016

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
BOLOGNA	330,6	297,7	313,0
APPENNINO BOLOGNESE	434,3	357,9	400,7
IMOLA	329,1	285,0	310,9
PIANURA EST	360,9	306,5	337,0
PIANURA OVEST	359,8	309,6	337,8
RENO LAVINO SAMOGGIA	374,0	315,7	348,5
SAN LAZZARO DI SAVENA	369,0	285,6	330,8
Area Metropolitana	371,2	310,1	344,3

Fonte: Azienda USL di Bologna

4.2.4 ANNI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI

Un indicatore di rilievo nell'analisi della mortalità evitabile è il tasso standardizzato di anni di vita potenzialmente persi (PYLL). Questo indicatore rappresenta una stima degli anni medi che una persona avrebbe vissuto se non fosse morto prematuramente (prima dei 75 anni) per cause "evitabili".

Il tasso più elevato nei maschi si ha nel Distretto di Bologna (3187,5 PYLL per 100.000) e nelle femmine nel Distretto Pianura Est (1719,1 PYLL per 100.000). È interessante notare come, per tutti i distretti, il tasso maschile sia quasi doppio di quello femminile.

Tabella 4.5 - Tasso standardizzato di anni di vita potenzialmente persi (PYLL x 100.000). Anni 2009-2015

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
BOLOGNA	1.653,30	3.187,50	2.384,30
APPENNINO BOLOGNESE	1.554,00	3.111,00	2.342,90
IMOLA	1.680,20	2.933,50	2.296,60
PIANURA EST	1.719,10	3.100,00	2.410,50
PIANURA OVEST	1.548,30	3.008,00	2.277,00
RENO LAVINO SAMOGGIA	1.295,70	2.449,00	1.863,60
SAN LAZZARO DI SAVENA	1.550,50	3.127,00	2.325,90
Area metropolitana	2.745,95	1.766,85	2.252,75

Fonte: Azienda USL di Bologna

4.3 STILI DI VITA

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), coordinato dalla Regione Emilia Romagna e dall'Istituto Superiore di Sanità e attivo dal 2008, ci permette di avere informazioni su comportamenti, abitudini e stili di vita dei nostri cittadini, disaggregate per residenza.

Di seguito sono confrontati, per Distretto di residenza, alcuni indicatori derivanti dal sistema di sorveglianza. Il capoluogo ha il tasso più alto per il consumo di alcol a rischio ma è il distretto con meno sedentarietà; San Lazzaro di Savena ha la popolazione con un livello di salute molto alto, ma ha la percentuale più bassa per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura in quantità raccomandata.

Tabella 4.6 - INDICATORI PASSI, per distretto, 2013-2016

Indicatore (% sulle persone intervistate)	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno Lavino Samoggia	San Lazzaro
Salute buona o molto buona	72,7	71,3	73,2	77,4	69,7	78,2	82,4
Sedentari	21,3	28,5	24	23,3	27,1	24,9	24,4
Fumatori	32	29,5	31,8	28,3	33	33,2	28,8
Eccesso ponderale	43,1	45,3	39,7	46	42,1	35,3	42,8
Consumo frutta e verdura in quantità raccomandata	9,4	7,8	12,9	14,3	10,2	8	4,3
Consumo di alcol a rischio	27,2	24,4	16,7	25,9	20	17,2	26,1

Fonte: Azienda USL di Bologna

4.4 OSPEDALIZZAZIONE

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) costituiscono un flusso informativo che fornisce un quadro delle patologie causa di ricovero ospedaliero per i cittadini residenti nel territorio metropolitano. Dall'analisi delle patologie indicate come causa principale di ricovero si evidenzia che nell'anno 2016 le malattie del sistema circolatorio hanno rappresentato la causa più frequente (15,3% del totale dei ricoveri), seguite dalle patologie oncologiche (10,4%) e da quelle dell'apparato respiratorio (9,9%).

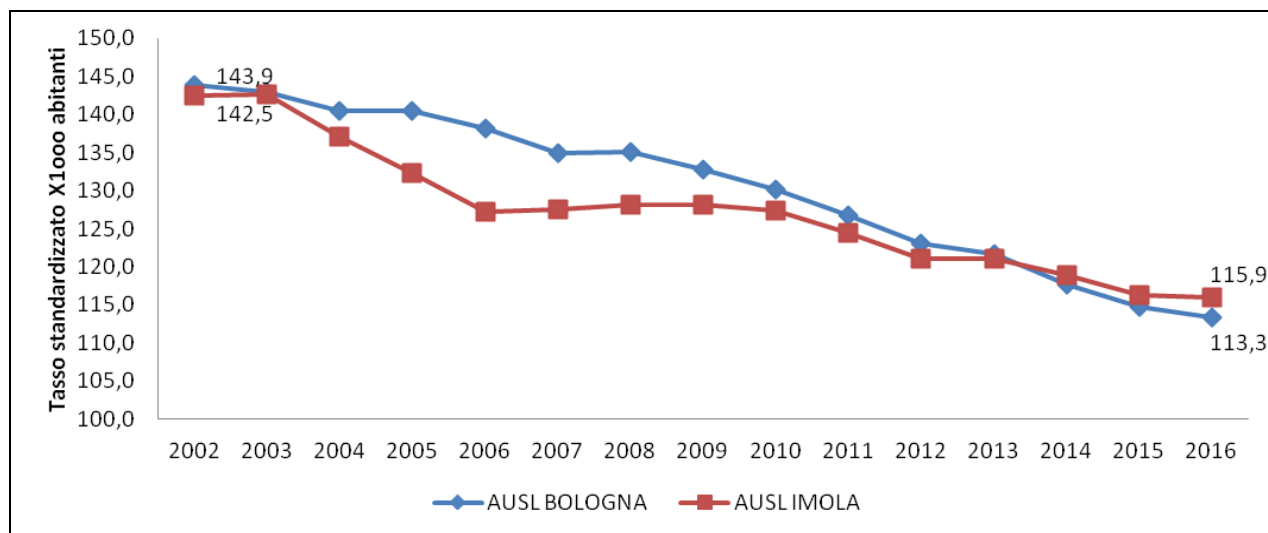
Tabella 4.7 -. Ricoveri ordinari per grandi gruppi di patologia nella Città Metropolitana di Bologna, anno 2016

Cause ricovero per categoria ICD-9-CM	Dimessi	%
Malattie del sistema circolatorio	19.945	15,3
Tumori	13.621	10,4
Malattie dell'apparato respiratorio	12.877	9,9
Malattie dell'apparato digerente	11.991	9,2
Traumatismi e avvelenamenti	11.346	8,7
Codici V	10.641	8,1
Complicazioni della gravidanza, parto, puerperio	9.988	7,6
Malattie dell'apparato genitourinario	9.115	7
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	8.904	6,8
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	4.232	3,2
Disturbi mentali	3.668	2,8
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3.644	2,8
Malattie infettive e parassitarie	3.228	2,5
Malattie delle ghiandole endocrine, nutrizione e metabolismo	2.470	1,9
Condizioni morbose di origine perinatale	1.718	1,3
Malattie del sangue e organi emopoietici	1.308	1
Malformazioni congenite	1.252	1
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	833	0,6
Totale	130.781	100

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

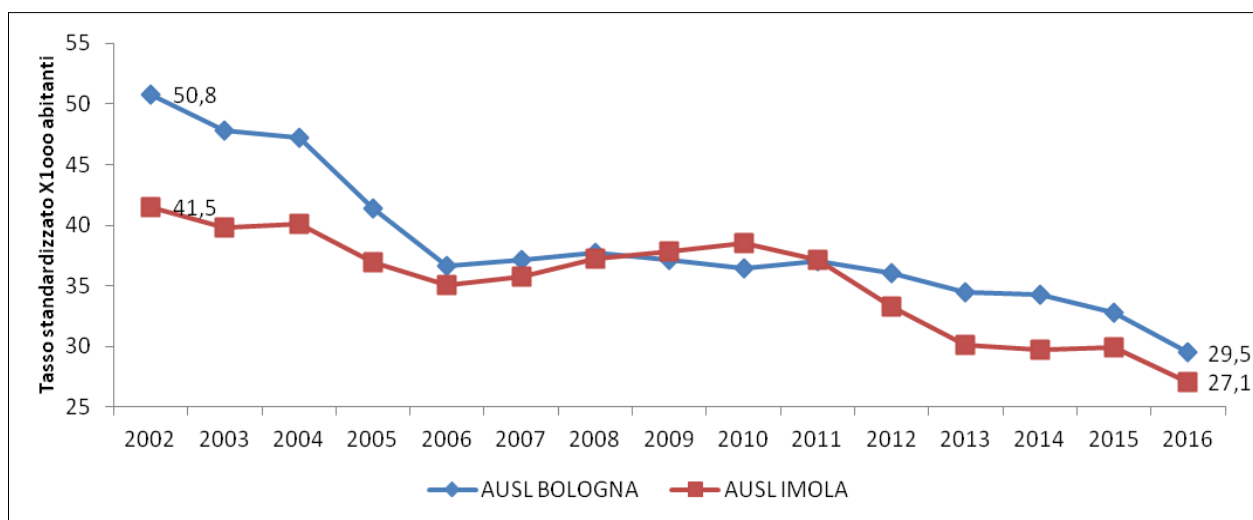
Il tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso⁵, mostra, sia nel territorio dell'Azienda Usl di Bologna che in quello dell'Azienda Usl di Imola, un andamento in diminuzione nel tempo in entrambi i generi sia per il regime ordinario che per la degenza in day hospital (grafico 4.4 e 4.5).

Grafico 4.4 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie. Degenza Ordinaria. Serie storica 2002-2016



Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

Grafico 4.5 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie. Day hospital. Serie Storica 2002-2016



Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

La tabella 4.8 mostra come, a livello distrettuale, il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario con il valore più basso si ha nel Distretto Pianura Est (104 per 10.000) mentre quello più elevato si riscontra nei Distretti di Bologna e dell'Appennino Bolognese (118,5 per 10.000). Per il tasso di ospedalizzazione in day hospital, Pianura Ovest presenta il tasso più elevato (31,3 per 10.000) mentre San Lazzaro di Savena ha il valore più basso (28,5 per 10.000).

⁵ Popolazione standard Italia 1/1/2012

Tabella 4.8 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione in regime ordinario e in day-hospital. Dato aggiornato al 13/10/2017

	In regime ordinario	In day-hospital
BOLOGNA	118,5	29,5
APPENNINO BOLOGNESE	118,5	29,1
IMOLA	115,9	27,1
PIANURA EST	104	29,6
PIANURA OVEST	106,4	31,3
RENO LAVINO SAMOGGIA	107,5	28,9
SAN LAZZARO DI SAVENA	117,3	28,5
Area metropolitana	112,6	29,1

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

4.5 OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICA

Il tasso di ospedalizzazione pediatrica si attesta sul valore di 61,8 per 1000 per il regime ordinario e 17 per 1000 per il regime di day hospital (tabella 4.9).

Tabella 4.9 - Dimessi e tassi di ospedalizzazione in regime ordinario per classe di età. Anno 2016

	AUSL BOLOGNA		AUSL IMOLA		AREA METROPOLITANA	
	Dimessi	Tasso x 1.000	Dimessi	Tasso X 1.000	Dimessi	Tasso x 1.000
0 anni	3.291	490	441	478,5	3.732	478,5
1-4 anni	1.635	55,7	297	56,8	1.932	56,8
5-14 anni	2.654	34,4	467	34,8	3.121	34,8
15-17 anni	773	35	167	36,5	940	36,5
Totale	8.353	61,8	1.372	62,2	9.725	61,8

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

Tabella 4.10 - Dimessi e tassi di ospedalizzazione in day hospital per classe di età. Anno 2016

	AUSL BOLOGNA		AUSL IMOLA		AREA METROPOLITANA	
	Dimessi	Tasso x 1.000	Dimessi	Tasso X 1.000	Dimessi	Tasso x 1.000
0 anni	170	24,6	23	20,5	193	24
1-4 anni	501	16,8	59	12,4	560	16,5
5-14 anni	1.271	16,6	195	15,4	1.466	16,3
15-17 anni	406	18,9	49	13,6	455	17,7
Totale	2.348	17,4	326	14,8	2.674	17

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

4.5.1 LE CAUSE DELL'OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICA

Nei bambini fino al 14° anno di età la principale causa di ricovero è costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio (16%); seguono le condizioni morbose di origine perinatale (15,9%) e le

cause con codice V (fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari) (15,8%) (vedi tabella 4.11).

Tabella 4.11 - Dimessi di età 0-14 anni in regime ordinario per causa di ricovero nell'Area Metropolitana di Bologna. Anno 2016

Cause di ricovero per grandi gruppi 0-14 anni	Dimessi	%
Malattie dell'apparato respiratorio	1.409	16
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	1.396	15,9
Fattori che influenzano lo stato di salute (Codici V)	1.384	15,8
Malformazioni congenite	679	7,7
Malattie dell'apparato digerente	617	7
Traumatismi e avvelenamenti	494	5,6
Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi	459	5,2
Malattie dell'apparato genito-urinario	458	5,2
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	439	5
Malattie infettive e parassitarie	405	4,6
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	292	3,3
Malattie endocrine nutrizionali e metaboliche	213	2,4
Malattie del sangue e organi emopoietici	145	1,7
Tumori	133	1,5
Malattie pelle e tessuto sottocutaneo	109	1,2
Disturbi psichici	82	0,9
Malattie del sistema circolatorio	71	0,8
Totale	8.785	100

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

La tabella 4.12 evidenzia che, nella fascia di età 15-17 anni, la causa principale di ricovero è costituita dalle patologie traumatiche e dagli avvelenamenti (14,9% del totale). Seguono le malattie dell'apparato respiratorio e le malattie del sistema osteomuscolare e connettivo che rappresentano rispettivamente il 12,1% ed l'11,3% del totale.

Tabella 4.12 - Dimessi di età 15-17 anni in regime ordinario per causa di ricovero nell'Area Metropolitana di Bologna. Anno 2016

Cause di ricovero per grandi gruppi 15-17 anni	Dimessi	%
Traumatismi e avvelenamenti	140	14,9
Malattie dell'apparato respiratorio	114	12,1
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	106	11,3
Malattie dell'apparato digerente	97	10,3
Malattie dell'apparato genito-urinario	88	9,4
Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	46	4,9
Tumori	46	4,9
Fattori che influenzano lo stato di salute (Codici V)	42	4,5
Disturbi psichici	41	4,4
Malattie del sistema circolatorio	38	4
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	35	3,7

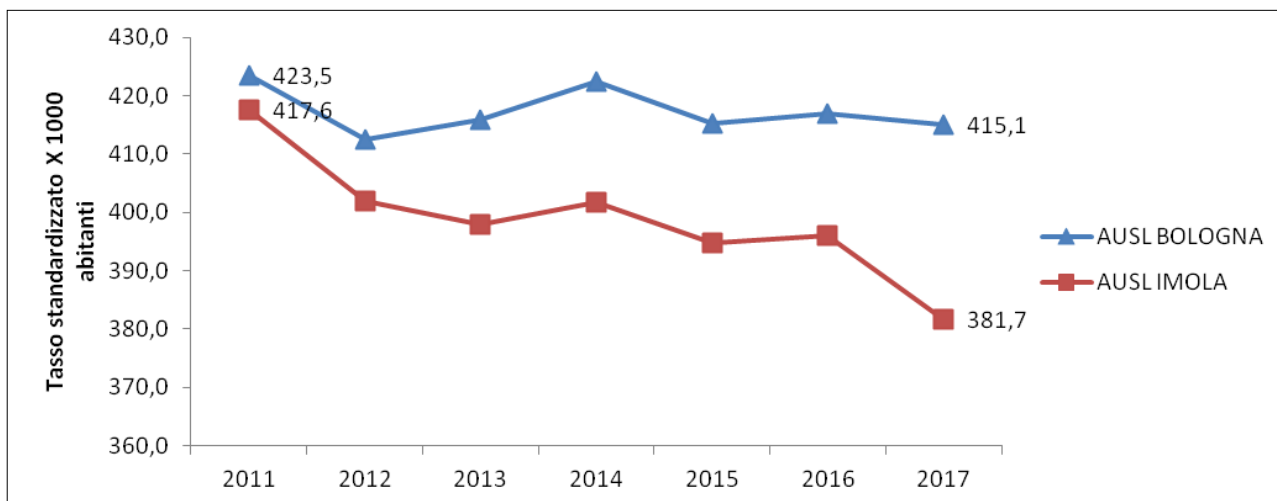
Malattie infettive e parassitarie	34	3,6
Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi	34	3,6
Malformazioni congenite	29	3,1
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	28	3
Malattie endocrine nutrizionali e metaboliche	12	1,3
Malattie del sangue e organi emopoietici	10	1,1
Totale	940	100

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

4.6 PRONTO SOCCORSO

Nel 2017 gli accessi totali al Pronto Soccorso (PS) nella Città Metropolitana di Bologna sono stati 455.908, in leggera diminuzione rispetto al 2016 (-0,8%). A partire dal 2011 si nota un decremento dei tassi di accesso dei residenti, più marcato per il territorio dell'Azienda Usl di Imola, che presenta valori sempre più bassi di quelli dell'Azienda Usl di Bologna (Grafico 4.6).

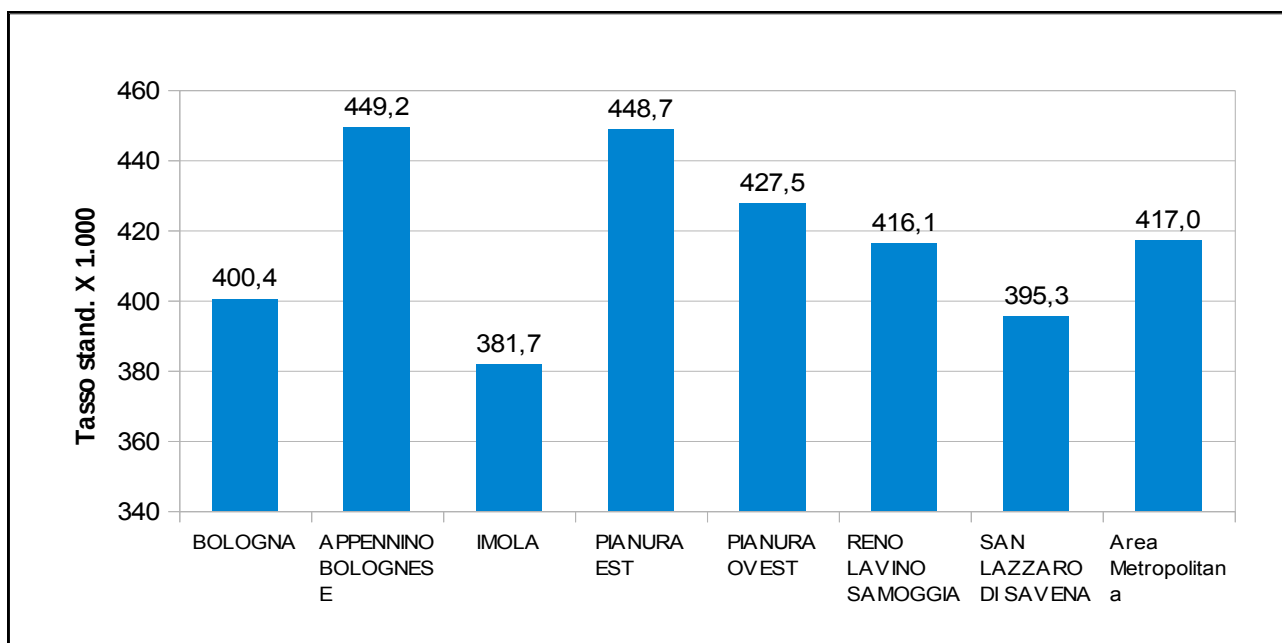
Grafico 4.6 - Tasso standardizzato di accesso al pronto soccorso. Serie storica 2011-2017



Fonte: Azienda AUSL Bologna

Nel grafico 4.7 si nota come il territorio che ha avuto il più alto tasso di accesso al pronto soccorso è l'Appennino Bolognese, seguito da Pianura Est. Imola presenta invece il tasso più basso in assoluto.

Grafico 4.7 - Tasso standardizzato di accesso al pronto soccorso per Distretti. Anno 2017



Fonte: Azienda Usl Bologna

La maggior parte degli accessi è costituito da casi a bassa gravità (codici bianchi e verdi) soprattutto negli Ospedali dell'area della cintura bolognese. I casi più gravi (codici giallo e rosso) sono maggiormente rappresentati nei PS dell'Ospedale Maggiore e dell'AOU S.Orsola-Malpighi (tabella 4.13).

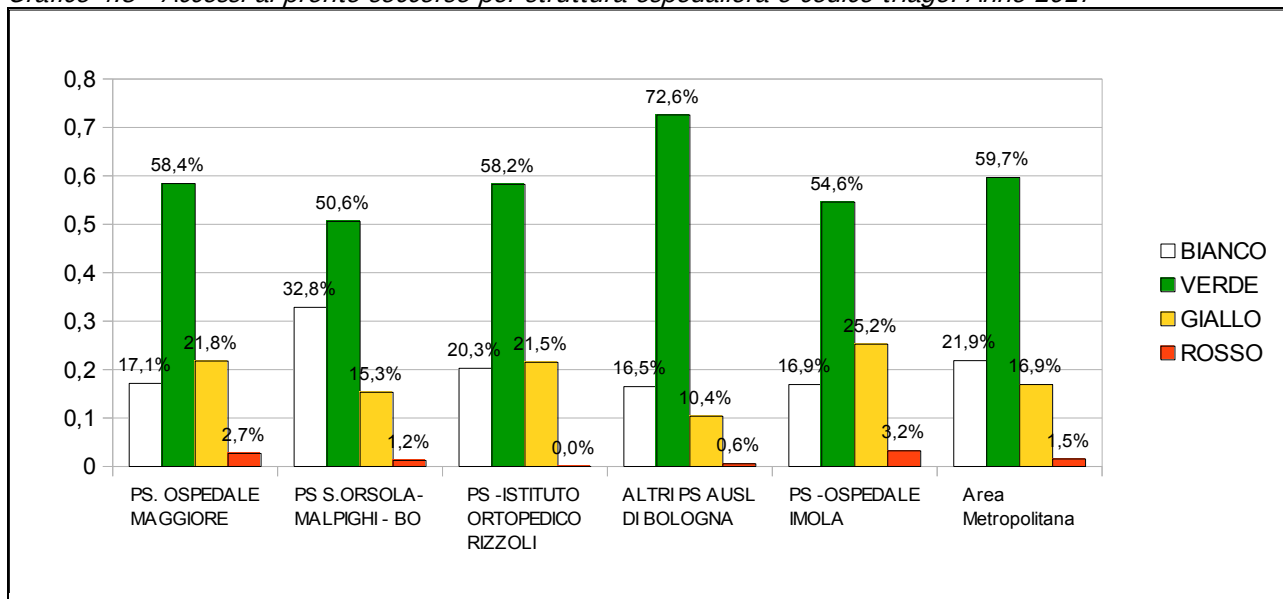
Tabella 4.13 - Accessi al pronto soccorso per struttura ospedaliera. Anno 2017

	Accessi codice bianco	Accessi codice verde	Accessi codice giallo	Accessi codice rosso	Totale Accessi
PS. OSPEDALE MAGGIORE	18.629	63.464	23.646	2.922	108.661
PS S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	45.276	69.754	21.112	1.705	137.847
PS - ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	5.498	15.806	5.833	1	27.138
ALTRI PS AUSL DI BOLOGNA	21.544	94.899	13.552	730	130.725
PS - OSPEDALE IMOLA	8.723	28.139	13.013	1.662	51.537
TOTALE	99.670	272.062	77.156	7.020	455.908

Fonte: Banca dati PS - Regione Emilia-Romagna

Nel 2017 in tutti i PS più del 50% degli accessi è costituito dai codici verdi (range 50,6% - 72,6%). La maggior percentuale di accessi per codici bianchi si registra all'AOU Sant'Orsola Malpighi (32,8%) mentre al PS di Imola si ha la maggior percentuale di codici gialli (25,2%) e codici rossi (3,2%) (Grafico 4.8).

Grafico 4.8 - Accessi al pronto soccorso per struttura ospedaliera e codice triage. Anno 2017

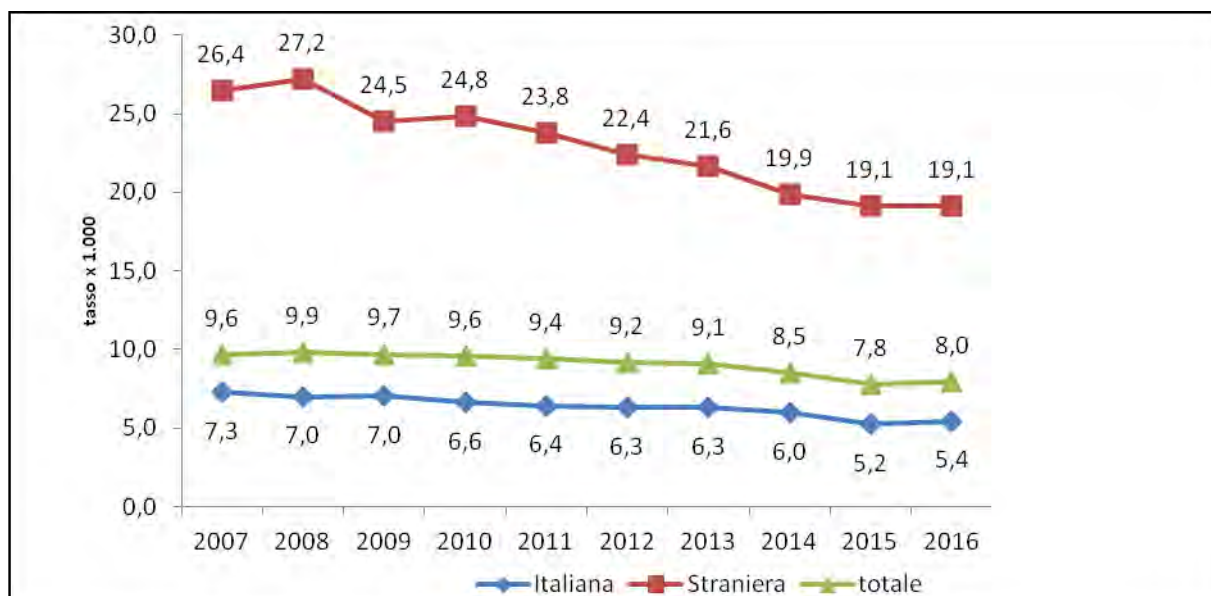


Fonte: Banca dati PS - Regione Emilia-Romagna

4.7 INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA

Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), nell'area metropolitana di Bologna sono in decremento. Nel grafico 1 si nota come dal 2007 al 2016 i valori scendono da 9,6 a 8,0 per mille donne di età 15-49 anni (-16,7%). Tra le straniere il tasso di IVG risulta più elevato; nel 2016 è pari a 19,1 donne per mille in età feconda, ma con un decremento dal 2007 pari al 27,7%, superiore a quello rilevato tra le italiane (-26%).

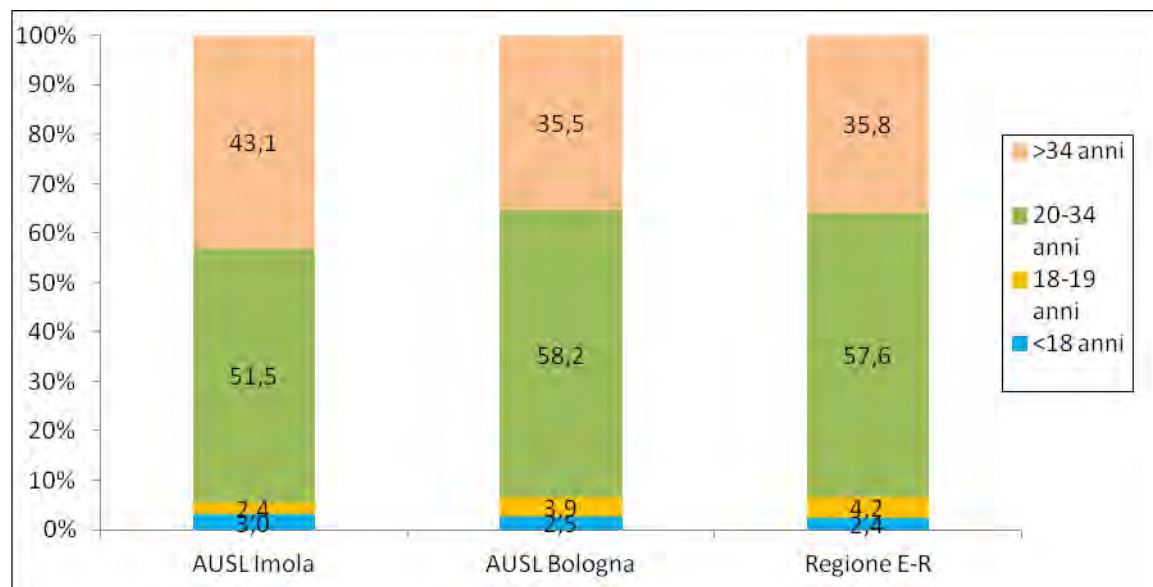
Grafico 4.9 - Andamento tasso di IVG per cittadinanza tra le residenti nell' Area Metropolitana di Bologna. Serie storica 2007-2016



Fonte: Regione Emilia Romagna

Oltre il 50% delle donne che effettuano una IVG ha un'età compresa tra 20 e 34 anni. Nella fascia di età 18-19 anni i valori non raggiungono il 4% e tra le minorenni non superano il 3% (vedi grafico 4.10).

Grafico 4.10 - IVG per classi di età ed AUSL di residenza. Anno 2016



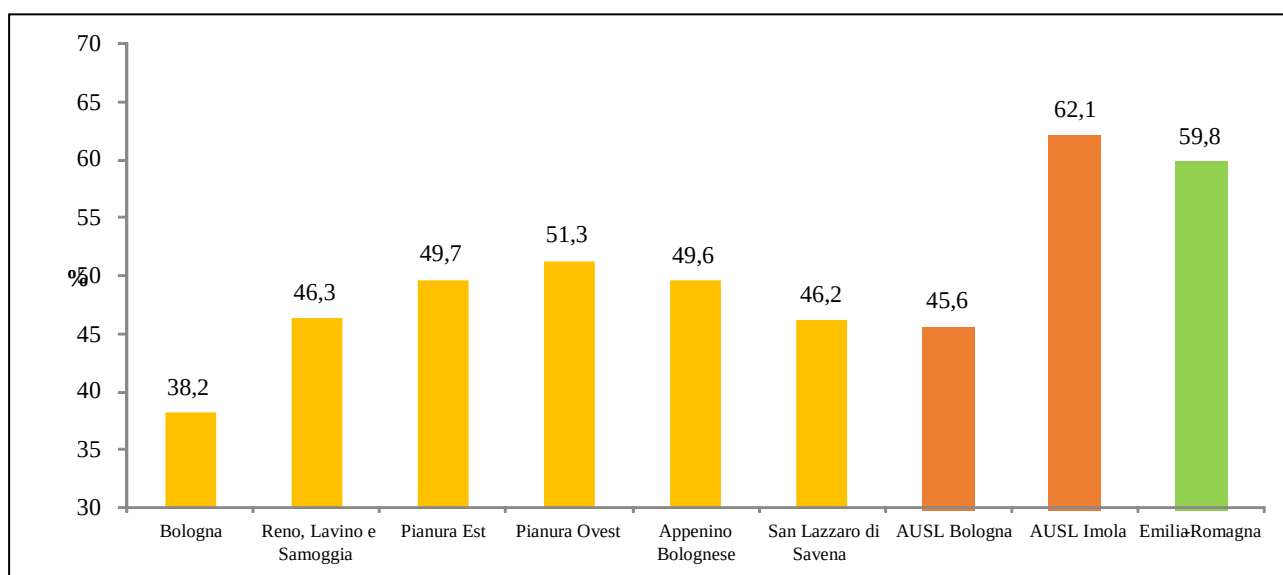
Fonte: Regione Emilia Romagna

5. LA PREVENZIONE

5.1 SCREENING

Lo Screening per il tumore del collo dell'utero si rivolge alle donne di età compresa fra i 25 e i 64 anni, alle quali viene offerto il pap-test o l'HPV test quale test di 1° livello⁶. La popolazione femminile interessata dal programma al 1/1/2017 è costituita da 274.626 donne (238.495 per l'AUSL di Bologna e 36.131 per l'AUSL di Imola). L'adesione allo screening è molto variabile in relazione al territorio di residenza; il valore più alto si è avuto nel territorio di Imola (62,1%) mentre il Distretto di Bologna ha il valore più basso (38,2%) (vedi Grafico 5.1).

Grafico 5.1 - Adesione corretta al programma di screening cervicale, popolazione femminile 25-64 anni, Rilevazione puntuale al 31/12/2016



Fonte dati Regione Emilia-Romagna

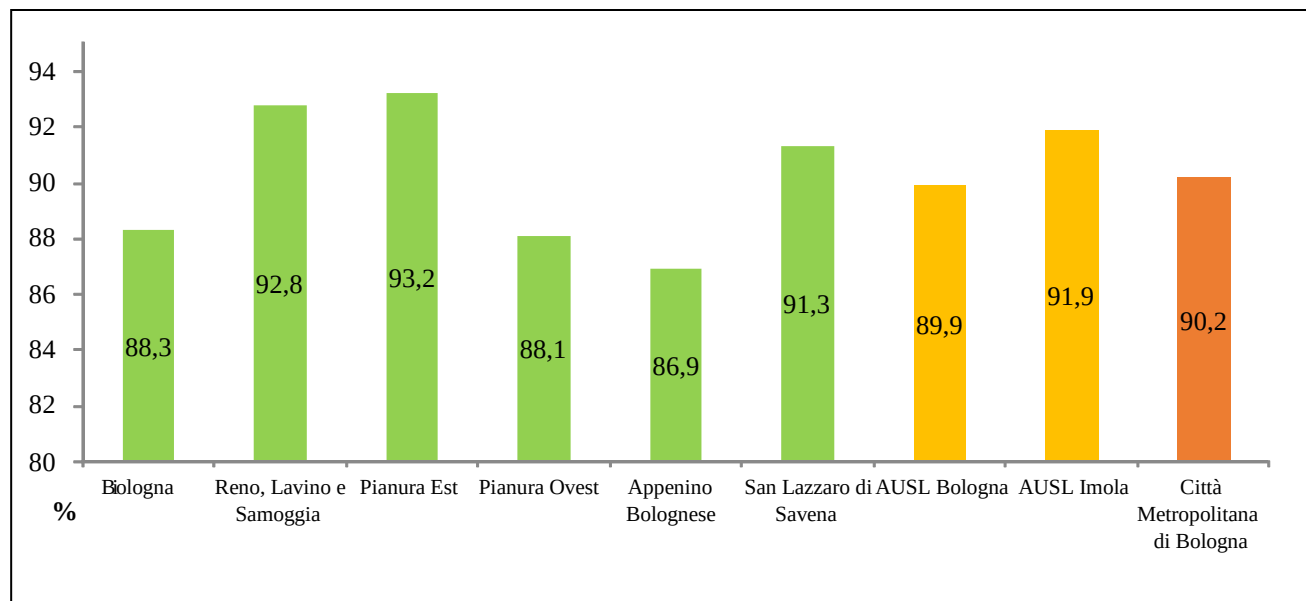
La percentuale di copertura è presumibilmente sottostimata in quanto esiste, soprattutto nell'area di Bologna, una percentuale consistente di popolazione che effettua il test autonomamente, presso ginecologi liberi professionisti (comportamento che appare ricorrente nei grandi centri urbani).

Per quanto riguarda la stima della copertura complessiva, considerando anche le donne che eseguono il test di screening autonomamente al di fuori del programma, si può fare riferimento ai dati derivanti dal sistema di sorveglianza PASSI.

Nel periodo 2013-2016, nell'Area Metropolitana il 90,2% delle donne 25-64enni intervistate ha riferito di aver eseguito un test preventivo nei tempi raccomandati. Il valore più alto di copertura si ha nel Distretto Pianura Est (93,2%) e quello più basso nell'Appennino Bolognese (86,9%) (Grafico 5.2).

⁶ Dall'anno 2016, è stato introdotto l'HPV test quale test di screening primario del collo dell'utero, per le donne di età compresa tra i 30 e i 64 anni, sostituendosi al Pap Test (che è diventato test di secondo livello). L'intervallo di screening per le donne negative all'HPV test è quinquennale. Si è mantenuto il Pap Test con intervallo triennale quale test primario invece per le donne più giovani, di età compresa tra i 25 e i 29 anni.

Grafico 5.2. Donne di 25-64 anni (%) che hanno eseguito pap-test (o HPV) nei tempi raccomandati per Distretto.



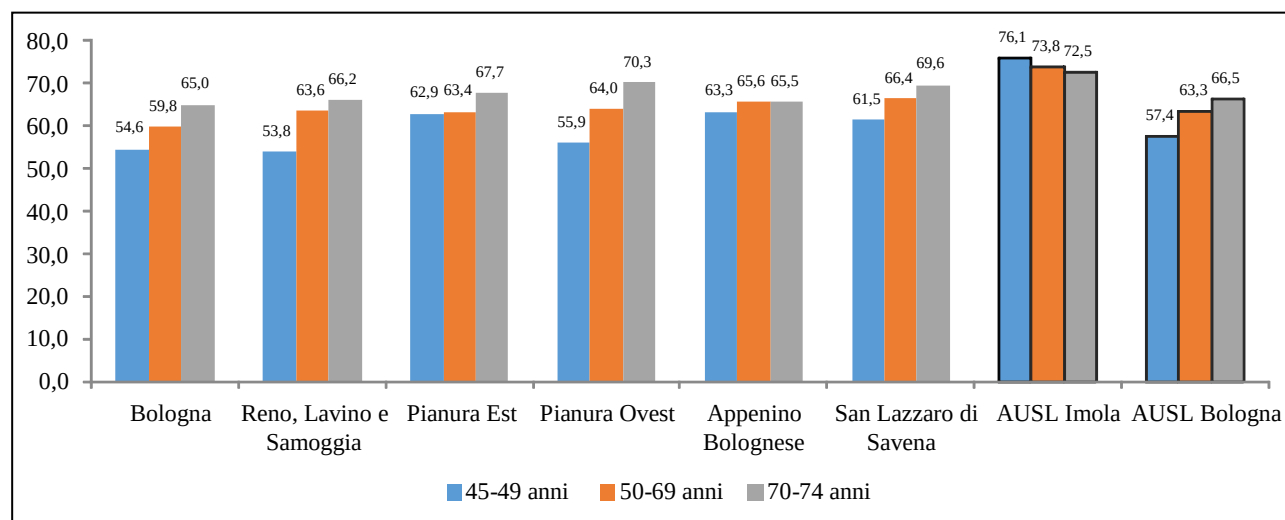
Fonte dati PASSI 2013-2016

Lo Screening per il tumore della mammella si rivolge alle donne di età compresa fra i 45 e 74 anni, alle quali viene offerta la mammografia quale test di 1° livello con periodicità annuale per le classi di età 45-49 e biennale per le classi di età 50-74 anni.

La popolazione femminile interessata dal programma in Area Metropolitana è costituita all' 1/1/2017 da 206.096 donne (178.947 nel territorio di Bologna e 27.149 nel territorio di Imola).

Nella classe di età 45-49 anni l'adesione più alta allo screening si rileva nel territorio di Imola (76,1%), la più bassa nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia (53,8%). Nella classe 50-69 anni la maggior adesione si ha di nuovo nel territorio di Imola (73,8%) e la più bassa a Bologna. Nella classe di età più anziana (70-74 anni) Imola ha ancora il valore più alto di adesione (72,5%) e il valore più basso si riscontra ancora a Bologna (65%) (Grafico 5.3).

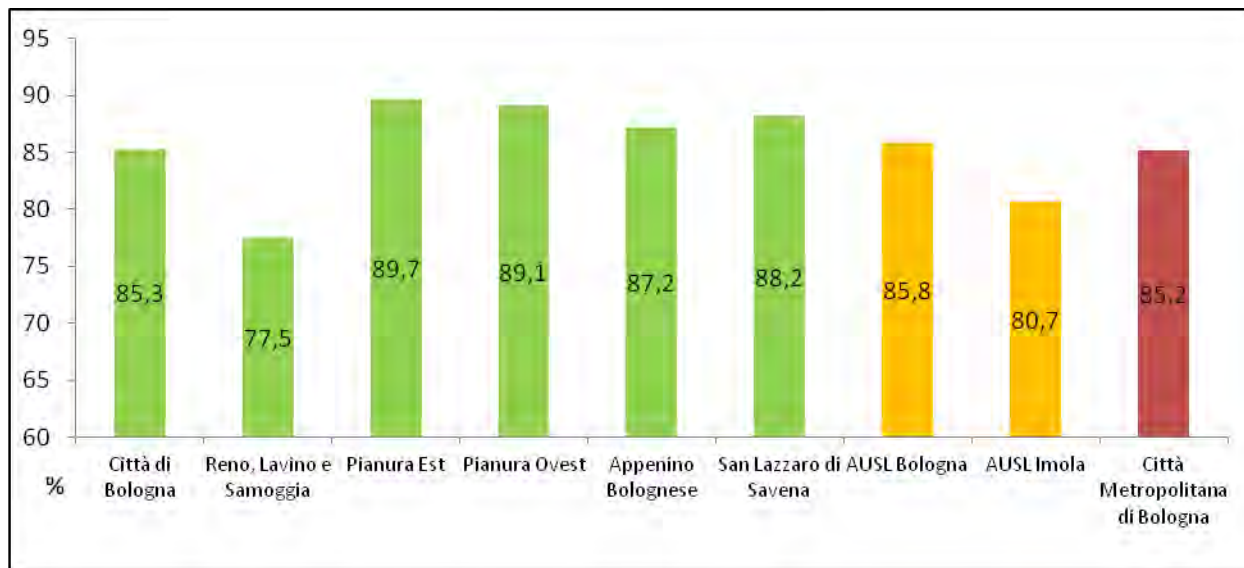
Grafico 5.3 - Adesione corretta al programma di screening mammografico per classi di età e territorio di residenza. Rilevazione puntuale al 31/12/2016



Fonte dati Regione Emilia-Romagna

Nel periodo 2013-2016, nella Città Metropolitana di Bologna l'85,2% delle donne 45-69enni, intervistate nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, ha riferito di aver eseguito una mammografia in assenza di sintomi nei tempi raccomandati. Il grafico 4 evidenzia che la copertura più alta si ha nel Distretto Pianura Est (89,7%) mentre quella più bassa nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia (77,5%).

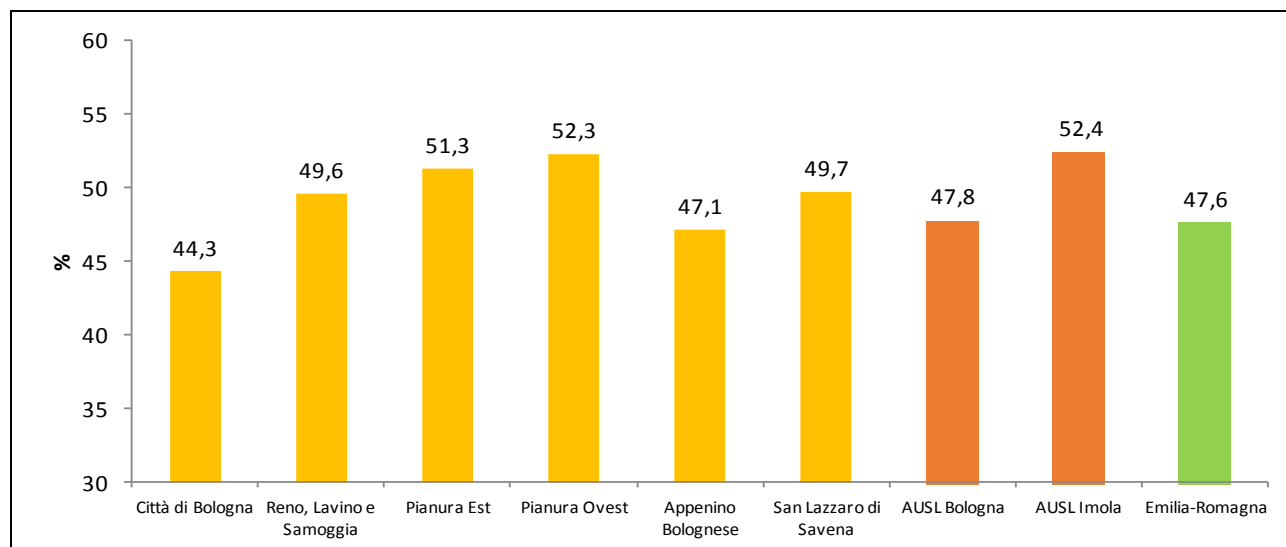
Grafico 5.4 - Donne di 45-69 anni (%) che hanno eseguito una mammografia preventiva nei tempi raccomandati per Distretto e AUSL



Fonte dati: Indagine passi 2013-2016

Lo screening per il tumore del colon retto si rivolge ad uomini e donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni con l'offerta di un esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT), con intervallo biennale. La popolazione interessata da questo programma al 1/1/2017 è di 264.367 persone. L'adesione all'invito del totale della popolazione bersaglio varia da un valore massimo di 52,4% nel territorio di Imola al valore più basso (44,3%) del Distretto Bologna (Grafico 5.5).

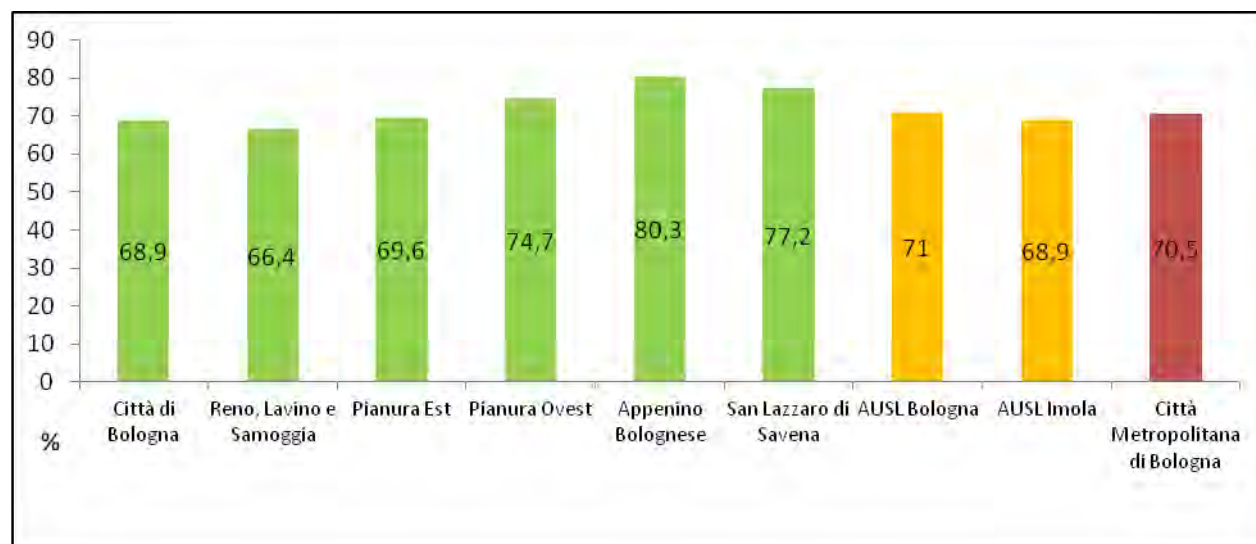
Grafico 5.5 - Adesione corretta al programma di screening coloretale della popolazione 50-69 anni. Rilevazione puntuale al 31/12/2016



Fonte dati Regione Emilia-Romagna

Nel periodo 2013-2016 nella Città Metropolitana di Bologna il 70,5% delle persone 50-69enni intervistate nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI ha riferito di aver eseguito negli ultimi 2 anni un esame per la ricerca del sangue occulto fecale. I dati sull'esecuzione del test nei singoli Distretti oscillano tra l'80,3% dell'Appennino Bolognese e il 66,4% di Reno, Lavino e Samoggia (Grafico 5.6).

Grafico 5.6 - Persone di 50-69 anni (%) che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto fecale negli ultimi 2 anni per Distretto e AUSL



Fonte dati: Indagine PASSI 2013-2016

5.2 COPERTURE VACCINALI

5.2.1 COPERTURE VACCINALI NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

Le vaccinazioni sono tra gli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive, strumento essenziale per la salute della popolazione e soprattutto dell'infanzia. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie.

Dal 2011, tuttavia, le coperture vaccinali hanno mostrato un andamento in diminuzione, indicativo di una minore adesione ai programmi in atto e una minore fiducia della popolazione nei confronti di questa arma di prevenzione. Nel 2016 e nel 2017, grazie alla Legge che l'Emilia-Romagna si è data sugli obblighi vaccinali, seguita dalla legge nazionale (Legge 119/2017) la copertura è di nuovo in aumento (tabella 5.1).

L'AUSL di Imola e di Bologna hanno nel 2017 una copertura vaccinale al 12° mese più alta di quella regionale per tutte le tipologie di vaccini.

Tabella 5.1 - Copertura vaccinale nei bambini al 12° mese al 31/12/2017

Anno	Obbligatorie al 12° mese (%)			Pertosse al 12° mese (%)			Emofilo b al 12° mese (%)			Pneumococco al 12° mese (%)		
	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER
2010	96,7	98	96,8	96,9	98,1	96,9	96,4	97,9	96,8	95,1	96,1	95,5
2011	96,7	98,4	96,9	96,7	98,3	96,8	96,5	97,8	96,5	95,2	96,4	95,2
2012	96,4	98,2	96,6	96,4	98,1	96,6	96	98	96,3	94,9	97	95,5
2013	96,7	96,1	95,7	96,7	96,3	95,7	96,4	95,7	95,4	95,2	94,2	94,5
2014	95,6	96,8	94,7	96	96,9	94,7	95,4	96,2	94,3	93,5	94,5	93,1
2015	94,7	96	94,4	95,4	96,1	94,7	94,4	95,6	94,1	94,1	93,7	93,2
2016	96,7	97,8	95,8	97,3	98	96,2	96,8	97,5	95,8	95,6	96,2	94,8
2017	98,1	98,4	97,1	98,3	98,5	97,3	97,9	98,2	97	97	97,6	96,3

Fonte dati: Regione Emilia-Romagna

La copertura al 24° mese, calcolata in riferimento ai bambini che hanno eseguito tutte e quattro le vaccinazioni storicamente obbligatorie (antipolio, antidifterite, antitetano, antiepatite B), risulta pari al 94,2%, nell'Ausl di Bologna e al 96,9% nell'Ausl di Imola, in aumento rispetto al 2016 (92,3% e 94,5% rispettivamente).

Anche la copertura al 24° mese per MPR (morbillo-parotite-rosolia), in costante diminuzione fino al 2016, vede un aumento di quasi 4 punti percentuali nell'AUSL di Bologna (90,9%) e in quella di Imola (92,9%).

I dati di copertura vaccinale calcolati al 7° anno di vita si riferiscono ai bambini che entro il 7° compleanno hanno effettuato **due** dosi di morbillo, parotite e rosolia (MPR). Tale copertura vaccinale risulta ancora in calo per l'AUSL di Bologna (85,3%) mentre è in lieve aumento per l'AUSL di Imola (91,7%) (tabella 5.2).

I dati di copertura vaccinale calcolati al 16° anno di vita si riferiscono ai bambini che entro il compimento dei 16 anni hanno effettuato **una** dose di meningococco C. Nel 2017 anche questa copertura è aumentata di quasi cinque punti percentuali nell'AUSL di Bologna (89,1%) e di quasi tre punti percentuali nell'AUSL di Imola (91,8%) (tabella 5.2).

Tabella 5.2 - Copertura vaccinale nei bambini al 24° mese, al 7° anno e al 16° anno al 31/12/2017

Anno	Obbligatorie al 24° mese (%)			MPR al 24° mese (%)			MPR a 7 anni. Vaccinati con 2 dosi (%)			Meningococco a 16 anni (%)		
	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER
2010	96,1	97,5	96,5	91,9	96,2	92,7	89	94	89,4	78,3	86,9	76,3
2011	96,2	98,4	96,2	92,4	96,6	92,8	88	92,3	89,6	75,2	90,1	78,7
2012	95,7	98,2	96,1	91,4	95	92,4	88,7	96	89,6	77,2	91,2	80,4
2013	96,1	97	95,7	91,8	94	91,1	90,5	94,5	90,9	80,4	90,3	81
2014	95,2	95,3	94,5	89,1	89,7	88,1	90	93	90,3	82	90,6	82,8
2015	93,4	95,8	93,4	86,3	90,1	87	87,9	96	88,9	81	87,4	82,9
2016	92,3	94,5	92,4	86,7	89,3	87,2	86,9	90,9	87,7	84,4	89,3	84,2
2017	94,2	96,9	94,2	90,9	92,9	91,1	85,3	91,7	88,5	89,1	91,8	88,3

Fonte dati: Regione Emilia-Romagna

5.2.2 COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

A partire dalla campagna vaccinale 2009/2010 si è verificata una progressiva riduzione della copertura nella popolazione di età ≥ 65 anni fino alla stagione 2014/2015. Nelle ultime due campagne vaccinali si è invertita la tendenza, con un lieve incremento anche se i valori di copertura sono ancora ben lontani dal valore ottimale.

Tabella 5.3 - Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età ≥ 65 anni

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
AUSL Bologna	72,4	65,7	62,9	55,7	55,8	50,1	52,3	53,6
AUSL Imola	71,2	63,3	64,9	56,9	58,2	51,6	54,8	52,9
Regione Emilia-Romagna	73	63,3	63,6	54,7	55,8	50	51,5	52,7

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

5.3 CONSULTORI FAMILIARI

Le analisi illustrate nel presente capitolo si basano sui dati del flusso informativo dei Consultori familiari (SICO) relativi all'anno 2016 e comprendono tutta l'attività svolta dalle tre diverse tipologie di consultori (familiari, giovani e donne immigrate).

Al 31/12/2016 erano presenti nel territorio della Città Metropolitana di Bologna 40 Consultori Familiari, 9 Spazi Giovani e 4 Spazi Donne Immigrate e loro Bambini. La distribuzione per Distretto è riportata nella tabella 5.4.

Tabella 5.4 - Consultori Familiari, Spazio Giovani e Spazio Donne Immigrate per Distretto. Anno 2016

	CONSULTORIO FAMILIARE	SPAZIO DONNE IMMIGRATE E LORO BAMBINI	SPAZIO GIOVANI	TOTALE
BOLOGNA	9	1	1	11
APPENNINO BOLOGNESE	5	1	1	7
IMOLA	4	1	3	8
PIANURA EST	9	0	1	10
PIANURA OVEST	5	0	1	6
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	4	0	1	5
SAN LAZZARO DI SAVENA	4	1	1	6
AREA METROPOLITANA	40	4	9	53

Fonte: Azienda USL di Bologna

5.3.1 UTENTI

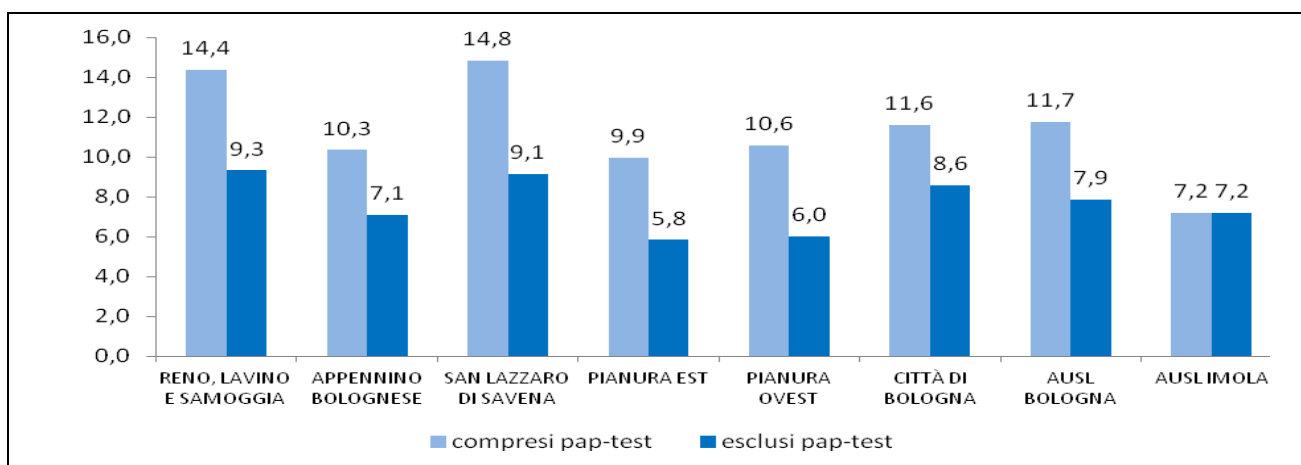
Gli utenti che nel 2016 si sono rivolti ai servizi consultoriali sono pari a 70.491.

Nel grafico 5.6 si nota come tra i vari Distretti ci sia una grande variabilità nel rapporto tra utenti e popolazione target: si va da un minimo di 7,2 di Imola ad un massimo di 14,8 di San Lazzaro di Savena⁷. Va specificato che il valore minimo dell'AUSL di Imola è in parte attribuibile al fatto che i Pap test di screening non sono di competenza dei consultori familiari e quindi i dati relativi a

⁷ Gli utenti sono stati conteggiati in base all'Azienda di appartenenza del/i consultorio/i a cui si sono rivolti e non all'Azienda di residenza.

questa attività non vengono inviati al flusso informativo del SICO. Infatti calcolando il rapporto tra il numero di utenti (escluso quelli che hanno effettuato solamente un Pap test) e popolazione target (x100) risulta che l'Azienda Bologna e quella di Imola hanno un rapporto tra utenti e popolazione target simili.

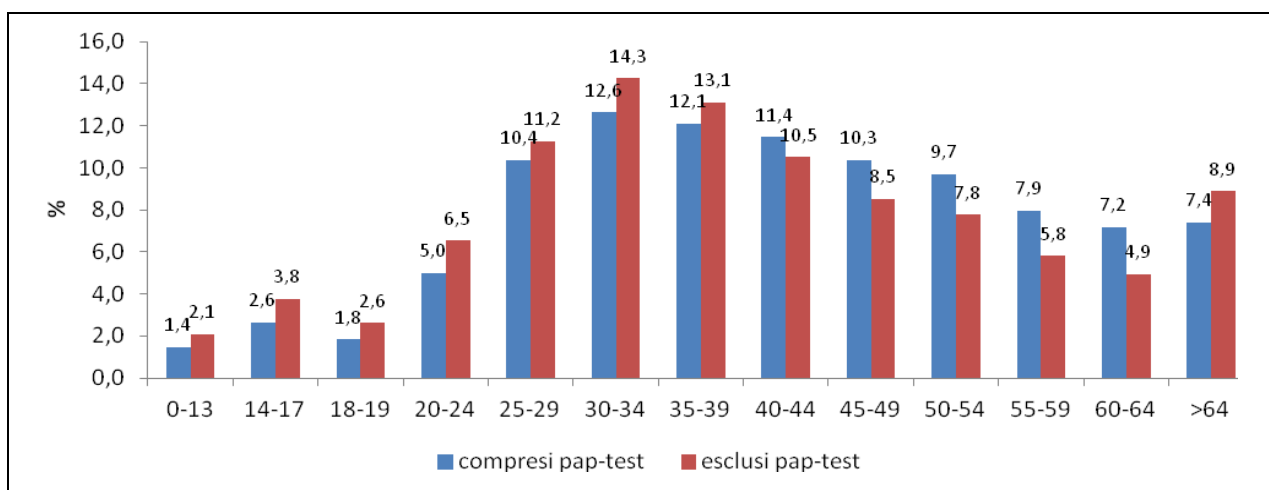
Grafico 5.6 - Numero degli utenti/popolazione target x 100 per Distretto e AUSL



Fonte: Azienda USL Bologna

La distribuzione per classi di età degli utenti totali (Grafico 5.7) mostra che la maggioranza dell'utenza si concentra nelle classi 30-34 anni (12,6%), 35-39 anni (12,1%) e 40-44 anni (11,4%). Se si escludono le donne che hanno effettuato esclusivamente il pap test, la distribuzione mostra che la maggioranza dell'utenza si concentra nelle classi 30-34 anni (14,3%), 35-39 anni (13,1%) e 25-29 anni (11,2%).

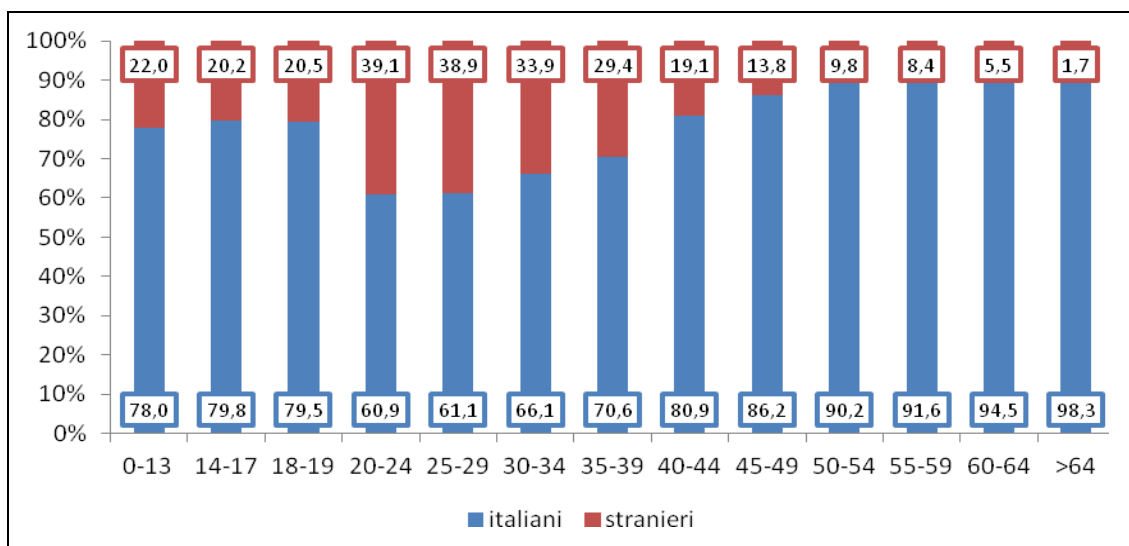
Grafico 5.7 - Percentuale di utenti dei consultori familiari per classe di età nell' Area Metropolitana di Bologna



Fonte: Azienda USL Bologna

Il grafico 5.8 mostra come all'interno delle classi di età la maggior percentuale di utenti stranieri è presente nelle classi 20-24 anni (39,1%), 25-29 anni (38,9%), e 30-34 anni (33,9%).

Grafico 5.8 - Numero di utenti per classe di età e cittadinanza nell'Area Metropolitana di Bologna



Fonte: Azienda USL Bologna

5.3.2 UTENTI PER AREA DI ATTIVITA' E PER CITTADINANZA

Nella tabella 5.5 si nota come il 45,5% degli utenti si rivolge ai Consultori per la prevenzione oncologica, il 23% per problemi legati alla ginecologia/andrologia, il 15,9% per la nascita, il 4,5% per problematiche psicologiche e relazionali, il 3,6% per il controllo della fertilità, il 2,9% per problemi connessi alla menopausa e il 2,7% per IVG. Il numero di utenti per l'Area IVG corrisponde al numero di accessi, in quanto a causa dell'anonimato che viene garantito non è possibile contare una sola volta gli utenti che fanno più accessi. Il dato è quindi verosimilmente sovrastimato.

Tabella 5.5 - Numero di utenti per area di attività e per cittadinanza

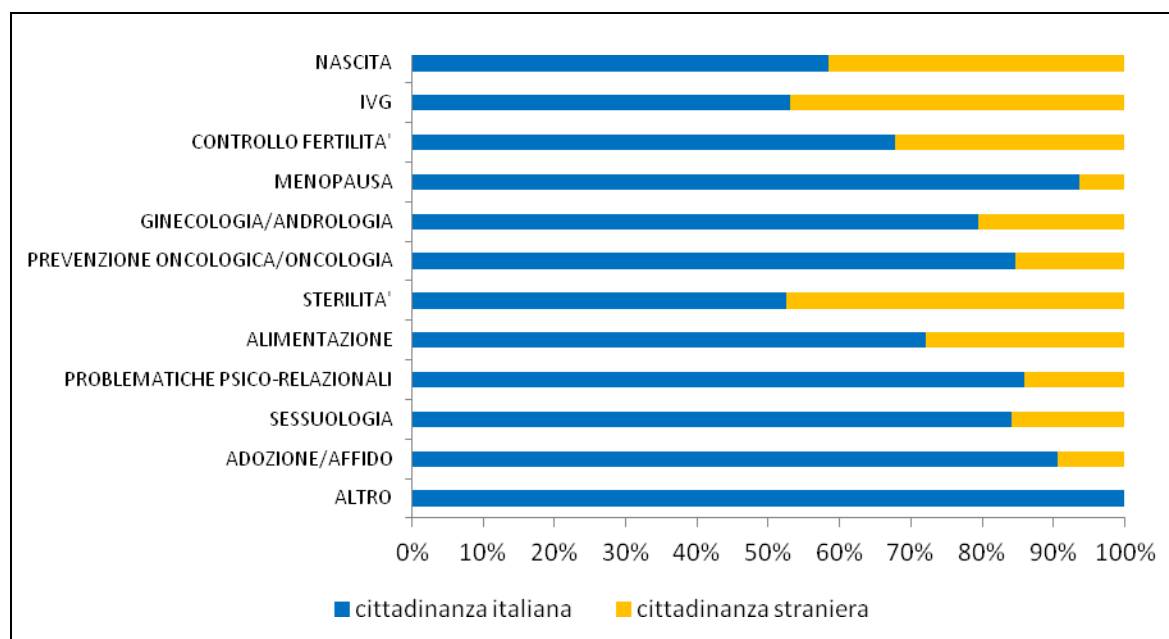
Area Attività	N	%
NASCITA	12.823	15,9%
IVG	2.177	2,7%
CONTROLLO FERTILITA'	2.888	3,6%
MENOPAUSA	2.365	2,9%
GINECOLOGIA/ANDROLOGIA	18.559	23,0%
PREVENZIONE ONCOLOGICA/ONCOLOGIA	36.733	45,5%
STERILITA'	365	0,5%
ALIMENTAZIONE	68	0,1%
PROBLEMATICHE PSICO-RELAZIONALI	3.637	4,5%
SESSUOLOGIA	44	0,1%
ADOZIONE/AFFIDO	1.046	1,3%
ALTRO	2	0,0%
TOTALE	80.707	100,0%

Fonte: Azienda USL Bologna

Analizzando le diverse aree di attività in base alla cittadinanza degli utenti (Grafico 5.9), risulta che la percentuale degli utenti stranieri è più alta per l'area sterilità (47,4%), per l'interruzione

volontaria di gravidanza (46,9%), per l'area nascita (41,6%) e per il controllo della fertilità (32,3%).

Grafico 5.9 Percentuale di utenti in base alla cittadinanza per area di attività



Fonte: Azienda USL Bologna

I Distretti in cui si ha la maggior percentuale di accessi ai consultori e di utenti rispetto alla popolazione target sono Reno, Lavino e Samoggia, Bologna e San Lazzaro di Savena. Nei Distretti di San Lazzaro di Savena e Reno, Lavino e Samoggia si ha anche la percentuale più alta di utenti stranieri rispetto alla popolazione target di cittadinanza straniera (rispettivamente il 23,3% e il 22%). La percentuale di gravide in carico rapportate al numero di nati residenti varia dal 91,2% di Reno, Lavino e Samoggia al 51,6% di Imola (vedi Tabella 5.6).

Tabella 5.6 - Indicatori di attività per Distretto di erogazione

	accessi su pop target	utenti su pop target	utenti stranieri su pop target straniera	prestazioni su tot utenti	prestazioni su tot accessi	gravide in carico su nati residenti
	%	%	%	%	%	%
BOLOGNA	26	11,6	14,4	2,7	1,2	71,8
APPENNINO BOLOGNESE	21,7	10,3	17,2	2,2	1	56,2
IMOLA	24,4	7,2	14,5	3,4	1	51,6
PIANURA EST	17,2	9,9	16	1,9	1,1	51,7
PIANURA OVEST	19,5	10,6	14,9	2	1,1	58
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	28,3	14,4	22	2,1	1	91,2
SAN LAZZARO DI SAVENA	25	14,8	23,3	2	1,2	69,2

Fonte: Azienda USL Bologna

5.4 SALUTE E LAVORO

Da alcuni anni l'INAIL mette a disposizione dei Servizi delle AUSL i dati degli infortuni e malattie professionali relativi alle aziende/unità locali presenti nel proprio territorio (nuovi Flussi INAIL). Questo consente il dettaglio territoriale, ma restringe il periodo di osservazione in media a circa uno- anni prima. L'ultimo aggiornamento disponibile fornisce i dati sugli eventi denunciati e definiti al 31/12/2016.

5.4.1 INFORTUNI SUL LAVORO

Il grafico riporta l'andamento del numero assoluto di infortuni sul lavoro avvenuti nel territorio metropolitano negli anni 2000-2016 in tutte le gestioni, Industria/Servizi/Commercio, Agricoltura e Conto Stato, in termini di:

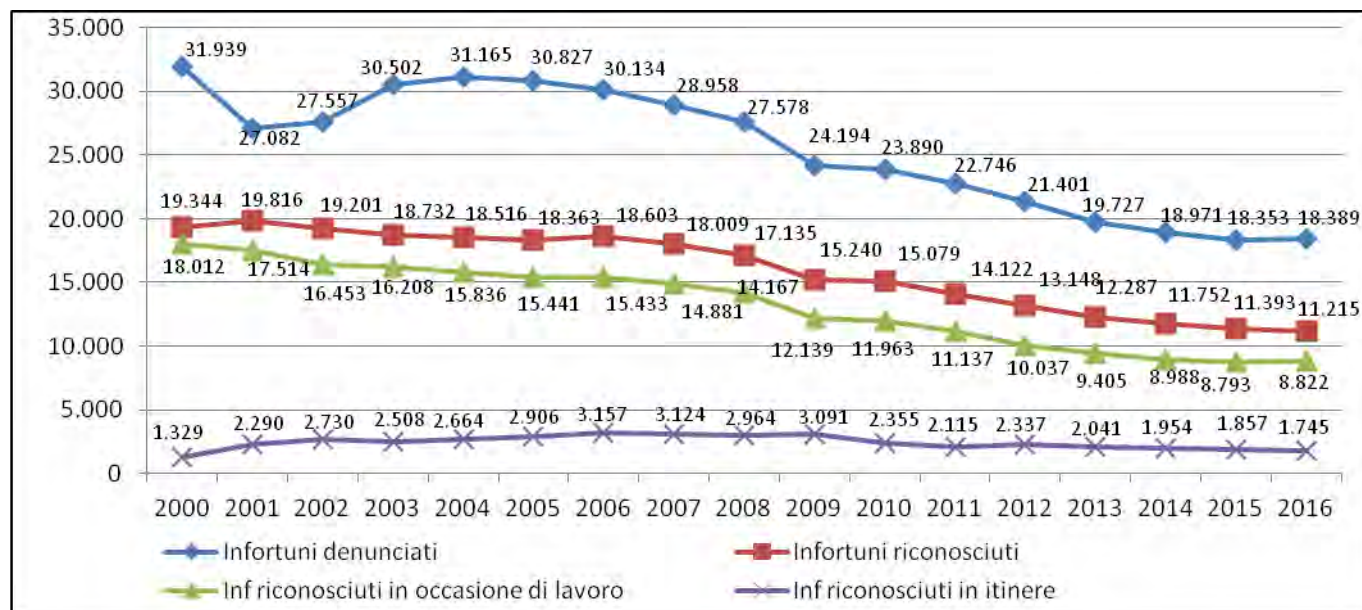
- **Infortuni denunciati**, totale eventi notificati all'Istituto Assicuratore (INAIL) compresi anche infortuni per i quali non è obbligatoria la denuncia (casi in franchigia con durata dell'inabilità temporanea inferiore a 4 giorni)
- **Infortuni riconosciuti**, eventi per i quali è stato completato l'iter sanitario e amministrativo e che rispondono alla definizione di infortunio sul lavoro, ovvero conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione di lavoro da cui deriva morte, inabilità permanente, assoluta o parziale, o inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni; rappresentano il dato più importante da considerare. Gli infortuni riconosciuti vengono distinti in base alla modalità di accadimento in:
 - **in occasione di lavoro**, eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, cioè causati da fattori direttamente legati al lavoro, con esclusione degli eventi in itinere
 - **in itinere**, eventi avvenuti nel tragitto tra sede del lavoro e abitazione o luogo del pasto.

L'andamento degli infortuni mostra una progressiva diminuzione fino al 2015 degli infortuni denunciati e riconosciuti e, di questi, degli infortuni avvenuti in occasione di lavoro.

Il trend è riconducibile sia al mutamento delle attività e delle modalità produttive, sia alla sensibilità nei confronti della prevenzione da parte di datori di lavoro, preposti e lavoratori. In anni più recenti, anche l'effetto della crisi economica ha comportato una notevole riduzione delle ore lavorate e del conseguente rischio di infortunio.

Gli infortuni in itinere mostrano invece un incremento fino al 2009 per uniformarsi al trend in diminuzione negli anni successivi.

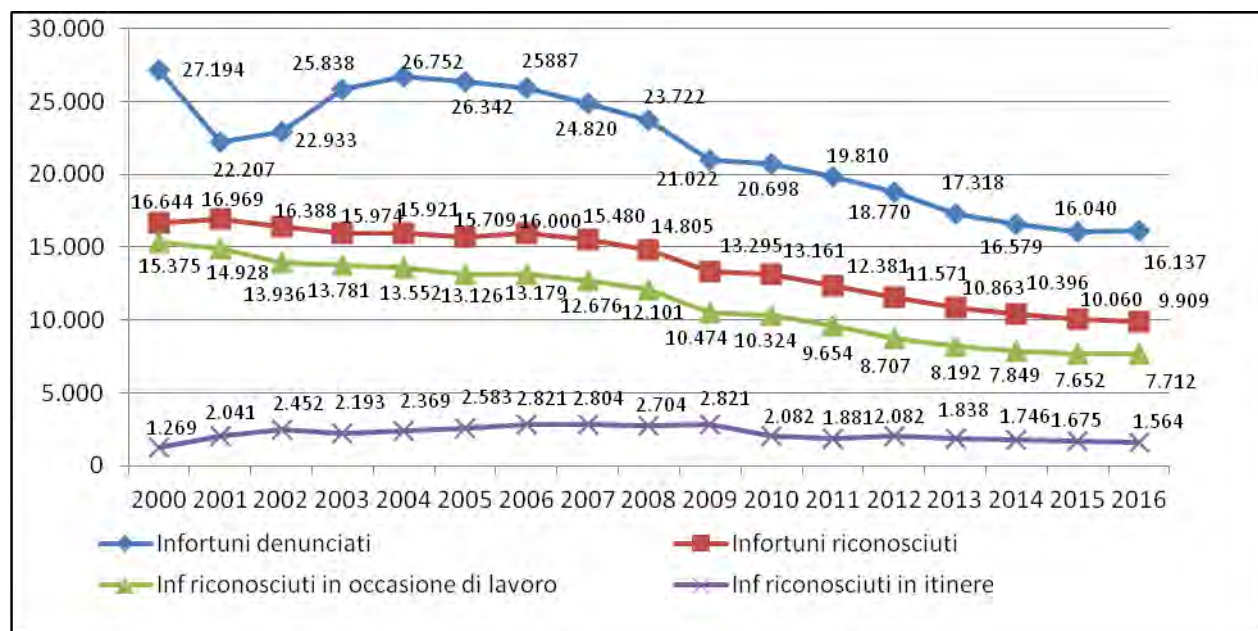
Grafico 5.10 - Andamento degli infortuni nel periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): Città Metropolitana di Bologna



Fonte: INAIL

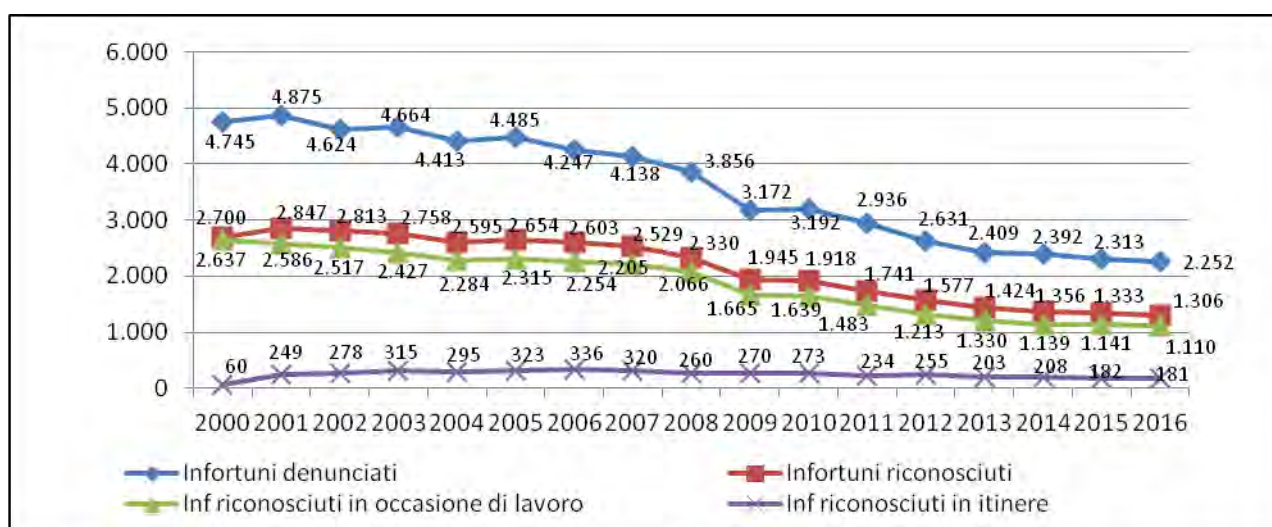
L'analisi dell'andamento per territori delle due aziende USL mostra che il lieve aumento degli infortuni denunciati e di quelli riconosciuti in occasione di lavoro, registrato nel 2016, riguarda il territorio dell'AUSL di Bologna (Grafici 5.11 e 5.12).

Grafico 5.11 - Andamento degli infortuni nel periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Bologna



Fonte: INAIL

Grafico 5.12 - Andamento degli infortuni nel periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Imola

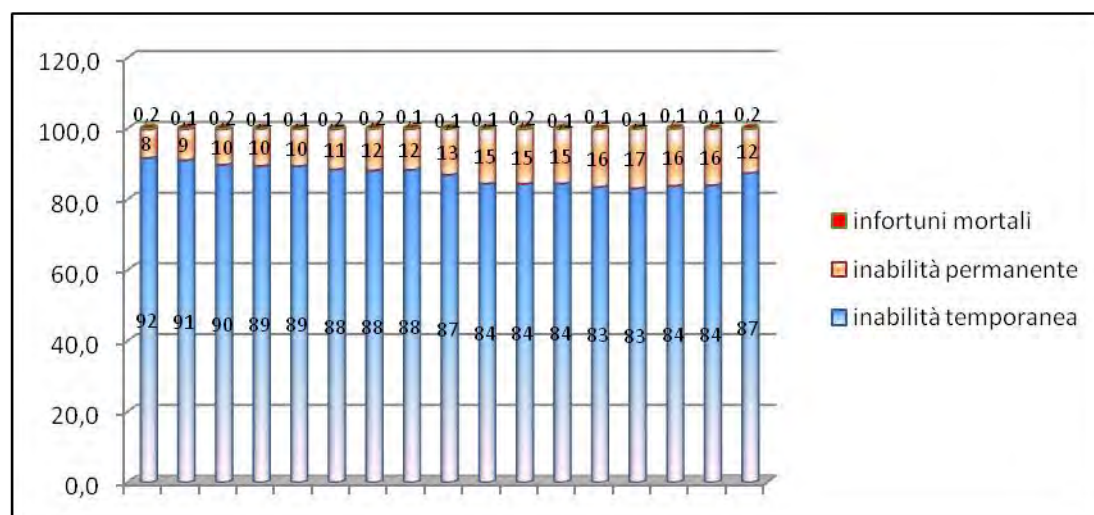


Fonte: INAIL

Il grafico successivo riporta la distribuzione percentuale degli infortuni, sul totale degli infortuni riconosciuti, in base al tipo di conseguenze provocate dall'evento: con *inabilità temporanea* (cioè con incapacità di svolgere l'attività lavorativa per un limitato periodo di tempo), con *inabilità permanente* (cioè con una menomazione permanente di varia entità), *mortali*.

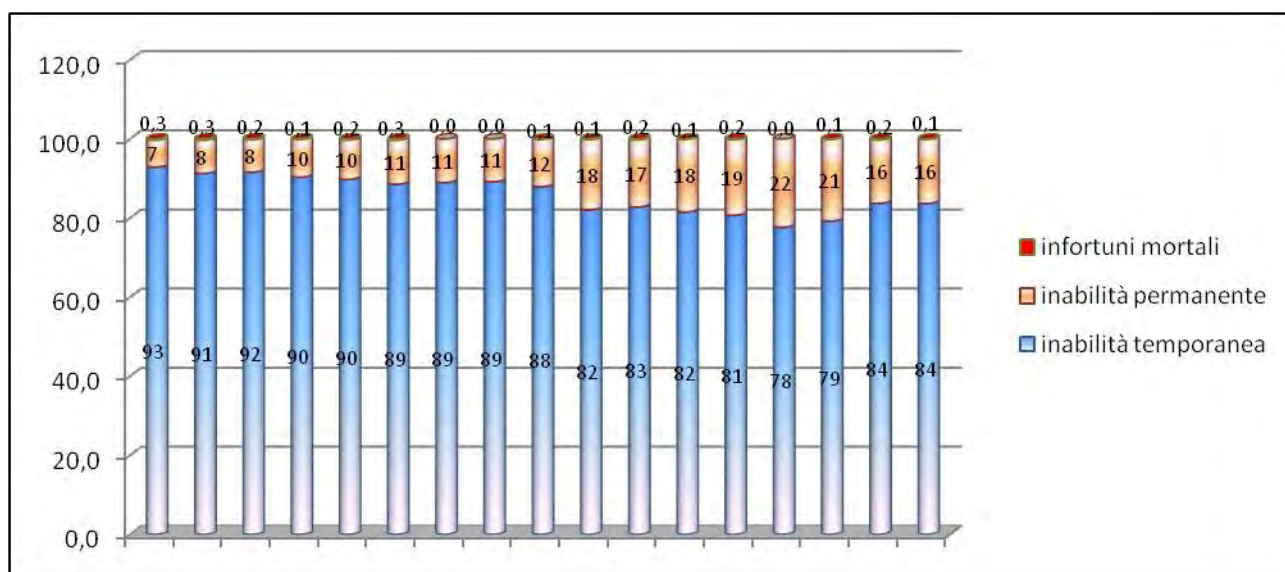
Appare come, nel quadro di un calo complessivo del fenomeno, la riduzione sia a carico soprattutto degli infortuni che comportano inabilità temporanea mentre aumentano percentualmente quelli che comportano inabilità permanente. I mortali restano abbastanza stabili con oscillazioni intorno allo 0,1% anche se, probabilmente per l'iniziale uscita dal periodo di crisi, in lieve aumento in termini di numero assoluto: 15 nel 2016, 11 nel 2015 e 8 nel 2014.

Grafico 5.13 - Distribuzione percentuale degli infortuni riconosciuti periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): Città Metropolitana di Bologna



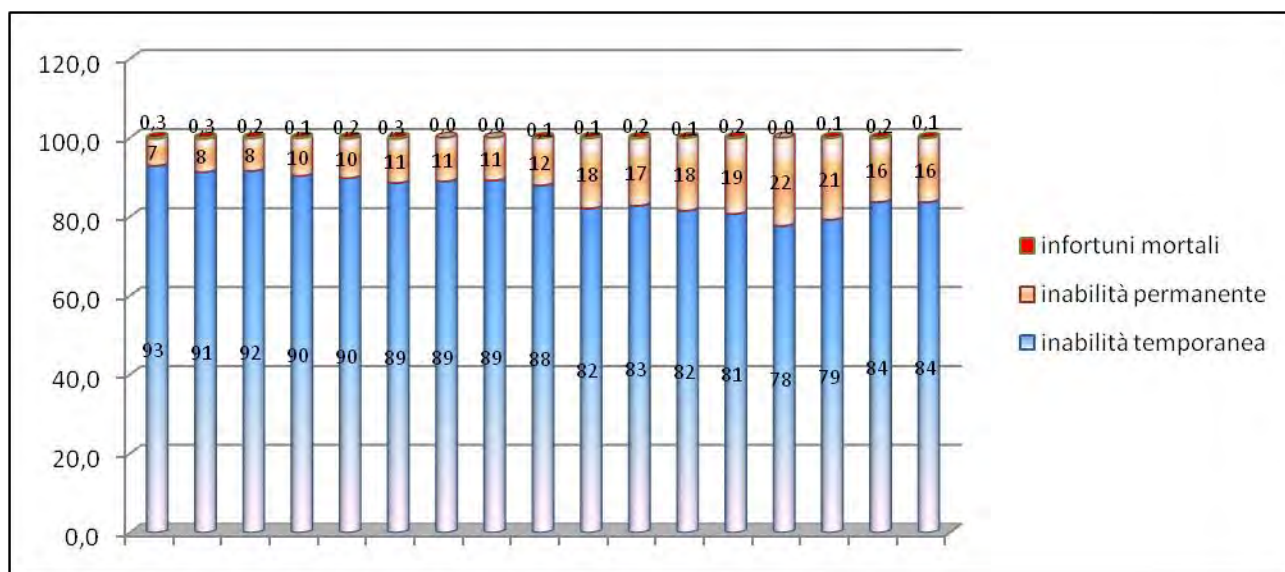
Fonte: INAIL

Grafico 5.14 - Distribuzione percentuale degli infortuni riconosciuti periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Bologna



Fonte: INAIL

Grafico 5.15 - Distribuzione percentuale degli infortuni riconosciuti periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Imola



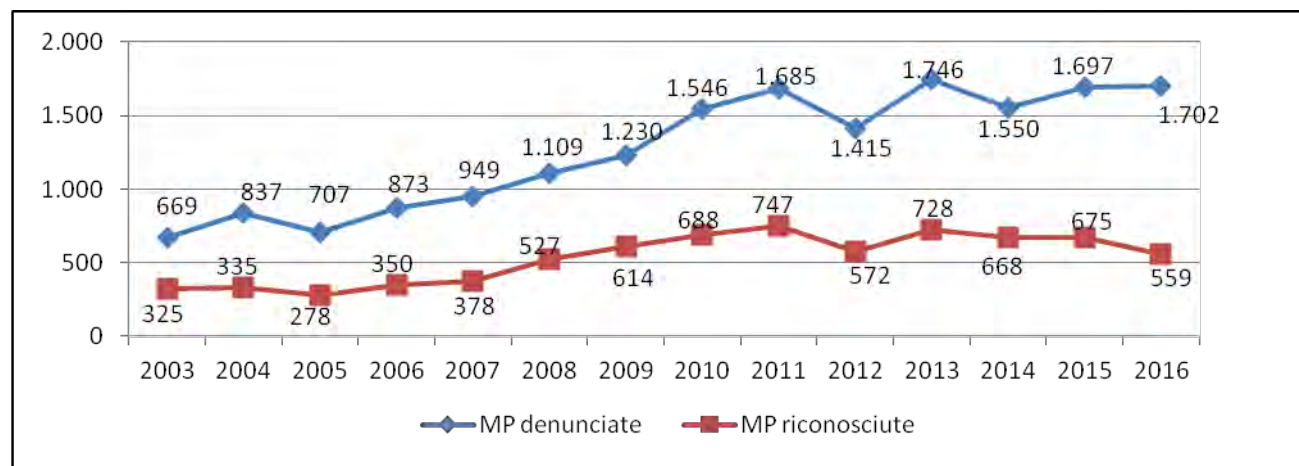
Fonte: INAIL

5.4.2 MALATTIE PROFESSIONALI

Il grafico seguente riporta l'andamento delle malattie professionali relative al territorio della Città Metropolitana di Bologna, in tutte le gestioni, Industria/Servizi/Commercio, Agricoltura e Conto Stato. Con **malattie denunciate** si intende il totale delle malattie notificate all'Istituto Assicuratore (INAIL). Le **malattie riconosciute** sono quelle per le quali si è evidenziata una correlazione con l'attività lavorativa (anche nel caso in cui non raggiungano la soglia di danno per il

quale è previsto l'indennizzo) e costituiscono la quota collegabile a fattori di rischio effettivamente presenti negli ambienti di lavoro.

Grafico 5.16 - Andamento Malattie professionali denunciate e riconosciute: anni 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): Città Metropolitana di Bologna



Fonte: INAIL

Le malattie denunciate mostrano un aumento costante dal 2003 fino al 2011, valori oscillanti negli anni successivi ed una tendenza alla stabilizzazione a partire dal 2015.

Questo trend, evidente anche a livello regionale e nazionale, è l'effetto di adeguamenti normativi, quali l'introduzione delle nuove tabelle di malattie professionali con il dm 09/04/2008, e delle molteplici campagne di sensibilizzazione tese ad accrescere la consapevolezza dei rischi lavorativi e della tutela assicurativa, più che di insalubrità e peggioramento delle condizioni di lavoro. A partire dal 2013, a livello regionale si assiste ad una graduale riduzione, e a livello nazionale ad un progressivo contenimento del fenomeno. Ciò può dipendere dalle modifiche dei contesti economici che si vanno sempre più automatizzando ed ammodernando in termini di sicurezza del lavoro e dallo scenario di crisi occupazionale che ha ridotto il numero di lavoratori a rischio.

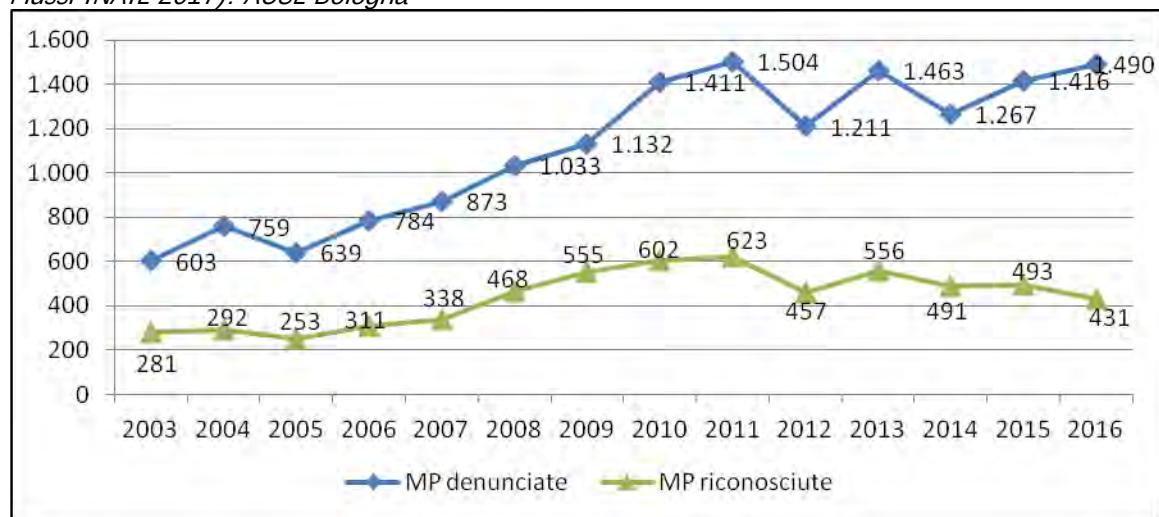
Le malattie "**riconosciute**", dopo il costante aumento, fino al 2011, mostrano una tendenza ad una graduale riduzione.

Negli ultimi anni si assiste ad una significativa riduzione della percentuale di malattie riconosciute rispetto al totale di quelle denunciate: si passa da quasi il 50% del 2009 a circa il 32% del 2016.

Se si analizzano i dati relativi ai territori delle due AUSL si apprezza una comune tendenza ad un costante aumento con un picco nel 2011, per l'AUSL di Bologna, e nel 2013 per quella di Imola, ed una tendenza alla stabilizzazione, o alla riduzione, nel caso di Imola, negli ultimi due anni. L'aumento percentuale dell'anno di picco rispetto al 2003 è pari a 2,5 volte per Bologna ed a 3,9 volte per Imola.

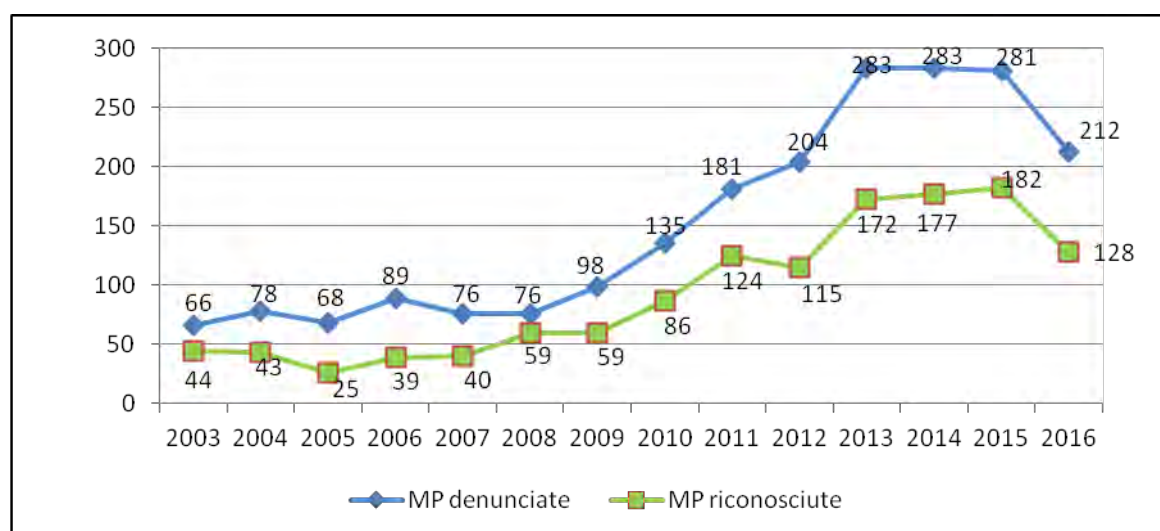
Per il territorio di Bologna la percentuale di malattie riconosciute passa da circa il 45% nel 2012 a circa il 35% nel 2015 fino ad arrivare al 28% nel 2016. Per il territorio di Imola la percentuale di riconoscimento passa dal 77% nel 2008 al 60% del 2016.

Grafico 5.17 - Andamento Malattie professionali denunciate e riconosciute: anni 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Bologna



Fonte: INAIL

Grafico 5.18 - Andamento Malattie professionali denunciate e riconosciute: anni 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Imola



Fonte: INAIL

6. L'ATTIVITÀ DEGLI SPORTELLI SOCIALI

Di seguito si presenta l'analisi dei dati dell'Osservatorio metropolitano degli sportelli sociali, riferiti al 2017⁸.

Nell'anno 2017 sono 128.350 i cittadini che si sono rivolti agli sportelli sociali (definiti come **contatti**) del territorio metropolitano per richiedere un servizio o informazioni, per loro stessi o per altri. Rispetto al 2016, si registra una crescita di 18.033 unità sull'ambito provinciale (+16.3%). Questo incremento nell'ultimo anno è confermato in molti distretti della provincia, in particolare a Bologna (+52,6%), a Imola (+16,3%) e a Reno, Lavino e Samoggia (+12,3%) (tabella 6.1).

Tabella 6.1 – Contatti presso gli sportelli sociali, per anno e per distretto

	2015	2016	2017	Var % 2016-2017
BOLOGNA	32.440	32.401	49.438	52,6%
APPENNINO BOLOGNESE	1.976	3.207	3.161	-1,4%
IMOLA	12.120	6.395	7.435	16,3%
PIANURA EST	41.717	41.182	39.858	-3,2%
PIANURA OVEST	3.221	4.551	4.445	-2,3%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	11.810	15.630	17.559	12,3%
SAN LAZZARO DI SAVENA	7.325	4.935	4.437	-10,1%
Area Metropolitana	112.624	110.317	128.350	16,3%

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

La disaggregazione dei dati per mese evidenzia un andamento calante dei contatti nei mesi estivi pressoché in tutti i territori (tabella 6.2).

Tabella 6.2 – Contatti presso gli sportelli sociali, per mese e per distretto. Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	AREA METROPOLITANA
Gennaio	3.716	209	222	3.330	368	1.482	31	9.358
Febbraio	4.093	212	560	2.884	349	1.342	452	9.892
Marzo	3.488	305	403	3.248	358	1.431	341	9.574
Aprile	5.273	408	814	4.197	436	1.743	413	13.284
Maggio	4.144	226	555	3.253	333	1.209	346	10.066
Giugno	4.825	270	800	4.076	442	1.648	406	12.467

⁸ L'osservatorio è alimentato in tempo reale dai dati inseriti dai singoli sportelli sociali. Pertanto, laddove si riscontrassero incongruenze, sono da imputarsi al disomogeneo utilizzo del sistema. Inoltre le differenze tra i territori riflettono le diverse scelte organizzative, sia rispetto al modello di sportello sociale realizzato che rispetto ai servizi proposti allo sportello.

Luglio	3.950	256	613	3.184	420	1.397	385	10.205
Agosto	3.763	228	559	2.591	330	1.376	265	9.112
Settembre	3.157	197	672	2.285	258	814	243	7.626
Ottobre	4.399	314	792	4.157	352	1.898	483	12.395
Novembre	4.291	300	666	3.457	352	1.735	367	11.168
Dicembre	4.357	236	779	3.196	447	1.485	424	10.924

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

Non necessariamente la persona che si presenta allo sportello è anche quella portatrice del bisogno. Questi ultimi sono definiti **utenti** e nel 2017 sono stati complessivamente 65.249 (+3,3% rispetto al 2016⁹). La Tabella 6.3 evidenzia che nel 2017 la crescita degli utenti è stata più significativa nel distretto di Imola (+27,9%) e a Bologna (+10,4%); si è verificato un calo, invece, nel distretto di San Lazzaro di Savena (-14,7%).

Tabella 6.3 - Utenti presso gli sportelli sociali, per anno e per distretto

	2015	2016	2017	<i>Var % 2016-2017</i>
BOLOGNA	20.586	21.125	23.330	10,4%
APPENNINO BOLOGNESE	1.189	1.558	1.524	-2,2%
IMOLA	8.860	3.389	4.333	27,9%
PIANURA EST	22.646	22.066	20.957	-5,0%
PIANURA OVEST	1.926	2.440	2.361	-3,2%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	6.961	7.820	8.406	7,5%
SAN LAZZARO DI SAVENA	3.404	2.722	2.321	-14,7%
Area Metropolitana	67.587	63.136	65.249	3,3%

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

L'incidenza degli utenti sul totale della popolazione residente è pari al 6,3% sull'ambito metropolitano (tabella 6.4).

⁹ Per una corretta lettura dei dati sugli utenti è necessario aggiungere una nota metodologica che vale per tutte le tabelle a seguire. Le tabelle sugli utenti, infatti, sono tali per cui gli utenti possono essere contati più volte, perché:

- ogni utente può recarsi allo sportello più volte nel tempo;
- ogni utente può esprimere più bisogni in uno stesso contatto;
- per ogni utente che ha espresso un bisogno, possono essere indicati più servizi in uno stesso contatto.

Pertanto il totale degli utenti di ogni tabella non è mai uguale alla somma dei singoli utenti.

Tabella 6.4 - Incidenza degli utenti presso gli sportelli sociali sulla popolazione residente al 01/01/2017 per distretto

	Utenti	Popolazione residente	Incidenza %
BOLOGNA	23.330	388.367	6,0%
APPENNINO BOLOGNESE	1.524	55.684	2,7%
IMOLA	4.333	133.533	3,2%
PIANURA EST	20.957	159.926	13,1%
PIANURA OVEST	2.361	83.080	2,8%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	8.406	112.012	7,5%
SAN LAZZARO DI SAVENA	2.321	77.815	3,0%
Area Metropolitana	63.232	1.010.417	6,3%

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio metropolitano sportelli sociali e Statistica Online RER

Se si considera il rapporto tra richiedente e utente, sono 46.330 i casi (pari al 68,2% del totale a livello metropolitano) nei quali la persona che si presenta allo sportello richiede un servizio o informazioni per se stessa (vedi tabella 6.5).

Tabella 6.5 - Utenti presso gli sportelli sociali per rapporto richiedente utente e distretti. Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	Area Metropolitana
Amministratore di sostegno	8	3	/	9	16	8	7	51
Coniuge	287	32	17	357	107	348	142	1.290
Conoscente	122	4	4	288	22	257	43	740
Figlio	688	112	42	4.994	157	711	65	6.769
Genitore	1.515	92	58	1.263	466	1.138	389	4.921
Parente	772	78	39	721	186	688	131	2.615
Tutore	6	/	/	12	2	4	1	25
Utente stesso	18.855	1.215	3.928	13.567	1.364	5.841	1.560	46.330
Vicino	30	2	/	24	5	23	12	96
Non definito¹⁰	2.504	34	4	341	161	433	172	3.649
Non disponibile¹¹	139	/	292	843	110	15	1	1.400

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

¹⁰ Il dato Non definito si riferisce agli utenti che per questo tipo di informazione hanno preferito rimanere anonimi.

¹¹ Il dato Non disponibile si riferisce agli utenti per cui non è stata registrata questa informazione nel sistema informativo

In ambito metropolitano, la classe di età che più frequentemente accede allo sportello sociale è quella fra i 36 e i 50 anni: in tale fascia di età gli utenti sono 13.008, pari a poco più di un quarto sul totale (tabella 6.6).

Tabella 6.6 - Utenti presso gli sportelli sociali per classe d'età e distretto. Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	Area Metropolitana
0-17 anni	18	2.069	117	2.938	142	518	46	5.848
18-25 anni	33	1.811	122	242	57	211	103	2.579
26-35 anni	138	3.494	432	1.025	172	637	262	6.160
36-50 anni	326	6.459	1.039	2.600	407	1.612	565	13.008
51-64 anni	219	3.327	573	1.538	291	1.090	349	7.387
65-74 anni	130	1.359	262	941	209	626	239	3.766
75-84 anni	209	1.894	346	1.260	432	863	344	5.348
85 anni e oltre	237	2.312	422	1.070	478	863	293	5.675
Non disponibile	225	878	1.043	9.546	198	2.079	137	14.106

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

La disaggregazione dei dati in base alla cittadinanza evidenzia che 30.513 utenti sono italiani e 13.777 sono extracomunitari.

Tabella 6.7 - Utenti presso gli sportelli sociali per cittadinanza e distretto. Anno 2017

	Italiana	Comunitaria	Extracomunitaria	Non disponibile	Totale Utenti
BOLOGNA	12.279	1.521	8.772	771	23.343
APPENNINO BOLOGNESE	583	32	269	649	1.533
IMOLA	2.376	142	726	1.105	4.349
PIANURA EST	7.959	340	1.756	11.123	21.178
PIANURA OVEST	1.392	50	356	588	2.386
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	4.373	284	1.432	2.434	8.523
SAN LAZZARO DI SAVENA	1.551	120	466	188	2.325
AREA METROPOLITANA	30.513	2.489	13.777	16.858	63.637

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

Allo sportello sociale ogni utente può manifestare uno o più **bisogni**. I bisogni vengono sia collegati ad un target d'utenza (anziani, disabili, disagio adulto e famiglia e minori) sia classificati in 12 categorie. Nel 2017 nell'area metropolitana di Bologna gli utenti relativi al target famiglia e

minori, pari a 17.183, sono quelli con incidenza più elevata (il 39,1% sul totale), seguiti dagli anziani (12.127, pari al 27,6% sul totale) (tabella 6.8).

Tabella 6.8 - Utenti che hanno espresso un bisogno presso gli sportelli sociali per target di bisogno e distretto. Anno 2017

	Anziani	Disabili	Disagio adulto	Famiglia e minori	Non disponibile
BOLOGNA	5.719	482	7.908	9.321	479
APPENNINO BOLOGNESE	628	56	221	621	61
IMOLA	1.161	89	1.196	1.918	350
PIANURA EST	4.831	2.627	4.691	9.674	1.863
PIANURA OVEST	1.169	73	401	680	147
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	3.479	375	1.558	3.400	198
SAN LAZZARO DI SAVENA	859	263	461	890	/
Area Metropolitana	12.127	3.483	8.528	17.183	2.619

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

Considerando la classificazione dei bisogni rispetto alle dodici categorie sopra menzionate, i tre bisogni che maggiormente emergono a livello metropolitano sono, nell'ordine, quelli economici, manifestati nel 2017 da 21.482 utenti (pari al 25,6% del totale); di cura, manifestati da 18.335 utenti (pari al 21,9% del totale); di informazione e orientamento sui servizi, manifestati da 16.847 utenti (pari al 20,1% del totale). A livello distrettuale la disponibilità economica è il bisogno più sentito dai cittadini dei territori di Bologna, dell'Appennino Bolognese, di Imola e di San Lazzaro di Savena; nei distretti di Pianura Ovest e Reno, Lavino e Samoggia i cittadini hanno manifestato più frequentemente bisogni di cura e accudimento; nel distretto di Pianura Est il bisogno più manifestato è quello di informazione e orientamento sui servizi (tabella 6.9).

Tabella 6.9 -Utenti che hanno espresso un bisogno presso gli sportelli sociali per tipo di bisogno e distretto. Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	Area Metropolitana
Abitazione	756	167	107	1.843	144	334	632	3.983
Ascolto	2.635	244	1.149	1.960	640	2.805	235	9.668
Cura (accudimento)	7.384	441	886	5.039	948	3.056	581	18.335
Disponibilità economica	9.475	738	2.084	4.600	513	2.770	1.302	21.482
Informazione e orientamento sui servizi	6.100	196	164	8.169	146	1.939	133	16.847
Lavoro	92	/	6	21	4	8	31	162
Mantenimento o sviluppo autonomia	407	34	1	90	4	57	48	641
Mobilità	26	80	240	2.739	331	444	55	3.915
Relazioni familiari	377	3	/	58	55	87	1	581
Risolvere un'emergenza	536	3	2	20	/	2	/	563
Socializzazione	1.025	2	/	482	11	160	20	1.700
Tutela e sicurezza	2.152	26	6	278	160	132	43	2.797
Non disponibile	479	61	350	1.863	147	198	17	3.115

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

Nell'ambito metropolitano il servizio più richiesto allo sportello (in 22.993 casi) è quello di Segretariato sociale, seguito dalla richiesta di Agevolazioni e contributi economici (20.993 casi).

Tabella 6.10 - Utenti che hanno richiesto un servizio presso gli sportelli sociali per tipo di servizio e distretto.
Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	AREA METROPOLIT ANA
Abitazione	503	164	89	1.636	106	225	600	3.323
Agevolazioni e contributi economici	9.628	659	2.088	4.383	501	2.514	1.220	20.993
Informazione e orientamento sui servizi	4.781	70	153	1.863	132	705	122	7.826
Integrazione sociale	1.025	2	0	482	11	160	20	1.700
Interventi domiciliari e per la domiciliarità	1.329	148	192	718	196	392	272	3.247
Mobilità	26	80	240	2.739	331	444	55	3.915
Segretariato sociale	5.736	657	1.633	6.464	1.366	6.340	797	22.993
Servizi educativi e scolastici	44	28	1	5.156	17	44	0	5.290
Strutture residenziali	4.465	123	244	476	287	256	149	6.000
Strutture semi-residenziali	647	32	46	134	72	200	43	1.174
Supporto a persona e famiglia	2.940	62	25	1.673	206	616	53	5.575
Non disponibile	479	61	350	1.863	147	198	17	3.115
Totale utenti	23.336	1.524	4.333	20.958	2.362	8.406	2.321	63.240

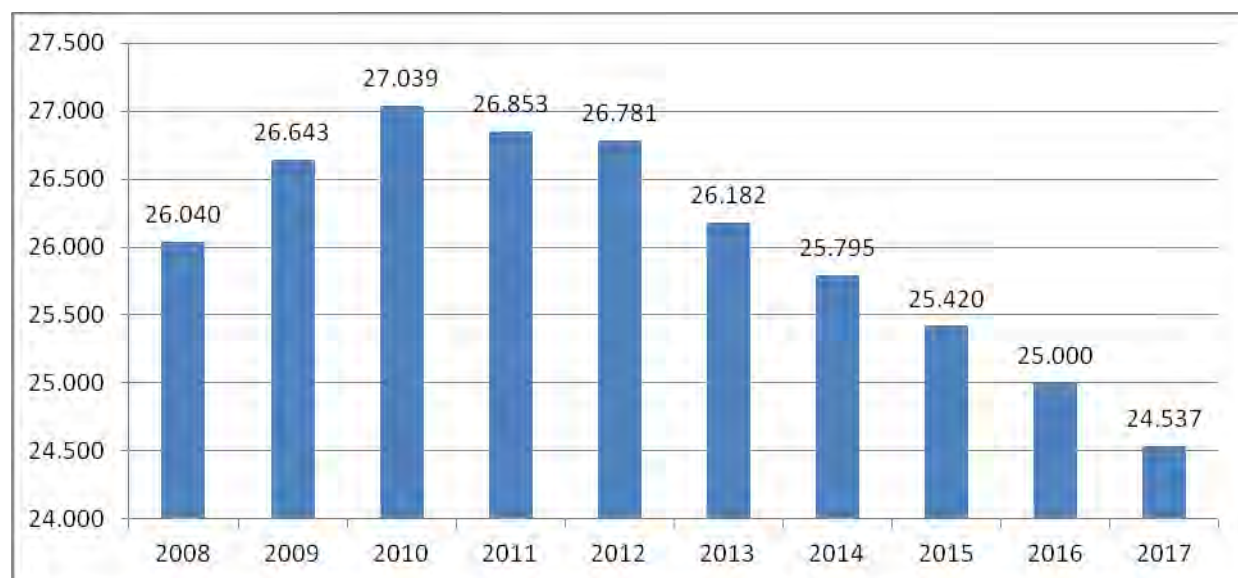
Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

7. BAMBINI, RAGAZZI E FAMIGLIE

7.1 I SERVIZI EDUCATIVI PRIMA INFANZIA

Nel corso degli ultimi anni, la popolazione nella fascia di età da 0 a 2 anni risulta in calo. La popolazione in tale fascia di età, infatti, inizia a flettere nel 2010 dopo anni di continua crescita; nel 2017 il numero di bambini con età tra 0 e 2 anni era in calo di 2.502 unità rispetto al 2010.

Grafico 7.1 - Bambini nella fascia di età 0-2, 2008-2017, Area Metropolitana Bolognese



Fonte: Elaborazione dati Statistica online Emilia Romagna

Complessivamente, il calo della popolazione nella fascia di età da 0 a 2 anni nel periodo 2010-2017 è pari al 9,3%. Il calo è più evidente nel distretto dell'Appennino Bolognese (-28,7%) e di San Lazzaro di Savena (-19,2%); in controtendenza il distretto di Bologna, nel quale si verifica un aumento del 6% (tabella 7.1).

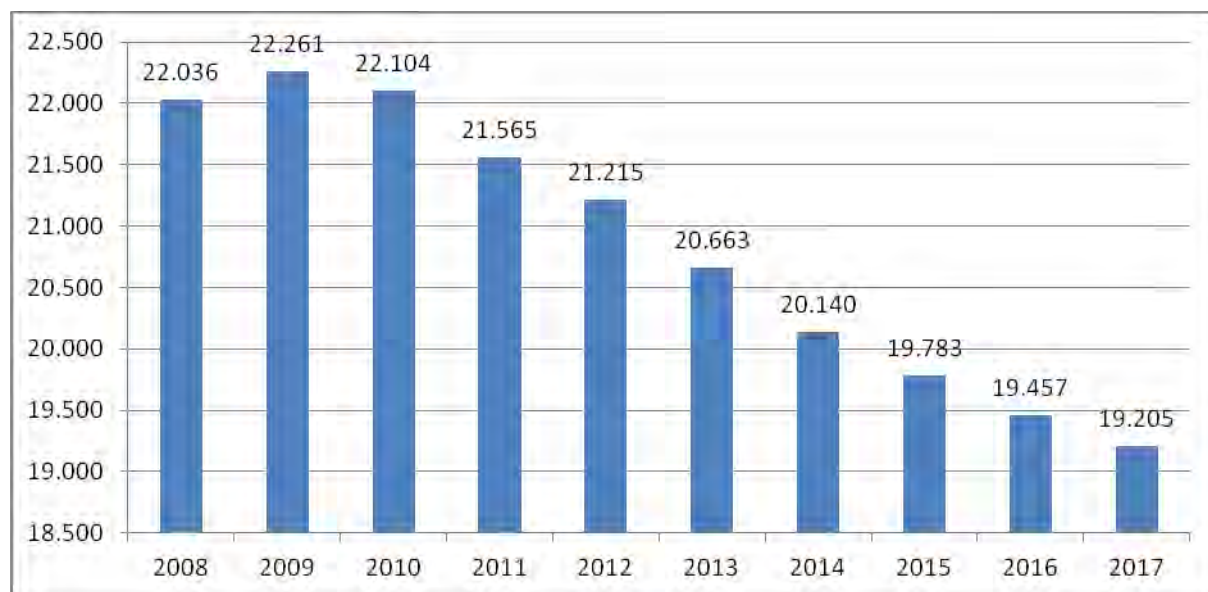
Tabella 7.1. Bambini nella fascia di età 0-2, 2010 e 2017, per Distretto

	2010	2017	Var % 2010/2017
Bologna	9.020	9.564	6,0%
Appennino Bolognese	1.565	1.116	-28,7%
Imola	3.767	3.330	-11,6%
Pianura Est	4.720	4.010	-15,0%
Pianura Ovest	2.596	2.117	-18,5%
Reno, Lavino, Samoggia	3.288	2.717	-17,4%
San Lazzaro di Savena	2.083	1.683	-19,2%
Totale	27.039	24.537	-9,3%

Fonte: Elaborazione dati Statistica online Emilia Romagna

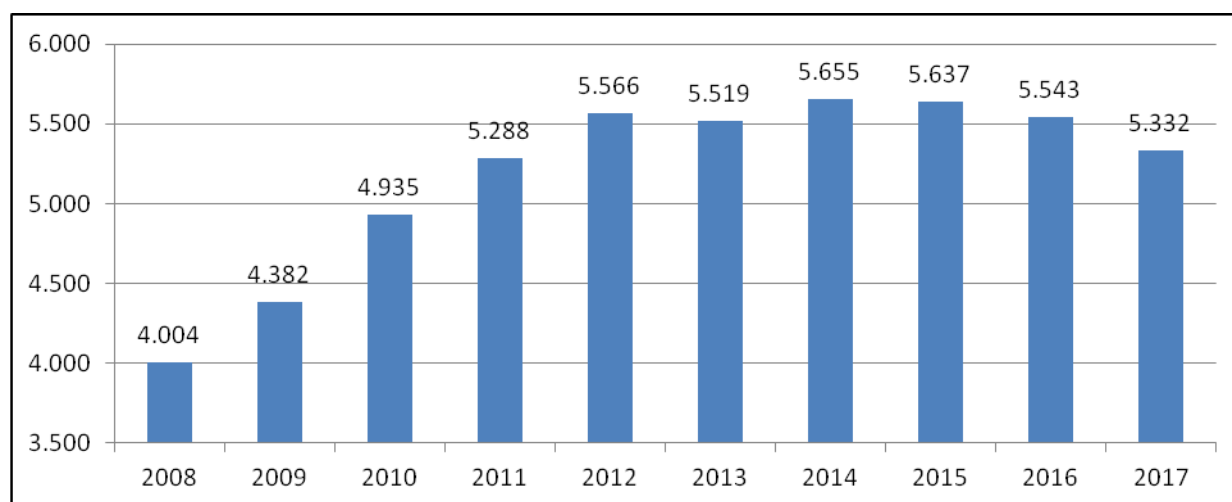
Di seguito (Grafici 7.2 e 7.3) si evidenzia la differenza nell'andamento della popolazione nella fascia 0-2 tra la componente italiana e la componente straniera.

Grafico 7.2 - Bambini italiani nella fascia di età 0-2, 2008-2017, Area Metropolitana Bolognese



Fonte: Elaborazione dati Statistica online Emilia Romagna

Grafico 7.3 - Bambini stranieri nella fascia di età 0-2, 2006-2015, Area Metropolitana Bolognese



Fonte: Elaborazione dati Statistica online Emilia Romagna

I grafici testimoniano che il calo della popolazione nella fascia di età considerata è attribuibile maggiormente alla componente italiana. La popolazione straniera, invece, cresce fino al 2012 in modo continuativo; dal 2012 in avanti l'andamento si stabilizza, con un lieve calo negli ultimi due anni considerati.

Nell'ambito dell'area metropolitana bolognese, l'offerta di servizi, i cui dati più aggiornati validati dalla Regione sono riferiti all'anno 2015/2016, è costituita principalmente dai nidi d'infanzia e sezioni primavera¹², e dai servizi integrativi: lo Spazio bambini¹³, i Centri per bambini e famiglie¹⁴, i servizi domiciliari¹⁵ e i servizi sperimentali. Complessivamente, nell'area metropolitana bolognese

¹² Le **sezioni primavera** sono sezioni di nido aggregate a scuole dell'infanzia che accolgono bambini dai 24 ai 36 mesi.

¹³ Il servizio educativo **Spazio bambino** offre accoglienza giornaliera ai bambini in età 12 – 36 mesi che vengono affidati ad educatori per un tempo massimo di cinque ore giornaliere.

¹⁴ Il **Centro per bambini e famiglie** è un servizio che offre accoglienza ai bambini insieme ai propri genitori, o adulti accompagnatori; può accogliere bambini in età 0-36 mesi e oltre con specifico progetto pedagogico.

¹⁵ Il **Servizio domiciliare**, organizzato come Piccolo gruppo educativo (PGE) è un servizio che valorizza l'intimità del contesto in cui ha sede il servizio (residenza dell'educatore, altra struttura dedicata). Può accogliere fino a 7 bambini.

nell'anno scolastico 2015/2016 sono presenti 10.421 posti nei diversi servizi educativi, 9.853 dei quali sono relativi a nidi e sezioni primavera (tabella 7.2).

Tabella 7.2 - Servizi e posti nei nidi e nei servizi educativi integrativi per distretto. A.s. 2015/2016

Distretto	Nidi e sezioni primavera		Servizi educativi integrativi		Totale	
	Servizi	Posti	Servizi	Posti	Servizi	Posti
Bologna	95	4.000	18	229	113	4.229
Appennino Bolognese	8	252	1	13	9	265
Imola	28	1.277	13	99	41	1.376
Pianura Est	43	1.637	5	52	48	1.689
Pianura Ovest	17	857	2	36	19	893
Reno Lavino Samoggia	27	1.057	11	96	38	1.153
San Lazzaro di Savena	19	773	2	43	21	816
Totale	237	9.853	52	568	289	10.421

Fonte: elaborazioni su rilevazione Spi-ER, anno 2015/2016

Con riferimento ai nidi d'infanzia e sezioni primavera, nell'area metropolitana bolognese l'offerta è costituita complessivamente da 237 servizi: di questi, 155 sono a titolarità pubblica (nidi pubblici a gestione diretta o esternalizzata) e 82 a titolarità privata (privati in convenzione o a regime di libero mercato). Complessivamente, i posti offerti sono 9.853: di questi, 7.748 in servizi a titolarità pubblica e 2.105 in servizi a titolarità privata (tabella 7.3).

Tabella 7.3 - Servizi e posti nei nidi e sezioni primavera, per titolarità e per distretto. Anno scolastico 2015/2016

Distretto	Nidi e sezioni primavera titolarità pubblica		Nidi e sezioni primavera titolarità privata		Totale	
	Servizi	Posti	Servizi	Posti	Servizi	Posti
Bologna	59	3.065	36	935	95	4.000
Appennino Bolognese	8	252	0	0	8	252
Imola	17	925	11	352	28	1.277
Pianura Est	28	1.308	15	329	43	1.637
Pianura Ovest	11	678	6	179	17	857
Reno Lavino Samoggia	20	894	7	163	27	1.057
San Lazzaro di Savena	12	626	7	147	19	773
Totale	155	7.748	82	2.105	237	9.853

Fonte: elaborazioni su rilevazione Spi-ER, anno 2015/2016

Con riferimento ai servizi educativi integrativi, nell'area metropolitana bolognese l'offerta è costituita complessivamente da 52 servizi, metà a titolarità pubblica e metà a titolarità privata. I posti offerti in tali servizi sono 568: di questi, 364 in servizi a titolarità pubblica e 204 in servizi a titolarità privata (tabella 7.4).

Tabella 7.4 - Servizi e posti nei servizi educativi integrativi, per titolarità e per distretto. Anno scolastico 2015/2016

Distretto	Servizi educativi integrativi pubblici		Servizi educativi integrativi privati		Totale	
	Servizi	Posti	Servizi	Posti	Servizi	Posti
Bologna	10	173	8	56	18	229
Appennino Bolognese	1	13	0	0	1	13
Imola	3	33	10	66	13	99
Pianura Est	3	24	2	28	5	52
Pianura Ovest	2	36	0	0	2	36
Reno Lavino Samoggia	6	58	5	38	11	96
San Lazzaro di Savena	1	27	1	16	2	43
Totale	26	364	26	204	52	568

Fonte: elaborazioni su rilevazione Spi-ER, anno 2015/2016

Nella tabella seguente si riporta il tasso di partecipazione, ovvero il rapporto tra il numero di bambini che frequentano i servizi educativi ed il numero di bambini in età 0-2 anni nella popolazione complessiva. Tale tasso viene calcolato separatamente per i bambini italiani e i bambini stranieri.

Tabella 7.5 - Tasso di partecipazione ai servizi socio-educativi, per nazionalità e distretto, anno 2015/2016

Distretto	Tasso di partecipazione		
	Bambini italiani	Bambini stranieri	Totale
Bologna	48,0%	25,6%	41,9%
Appennino Bolognese	17,1%	2,6%	14,2%
Imola	35,5%	16,6%	31,9%
Pianura Est	36,0%	15,6%	32,3%
Pianura Ovest	38,7%	11,0%	33,1%
Reno Lavino Samoggia	36,3%	13,6%	31,9%
San Lazzaro di Savena	41,3%	7,2%	36,9%
Area Metropolitana	40,0%	19,4%	35,4%

Fonte: elaborazioni su rilevazione Spi-ER, anno 2015/2016

I dati evidenziano che il tasso di partecipazione ai nidi è pari al 35,4% per l'area metropolitana, con un picco del 41,9% nel comune di Bologna. Il tasso di partecipazione calcolato solo sui bambini italiani che frequentano i servizi educativi risulta più alto, pari al 40% sull'ambito metropolitano, con un picco del 48% nel comune di Bologna. Il tasso di partecipazione ai servizi educativi dei bambini stranieri è molto più basso di quello riferito ai bambini italiani, al di sotto del 20% nell'area metropolitana. Anche in questo caso, fa eccezione il Comune di Bologna, con un valore più elevato della media (25,6%), anche se di oltre venti punti percentuali inferiore al tasso di partecipazione calcolato rispetto ai bambini italiani.

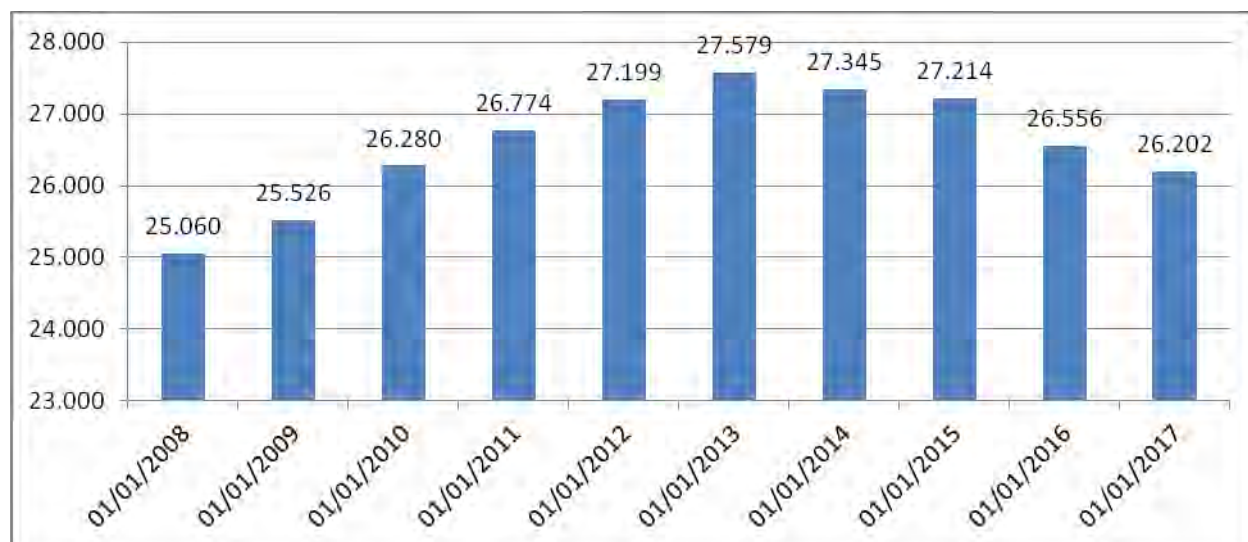
Negli altri territori dell'area metropolitana, il valore del tasso di partecipazione dei bambini stranieri è invece molto inferiore rispetto alla media. I valori più bassi del tasso di partecipazione dei bambini stranieri si registrano nel distretto di San Lazzaro di Savena (7,2%) e nel distretto dell'Appennino Bolognese (2,6%).

7.2 LE SCUOLE D'INFANZIA

7.2.1 ALCUNI ELEMENTI SULLA DOMANDA DI SERVIZI NELLA FASCIA 3-5 ANNI

La popolazione nella fascia di età da 3 a 5 anni presenta un andamento crescente fino al 2013 e successivamente in calo. Nell'area metropolitana bolognese, nel 2017 i bambini nella fascia di età da 3 a 5 anni erano 26.202.

Grafico 7.4 - Bambini nella fascia di età 3-5, 2008-2017, area metropolitana bolognese



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Statistica self-service

Complessivamente, il calo della popolazione nella fascia di età 3-5 nel periodo 2013-2017 è pari al 5%. Il calo è più evidente nel distretto dell'Appennino Bolognese (-16,8%) e di Reno, Lavino, Samoggia (-11,3%); in controtendenza il distretto di Bologna, nel quale si verifica un aumento del 2,1%.

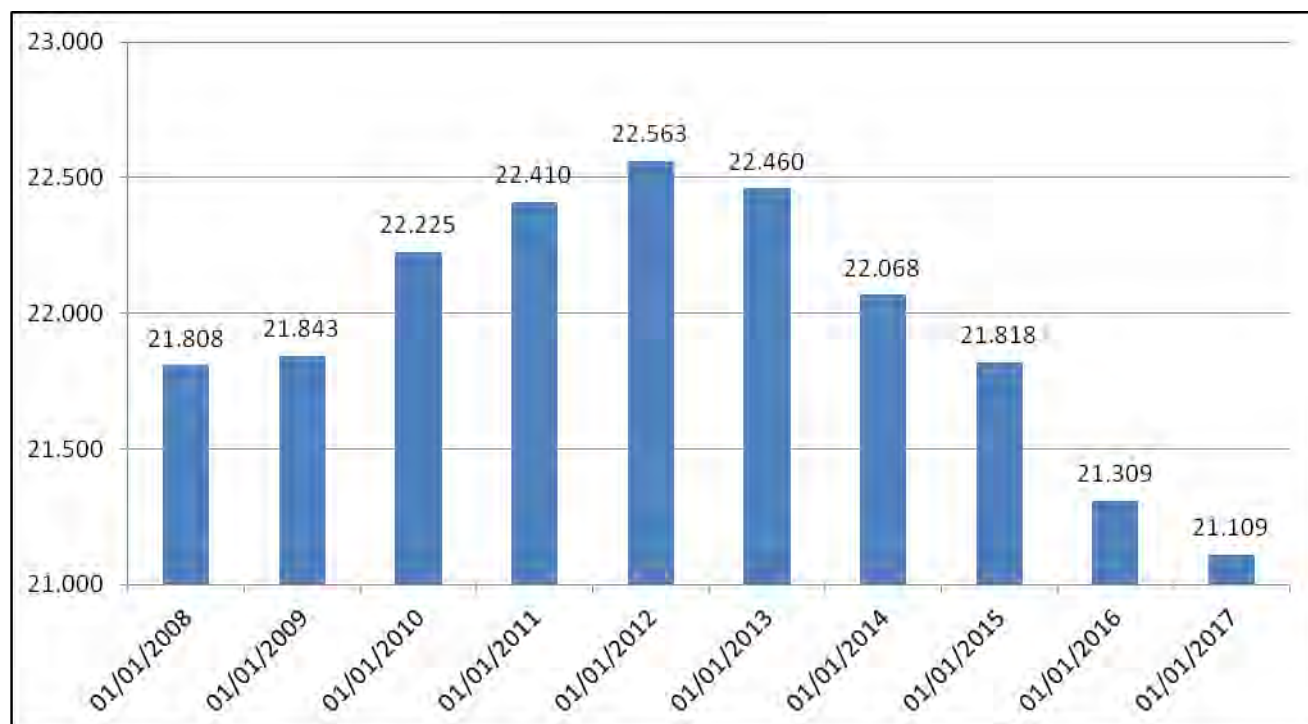
Tabella 7.6 - Bambini nella fascia di età 3-5, 2013 e 2017, per distretto

	2013	2017	Var % 2017/2013
Bologna	9.131	9.324	2,1%
Appennino Bolognese	1.551	1.291	-16,8%
Imola	3.861	3.656	-5,3%
Pianura Est	4.901	4.584	-6,5%
Pianura Ovest	2.670	2.389	-10,5%
Reno,Lavino,Samoggia	3.337	2.959	-11,3%
San Lazzaro di Savena	2.128	1.999	-6,1%
Area Metropolitana	27.579	26.202	-5,0%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Statistica self-service

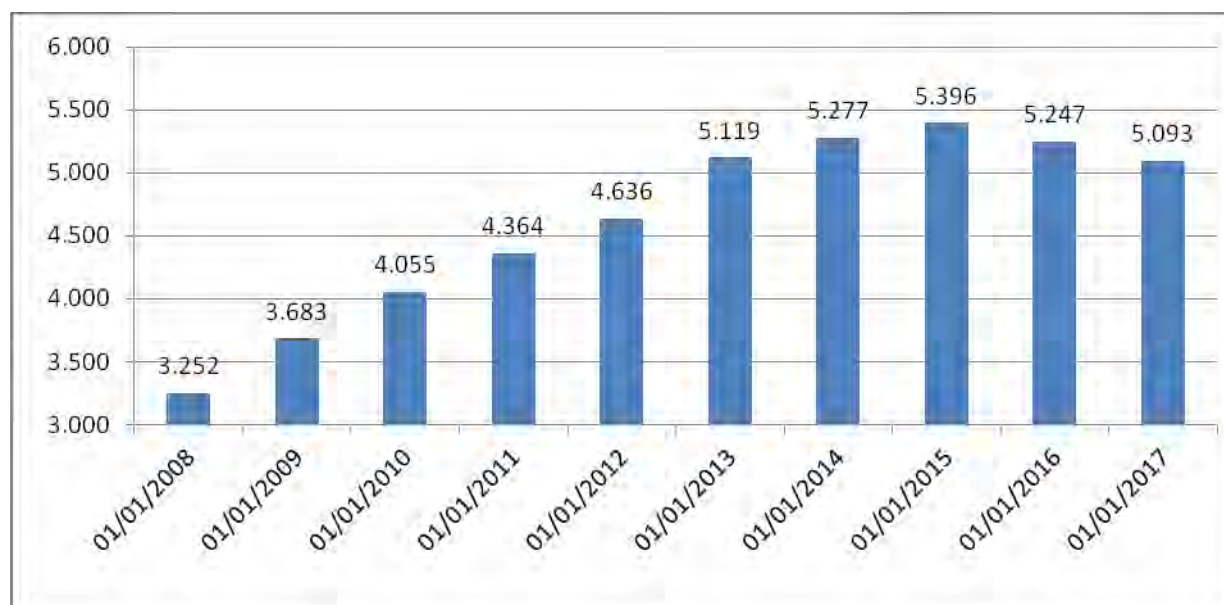
Di seguito (Grafici 7.5 e 7.6) si evidenzia la differenza nell'andamento della popolazione nella fascia 0-2 tra la componente italiana e la componente straniera.

Grafico 7.5 - Bambini italiani nella fascia di età 0-2, 2005-2014, area metropolitana bolognese



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Statistica self-service

Grafico 7.6 - Bambini stranieri nella fascia di età 0-2, 2005-2014, area metropolitana bolognese



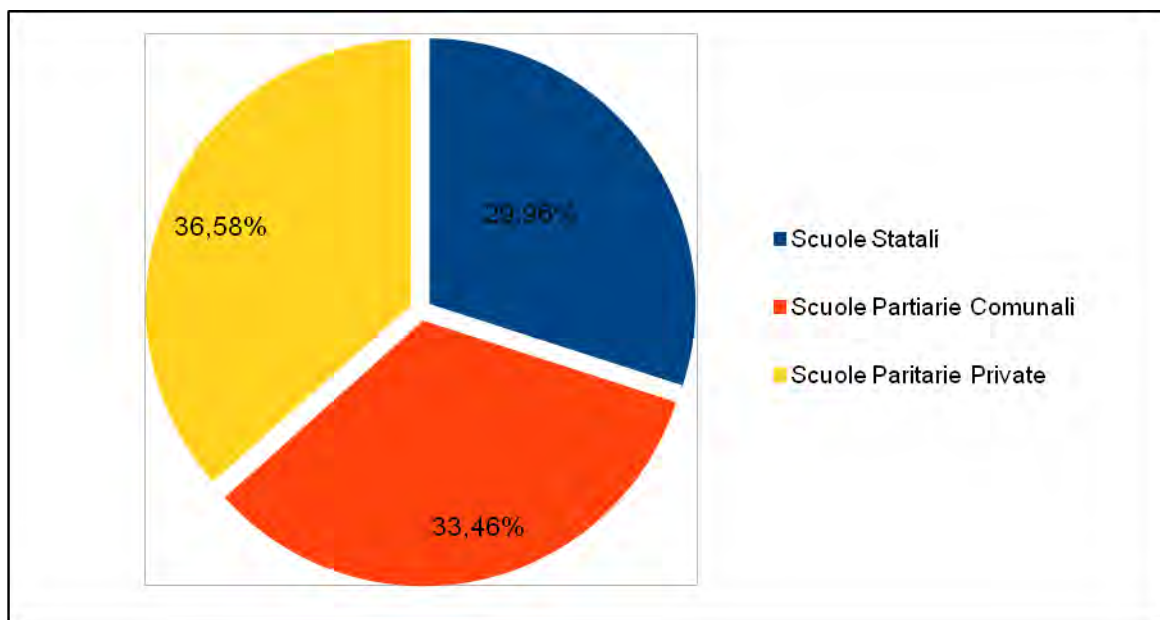
Fonte: Regione Emilia-Romagna, Statistica self-service

I grafici testimoniano che il calo della popolazione nella fascia di età considerata è attribuibile in gran parte alla componente italiana. La popolazione straniera, invece, fatta eccezione per il lieve calo dell'ultimo biennio (2016-2017), negli anni precedenti ha sempre mostrato un andamento crescente.

7.2.2 I SERVIZI DELLA FASCIA DI ETÀ 3-5 ANNI

Nell'area metropolitana bolognese, prendendo a riferimento i dati relativi all'anno scolastico 2015/2016, sono presenti complessivamente 257 scuole di infanzia. Di queste, 77 (pari al 29,96% sul totale) sono statali; 94 (pari al 36,58% sul totale) sono paritarie private e 86 (pari al 33,46%) sono comunali (Grafico 7.7).

Grafico 7.7 - Scuole d'infanzia, per titolarità, Area metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016



Fonte: Elaborazione dati Città Metropolitana di Bologna

Le scuole di infanzia statali

Le 77 scuole di infanzia statali sono composte complessivamente da 541 sezioni, e accolgono 12.764 alunni, con una media di 23,6 alunni per sezione. Gli alunni con sostegno sono complessivamente 198, pari all'1,6% del totale (tabella 7.7).

Tabella 7.7 - Scuole d'infanzia Statali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione	Alunni sostegno	Alunni con sostegno/ alunni totali
BOLOGNA	22	83	2.004	24,1	38	1,9%
APPENNINO BOLOGNESE	6	50	1.029	20,6	8	0,8%
IMOLA	11	68	1.655	24,3	22	1,3%
PIANURA EST	14	120	2.824	23,5	44	1,6%
PIANURA OVEST	6	54	1.320	24,4	26	2,0%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	11	104	2.444	23,5	32	1,3%
SAN LAZZARO DI SAVENA	7	62	1.488	24,0	28	1,9%
AREA METROPOLITANA	77	541	12.764	23,6	198	1,6%

Fonte: Ufficio Scolastico Provinciale di Bologna

Le scuole di infanzia private paritarie

Le scuole di infanzia private paritarie presenti nell'ambito metropolitano bolognese sono complessivamente 94. Le sezioni presenti nelle scuole paritarie private sono 261 ed accolgono 5.901 alunni, con una media di 22,6 alunni per sezione.

Tabella 7.8 - Presidi, sezioni e alunni nelle scuole d'infanzia paritarie private nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	32	81	1.752	21,6
APPENNINO BOLOGNESE	3	8	175	21,9
IMOLA	19	51	1.290	25,3
PIANURA EST	20	57	1.276	22,4
PIANURA OVEST	9	35	792	22,6
RENO LAVINO E SAMOGGIA	7	20	427	21,4
SAN LAZZARO DI SAVENA	4	9	189	21,0
AREA METROPOLITANA	94	261	5.901	22,6

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

Gli stranieri nelle scuole di infanzia private paritarie sono 254, pari al 4,3% del totale (tabella 7.9). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è inferiore alla media nei territori di San Lazzaro di Savena (1,1%) e di Reno, Lavino, Samoggia (1,2%).

Tabella 7.9 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole d'infanzia paritarie private nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Alunni	Italiani	Stranieri	% stranieri sul totale
BOLOGNA	1.752	1.703	49	2,8%
APPENNINO BOLOGNESE	175	167	8	4,6%
IMOLA	1.290	1.198	92	7,1%
PIANURA EST	1.276	1.208	68	5,3%
PIANURA OVEST	792	762	30	3,8%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	427	422	5	1,2%
SAN LAZZARO DI SAVENA	189	187	2	1,1%
AREA METROPOLITANA	5.901	5.647	254	4,3%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

I bambini con deficit nelle scuole di infanzia private paritarie sono 63, pari all'1,1% del totale (tabella 7.10). La percentuale di bambini con deficit sul totale degli alunni è inferiore alla media nei territori di San Lazzaro di Savena (nessun bambino con deficit è presente), di Imola (0,6%), di Reno, Lavino, Samoggia (0,7%) e di Pianura Est (0,9%).

Tabella 7.10 - Bambini con deficit nelle scuole d'infanzia paritarie Private nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Alunni	Bambini con deficit	% bambini con deficit sul totale
BOLOGNA	1.752	23	1,3%
APPENNINO BOLOGNESE	175	5	2,9%
IMOLA	1.290	8	0,6%
PIANURA EST	1.276	12	0,9%
PIANURA OVEST	792	12	1,5%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	427	3	0,7%
SAN LAZZARO DI SAVENA	189	0	0,0%
AREA METROPOLITANA	5.901	63	1,1%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

Le scuole di infanzia comunali

Le scuole di infanzia comunali presenti nell'ambito metropolitano bolognese sono complessivamente 86. Le sezioni presenti nelle scuole comunali sono 257 ed accolgono 6.276 alunni, con una media di 24,4 alunni per sezione (tabella 7.11). Non sono presenti scuole di infanzia comunali nei territori di Reno, Lavino, Samoggia e San Lazzaro di Savena.

Tabella 7.11 - Presidi, sezioni e alunni nelle scuole d'infanzia comunali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	69	210	5.080	24,2
APPENNINO BOLOGNESE	1	1	12	12,0
IMOLA	8	24	613	25,5
PIANURA EST	5	15	385	25,7
PIANURA OVEST	0	0	0	0,0
RENO LAVINO E SAMOGGIA	0	0	0	0,0
SAN LAZZARO DI SAVENA	3	7	186	26,6
AREA METROPOLITANA	86	257	6.276	24,4

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

Gli stranieri nelle scuole di infanzia comunali sono 1.257, pari al 20,7% del totale degli alunni (tabella 7.12). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è più alta della media nel capoluogo (21,9%).

Tabella 7.12 – Alunni italiani e stranieri nelle scuole d'infanzia comunali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	5.080	3.966	1.114	21,9%
APPENNINO BOLOGNESE	12	12	0	0,0%
IMOLA	613	511	102	16,6%
PIANURA EST	385	321	64	16,6%
PIANURA OVEST	0	0	0	0,0%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	0	0	0	0,0%
SAN LAZZARO DI SAVENA	186	169	17	9,1%
AREA METROPOLITANA	6.276	4.979	1.297	20,7%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

I bambini con deficit nelle scuole di infanzia comunali sono 157, pari al 2,5% del totale (tabella 7.13). La percentuale di bambini con deficit sul totale degli alunni è inferiore alla media nei territori di Imola (1,8%) e di Pianura Est (2,1%).

Tabella 7.13 - Bambini con deficit nelle scuole d'infanzia comunali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Alunni	Bambini con deficit	% bambini con deficit sul totale
BOLOGNA	5.080	133	2,6%
APPENNINO BOLOGNESE	12	0	0,0%
IMOLA	613	11	1,8%
PIANURA EST	385	8	2,1%
PIANURA OVEST	0	0	0,0%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	0	0	0,0%
SAN LAZZARO DI SAVENA	186	5	2,7%
AREA METROPOLITANA	6.276	157	2,5%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

7.3 LE SCUOLE PRIMARIE

Le scuole primarie statali

Le scuole primarie statali nell'area metropolitana bolognese sono complessivamente 182 e sono composte da 1.943 sezioni che accolgono 41.841 alunni, con una media di 21,5 alunni per sezione (tabella 7.14).

Tabella 7.14 - Scuole, sezioni e alunni nelle scuole primarie statali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	53	577	13.136	22,8
APPENNINO BOLOGNESE	22	136	2.267	16,7
IMOLA	30	283	5.970	21,1
PIANURA EST	32	364	7.850	21,6
PIANURA OVEST	12	186	4.083	22,0
RENO LAVINO SAMOGGIA	19	238	5.157	21,7
SAN LAZZARO DI SAVENA	14	159	3.378	21,2
AREA METROPOLITANA	182	1.943	41.841	21,5

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Gli stranieri nelle scuole primarie statali sono 7.625, pari al 18,2% del totale degli alunni (tabella 7.15). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è più alta della media nel capoluogo (25,8%).

Tabella 7.15 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole primarie statali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	13.136	9.744	3.392	25,8%
APPENNINO BOLOGNESE	2.267	1.841	426	18,8%
IMOLA	5.970	5.059	911	15,3%
PIANURA EST	7.850	6.771	1.079	13,7%
PIANURA OVEST	4.083	3.353	730	17,9%
RENO LAVINO SAMOGGIA	5.157	4.426	731	14,2%
SAN LAZZARO DI SAVENA	3.378	3.022	356	10,5%
AREA METROPOLITANA	41.841	34.216	7.625	18,2%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Le scuole primarie paritarie

Le scuole primarie paritarie nell'area metropolitana bolognese sono 18, composte da 134 sezioni che accolgono complessivamente 2.958 alunni, con una media di 22,1 alunni per sezione (tabella 7.16).

Tabella 7.16 – Scuole, sezioni e alunni nelle scuole primarie paritarie nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	14	100	2.227	22,3
APPENNINO BOLOGNESE	0	0	0	0,0
IMOLA	2	15	354	23,6
PIANURA EST	0	0	0	0,0
PIANURA OVEST	1	10	183	18,3
RENO LAVINO SAMOGGIA	1	9	194	21,6
SAN LAZZARO DI SAVENA	0	0	0	0,0
AREA METROPOLITANA	18	134	2.958	22,1

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Gli stranieri nelle scuole primarie paritarie sono 61, pari al 2,1% del totale degli alunni (tabella 7.17).

Tabella 7.17 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole primarie paritarie nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	2.227	2.177	50	2,2%
APPENNINO BOLOGNESE	0	0	0	0,0%
IMOLA	354	351	3	0,8%
PIANURA EST	0	0	0	0,0%
PIANURA OVEST	183	181	2	1,1%
RENO LAVINO SAMOGGIA	194	188	6	3,1%
SAN LAZZARO DI SAVENA	0	0	0	0,0%
AREA METROPOLITANA	2.958	2.897	61	2,1%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

7.4 SCUOLE SECONDARIE

7.4.1 LE SCUOLE SECONDARIE DI I° GRADO

Le scuole secondarie di I° grado nell'area metropolitana bolognese sono complessivamente 101 e sono composte da 1.151 sezioni che accolgono 26.224 alunni, con una media di 22,8 alunni per sezione (tabella 7.18).

Tabella 7.18 - Scuole, sezioni e alunni nelle scuole secondarie di I grado nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	31	392	9.029	23,0
APPENNINO BOLOGNESE	12	70	1.304	18,6
IMOLA	16	166	3.847	23,2
PIANURA EST	15	190	4.443	23,4
PIANURA OVEST	8	104	2.348	22,6
RENO LAVINO SAMOGGIA	11	137	3.230	23,6
SAN LAZZARO DI SAVENA	8	92	2.023	22,0
AREA METROPOLITANA	101	1.151	26.224	22,8

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Nelle scuole secondarie di I° grado, gli stranieri sono 4.096, pari al 15,6% del totale degli alunni (tabella 7.19). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è più alta della media nei distretti dell'Appennino Bolognese (17,2%) e nel capoluogo (20,3%).

Tabella 7.19 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole secondarie di I grado statali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	9.029	7.193	1.836	20,3%
APPENNINO BOLOGNESE	1.304	1.080	224	17,2%
IMOLA	3.847	3.338	509	13,2%
PIANURA EST	4.443	3.864	579	13,0%
PIANURA OVEST	2.348	2.011	337	14,4%
RENO LAVINO SAMOGGIA	3.230	2.830	400	12,4%
SAN LAZZARO DI SAVENA	2.023	1.812	211	10,4%
AREA METROPOLITANA	26.224	22.128	4.096	15,6%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

7.4.2 LE SCUOLE SECONDARIE DI II° GRADO

Le scuole secondarie di II° grado nell'area metropolitana bolognese sono complessivamente 104 e sono composte da 1.742 sezioni che accolgono 38.146 alunni, con una media di 21,9 alunni per sezione (tabella 7.20).

Tabella 7.20 - Scuole, sezioni e alunni nelle scuole secondarie di II grado nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	48	938	20.542	21,9
APPENNINO BOLOGNESE	11	86	1.586	18,4
IMOLA	15	297	6.711	22,6
PIANURA EST	8	82	1.737	21,2
PIANURA OVEST	7	73	1.516	20,8
RENO LAVINO SAMOGGIA	7	149	3.508	23,5
SAN LAZZARO DI SAVENA	8	117	2.546	21,8
AREA METROPOLITANA	104	1.742	38.146	21,9

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Nelle scuole secondarie di II° grado, gli stranieri sono 4.988, pari al 13,1% del totale degli alunni (tabella 7.21). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è più alta della media nei distretti di Pianura Ovest (19,5%), di Pianura Est (14,2%), dell'Appennino Bolognese (14,1%) e nel capoluogo (13,7%).

Tabella 7.21 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole secondarie di II grado nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	20.542	17.720	2.822	13,7%
APPENNINO BOLOGNESE	1.586	1.363	223	14,1%
IMOLA	6.711	5.919	792	11,8%
PIANURA EST	1.737	1.491	246	14,2%
PIANURA OVEST	1.516	1.220	296	19,5%
RENO LAVINO SAMOGGIA	3.508	3.114	394	11,2%
SAN LAZZARO DI SAVENA	2.546	2.331	215	8,4%
AREA METROPOLITANA	38.146	33.158	4.988	13,1%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

La percentuale degli alunni stranieri all'interno delle scuole secondarie di II grado può essere disaggregata per tipologia di istituto. I dati (tabella 7.22) evidenziano che, a livello metropolitano, negli Istituti professionali la quota di stranieri sul totale degli alunni raggiunge il 26,9%, mentre nei licei scende al 5%.

Tabella 7.22 - Alunni stranieri, per tipologia di istituto delle scuole secondarie di II grado, in percentuale sul totale alunni, Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Licei	Istituti tecnici	Istituti professionali	Media distrettuale
BOLOGNA	6,1%	21,7%	36,2%	13,7%
APPENNINO BOLOGNESE	8,7%	13,7%	21,1%	14,1%
IMOLA	7,1%	7,3%	20,6%	11,8%
PIANURA EST	7,0%	17,5%	33,5%	14,2%
PIANURA OVEST	8,9%	17,1%	38,5%	19,5%
RENO LAVINO SAMOGGIA	5,0%	14,5%	14,6%	11,2%
SAN LAZZARO DI SAVENA	5,0%	10,8%	4,7%	8,4%
AREA METROPOLITANA	6,3%	15,7%	26,9%	13,1%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

7.5 BAMBINI/ALUNNI CON DISABILITA': L'IMPEGNO DEGLI ENTI LOCALI

Negli ultimi anni si registra un aumento significativo dei bambini e alunni con disabilità, sia in valore assoluto, sia in termini di incidenza sulla popolazione scolastica totale, sia in relazione all'utenza NPIA. Il tema è stato affrontato durante il convegno *"Bambini e alunni con disabilità: un fenomeno in crescita? Dati e analisi per una visione condivisa tra scuola, sanità e comuni"*¹⁶. In questa sezione si riportano ed aggiornano i dati riferiti alla sola Scuola Statale, in quanto disponibili con più facilità, ma va sottolineato quanto il fenomeno sia presente anche nelle Scuole paritarie, nella Formazione Professionale, in parte anche nei Servizi socio-educativi. Si riportano poi i dati distrettuali relativi alla NPIA e, infine, una analisi sintetica della rilevazione sui costi dei servizi per l'inclusione scolastica dei bambini con disabilità a carico degli enti locali nell'area metropolitana bolognese.

Un primo aspetto da sottolineare rileva come, nel periodo che va dal 2004/2005 al 2014/2015, la crescita in valore percentuale degli alunni certificati sia analoga a livello nazionale, regionale e metropolitano. In particolare, con riferimento all'area metropolitana di Bologna, si ha un incremento della popolazione scolastica del 27% e un incremento degli alunni certificati del 50%, quasi il doppio (vedi tabella 7.23).

Tabella 7.23 - Alunni totali e certificati nelle scuole statali nel decennio a.s. 2004/2005 a.s. 2014/2015

		2004/2005	2014/2015	Var %
ITALIA	Alunni totali	7.667.980	7.753.202	1,1%
	Alunni certificati	155.657	218.905	40,6%
	Incidenza	2,03%	2,82%	0,79%
REGIONE EMILIA ROMAGNA	Alunni totali	441.776	539.887	22,2%
	Alunni certificati	10.208	14.662	43,6%
	Incidenza	2,31%	2,72%	0,41%
AREA METROPOLITANA BOLOGNA	Alunni totali	90.133	114.799	27,4%
	Alunni certificati	2.135	3.218	50,7%
	Incidenza	2,37%	2,80%	0,43%

Fonte: MIUR e USR

¹⁶ Promosso dalla Città metropolitana di Bologna, il convegno si è tenuto il 9 maggio 2017.

Se si analizzano i dati a partire dall'anno scolastico 2014/2015 in poi, si nota come nel 2015/2016 e nel 2016/2017 vi sia un ulteriore incremento della percentuale degli alunni certificati sugli alunni totali. I dati relativi all'anno 2017/2018 presentano invece una stabilità complessiva (vedi tabella 7.24), seppure con significative differenze tra gli ordini scolastici.

Tabella 7.24 - Alunni totali e alunni certificati nelle scuole statali dell'area metropolitana di Bologna negli ultimi quattro anni

AREA METROPOLITANA DI BOLOGNA	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	Var % 15/16 – 16/17	Var % 16/17 – 17/18
Alunni totali	114.799	116.809	117.171	117.236	0,3%	0,06%
Alunni certificati	3.218	3.414	3.600	3.624	5,4%	0,66%
Incidenza % AREA METROPOLITANA	2,80%	2,90%	3,10%	3,10%		
Incidenza % EMILIA ROMAGNA	2,70%	2,90%	2,90%	3,00%		

Fonte: MIUR e USR

7.5.1 NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: ALCUNI DATI

Nell'ambito del convegno sopra citato sono inoltre stati presentati alcuni primi dati sull'andamento degli utenti del servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per l'Azienda Usl di Bologna.

Il numero di utenti totali nell'Azienda Usl di Bologna è in aumento nel periodo considerato, passando da un totale di 8.071 nel 2010 a 9.269 nel 2016. In valore percentuale, si tratta di un aumento complessivo nel periodo considerato pari al 14,8%.

Se invece si considera il numero di nuovi utenti nell'anno, l'aumento in valore percentuale è ancora più significativo: nel 2016, il numero di nuovi utenti è stato superiore del 30% al numero di nuovi utenti nel 2010 (tabella 7.25).

Tabella 7.25 - Utenti NP/IA, Azienda Usl di Bologna, valori assoluti e variazioni percentuali annue, 2010-2016

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Delta 2016/2010
Utenti totali	V.A.	8.071	7.840	8.046	8.530	8.979	9.004	9.269	1.198
	Variazione %		-2,9%	2,6%	6,0%	5,3%	0,3%	2,9%	14,8%
Nuovi utenti	V.A.	2.253	2.303	2.308	2.835	2.827	2.791	2.935	682
	Variazione %		2,2%	0,2%	22,8%	-0,3%	-1,3%	5,2%	30,3%

Fonte: Gentili, Bruno "Il punto di vista della NP/IA", convegno "Bambini e alunni con disabilità: un fenomeno in crescita? Dati e analisi per una visione condivisa tra scuola, sanità e comuni.

Il dato sugli utenti NP/IA certificati, rapportato alla popolazione di riferimento, conferma la crescita del fenomeno (tabella 7.26).

Tabella 7.26 - Utenti NPIA certificati in valore percentuale sulla popolazione di riferimento, per distretto, Azienda Usl di Bologna, 2014-2016

	% Certificati L. 104/92 su popolazione 0-17 ANNO 2014	% Certificati L. 104/92 su popolazione 0-17 ANNO 2015	% Certificati L. 104/92 su popolazione 0-17 ANNO 2016
Bologna	2,5	2,7	2,8
Appennino Bolognese	2,1	2,3	2,4
Pianura Est	2,6	2,7	2,8
Pianura Ovest	2,1	2,0	2,1
Reno, Lavino e Samoggia	2,6	2,7	3,0
San Lazzaro	2,5	2,6	2,9
TOTALE	2,4	2,6	2,8

Fonte: Gentili, Bruno "Il punto di vista della NPIA", convegno "Bambini e alunni con disabilità: un fenomeno in crescita? Dati e analisi per una visione condivisa tra scuola, sanità e comuni".

Una ulteriore evidenza riguarda la quota di utenti stranieri sul totale degli utenti in carico alla NPIA, che risulta in crescita nel triennio 2014-2016. La quota di utenti stranieri passa dal 17,4% al 18,9% del totale degli utenti NPIA (tabella 7.27).

Tabella 7.27 - Utenti NPIA certificati in valore percentuale sulla popolazione di riferimento, per distretto, Azienda Usl di Bologna, 2014-2016

	% UTENTI con citt. straniera su totale utenti ANNO 2014	% UTENTI con citt. straniera su totale utenti ANNO 2016
Bologna	23,6	26,0
Pianura Est	13,2	14,2
Pianura Ovest	15,8	16,2
Reno, Lavino e Samoggia	14,5	15,1
Appennino Bolognese	13,4	14,8
San Lazzaro	13,0	14,5
TOTALE	17,4	18,9

Fonte: Gentili, Bruno "Il punto di vista della NPIA", convegno "Bambini e alunni con disabilità: un fenomeno in crescita? Dati e analisi per una visione condivisa tra scuola, sanità e comuni".

7.5.2 L'IMPATTO SUGLI ENTI LOCALI

L'incremento degli alunni con disabilità comporta, anche per gli Enti Locali, investimenti sempre più significativi.

Nell'area metropolitana di Bologna, come in tutta la Regione Emilia-Romagna, i servizi dei comuni destinati ai bambini/alunni con disabilità nelle scuole non sono limitati solo al tradizionale (e dovuto per legge) sostegno diretto per l'inclusione scolastica (personale educativo assistenziale, trasporti, sussidi), ma intervengono in molte attività collegate quali i servizi pre-scuola e post-scuola, progetti di qualificazione, tutor amicali, campi estivi.

Avendo come riferimento l'anno scolastico 2015/2016, la Regione Emilia-Romagna ha avviato un approfondimento con l'obiettivo di elaborare una ricognizione sul territorio regionale dei servizi esistenti erogati per l'integrazione scolastica degli alunni disabili, con particolare riguardo alle risorse impiegate ed ai servizi erogati dai Comuni.

In tale rilevazione, i dati fisici (relativi al numero di alunni e al numero di ore, ad esempio) fanno riferimento all'anno scolastico 2015/2016; i dati finanziari, invece, fanno riferimento al 2016.

Nell'ambito della Regione Emilia Romagna, nell'anno finanziario 2016 i Comuni hanno investito su questa area di attività una somma pari a € 87.268.600.

Le tabelle successive presentano le spese sostenute dagli enti locali dell'area metropolitana di Bologna, suddivise per i vari distretti socio-sanitari (tabella 7.28) e i bambini/alunni con disabilità coinvolti in tali servizi (tabella 7.29).

Complessivamente, nell'area metropolitana di Bologna si sono investiti € 25.670.400, di cui € 10.711.114 nel distretto di Bologna.

Tabella 7.28 – Costo dei Servizi per l'inclusione scolastica dei bambini/alunni con disabilità a carico degli enti locali nell'area metropolitana di Bologna, anno finanziario 2016

	Assistenza educativa, autonomia e comunicazione personale	Servizi di qualificazione scolastica	Trasporto scolastico speciale	Fornitura ausili	Servizio pre e post scolastico	Attività extra scolastiche	Altri servizi	totale
Bologna	9.573.434	48.580	522.849	32.325	187.053	343.567	3.306	10.711.114
Appennino Bolognese	636.485	5.219	19.694	1.029	2.154	28.629	3.000	696.210
Pianura Est	4.278.907	69.310	43.011	9.587	64.669	182.683	35.994	4.684.161
Pianura Ovest	2.017.507	1.800	54.490	6.722	60.323	106.310	3.780	2.250.932
San Lazzaro di Savena	1.753.681	53.435	56.106	6.360	126.769	183.367	20.177	2.199.895
Reno, Lavino, Samoggia	1.838.285	20.924	118.973	953	4.410	134.193	26.500	2.144.238
Imola	2.465.205	118.725	137.838	562	44.792	210.424	6.303	2.983.849
Area Metropolitana	22.563.504	317.993	952.961	57.538	490.170	1.189.173	99.060	25.670.400

Fonte: Elaborazione dati su rilevazione Città metropolitana di Bologna

Tabella 7.29 - Bambini/Alunni con disabilità coinvolti nei servizi Comunali per l'inclusione scolastica nell'Area Metropolitana di Bologna, anno scolastico 2015/2016

	Assistenza educativa, autonomia e comunicazione personale	Servizi di qualificazione scolastica	Trasporto scolastico speciale	Fornitura ausili	Servizio pre e post scolastico	Attività extra scolastiche	Altri servizi
Bologna	1.387	477	126	50	104	204	3
Appennino Bolognese	104	2	9	2	4	13	2
Pianura Est	612	19	28	7	23	75	12
Pianura Ovest	252	1	21	4	19	51	9
San Lazzaro di Savena	228	80	36	4	31	64	20
Reno, Lavino, Samoggia	265	74	18	1	2	56	23
Imola	357	209	22	2	7	100	153
Area Metropolitana	3.205	862	260	70	190	563	222

Fonte: Elaborazione dati su rilevazione Città metropolitana di Bologna

La ricchezza di tali dati, prodotti per la prima volta in forma sistematica, consente di individuare alcuni punti di riferimento che possono essere utili agli stessi Enti Locali per valutare e programmare i propri impegni: la tabella 7.30 riporta il costo medio per alunno per le due voci più

significative di spesa. Si nota come la spesa relativa alla voce *Assistenza educativa, autonomia e comunicazione personale* sia abbastanza omogenea nei diversi territori.

Tabella 7.30 Stima del costo medio per l'assistenza educativa e il trasporto per distretto, anno 2015/2016

	ASSISTENZA EDUCATIVA, AUTONOMIA E COMUNICAZIONE PERSONALE	TRASPORTO SCOLASTICO SPECIALE
BOLOGNA	6.902	4.150
APPENNINO BOLOGNESE	6.120	2.188
PIANURA EST	6.992	1.536
PIANURA OVEST	8.006	2.595
SAN LAZZARO DI SAVENA	7.692	1.559
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	6.937	6.610
IMOLA	6.905	6.265
AREA METROPOLITANA	7.040	3.665

Fonte: Elaborazione dati su rilevazione Città metropolitana di Bologna

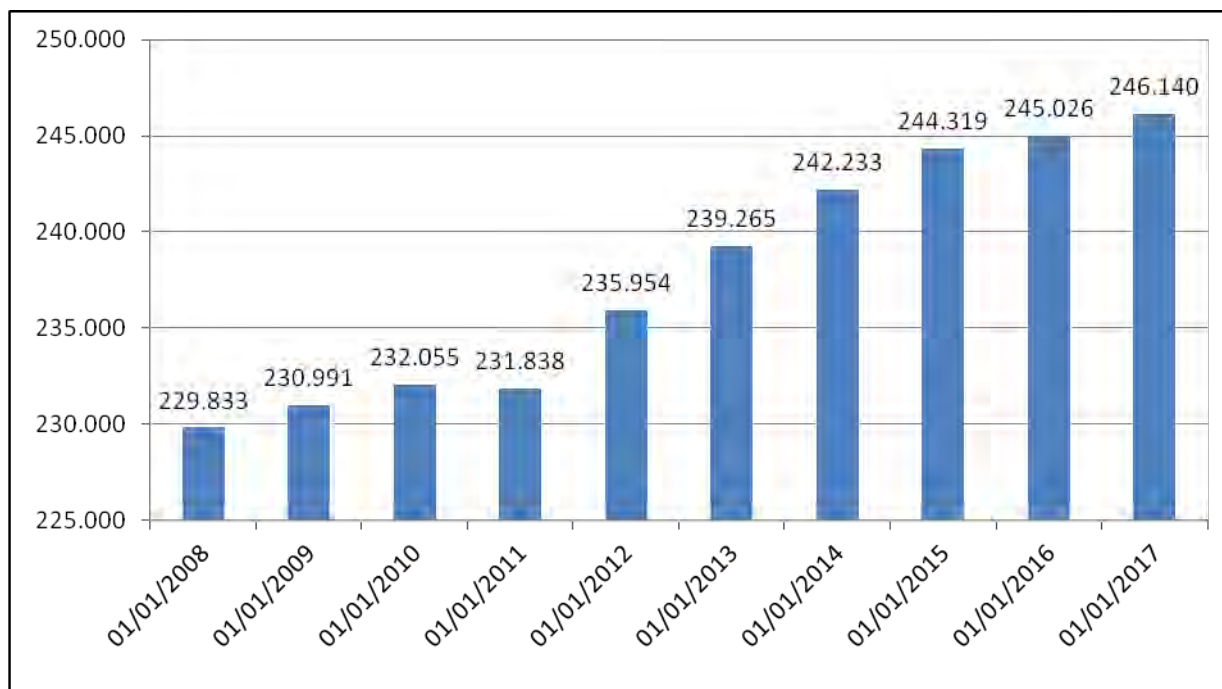
8. NON AUTOSUFFICIENZA

8.1 GLI ANZIANI

8.1.1 L'ANDAMENTO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Nel corso dell'ultimo decennio l'andamento della popolazione anziana evidenzia un forte aumento. Nel contesto metropolitano, le persone con più di 65 anni sono aumentate, passando da 229.833 individui nel 2008 a 246.140 individui nel 2017 (Grafico 8.1).

Grafico 8.1 - Popolazione con 65 anni e più, 2008-2014, area metropolitana bolognese



Fonte: Statistica Online Emilia Romagna

Sull'ambito metropolitano, l'aumento nel decennio in valore percentuale è pari al 7,1%. Se si disaggregano i dati per distretto, l'aumento più consistente si verifica nel distretto di San Lazzaro di Savena (+21,6%), mentre il distretto di Bologna registra un lieve calo (-1,9%).

Tabella 8.1 - Anziani con 65 anni e più, 2008 e 2017, per distretto

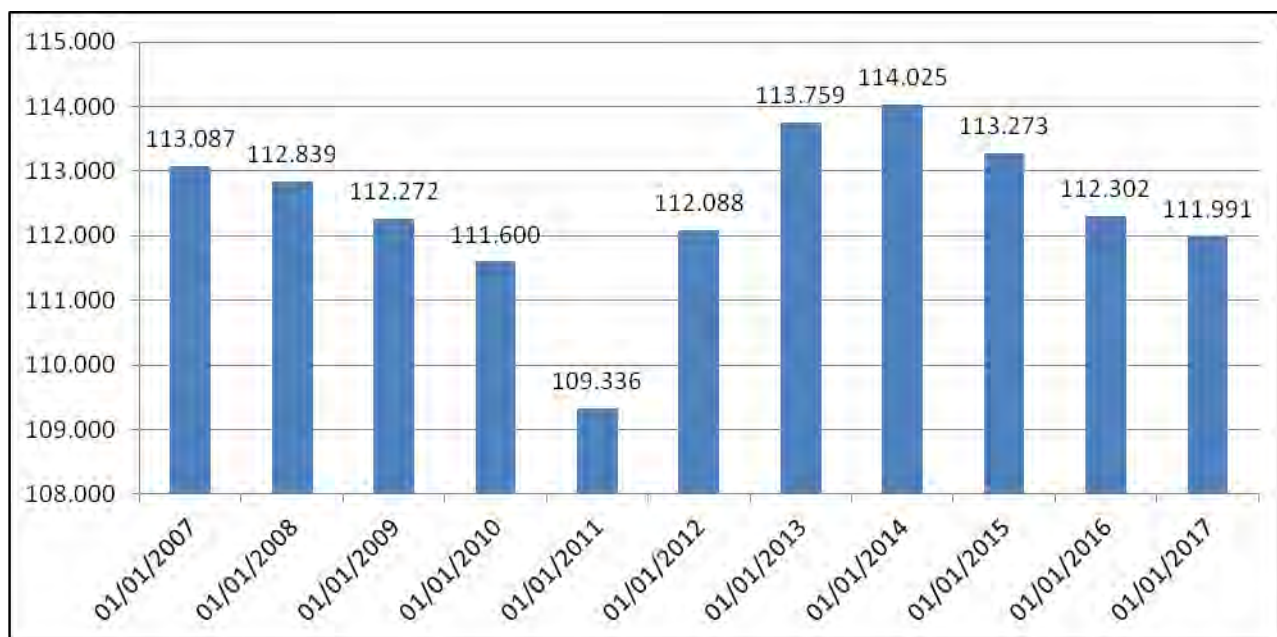
	2008	2017	Var %
Bologna	100.477	98.614	-1,9%
Appennino Bolognese	13.204	14.391	9,0%
Imola	28.986	31.871	10,0%
Pianura Est	31.016	35.904	15,8%
Pianura Ovest	16.131	18.495	14,7%
Reno,Lavino,Samoggia	23.922	27.284	14,1%
San Lazzaro di Savena	16.097	19.581	21,6%
Area Metropolitana	229.833	246.140	7,1%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

8.1.2 UNA DISAGGREGAZIONE PER FASCIA DI ETÀ E DISTRETTO

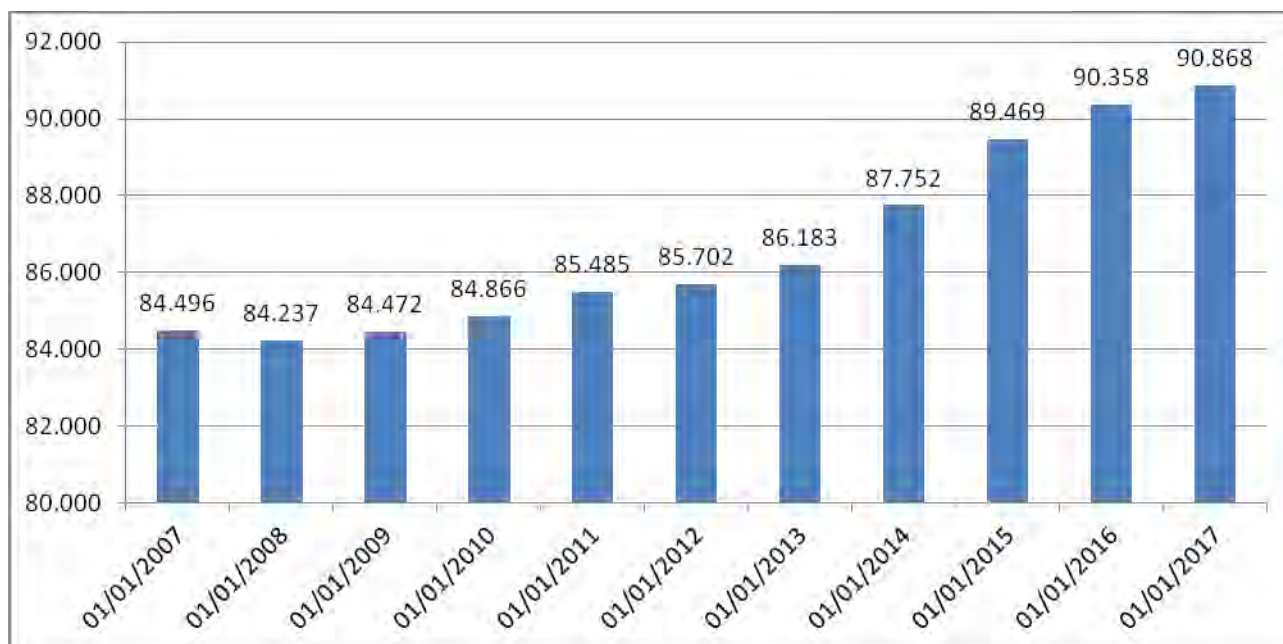
La disaggregazione della popolazione anziana per fasce di età permette di esaminare meglio le dinamiche nel corso del tempo e le variazioni per distretto. I grafici da 8.2 a 8.4 evidenziano la crescita delle fasce d'età da 75 a 84 anni e da 85 anni e più, mentre la fascia di età da 65 a 74 anni mostra un andamento oscillante nel corso del decennio preso in considerazione.

Grafico 8.2 - Popolazione con età tra 65 e 74 anni, 2008-2014, area metropolitana bolognese



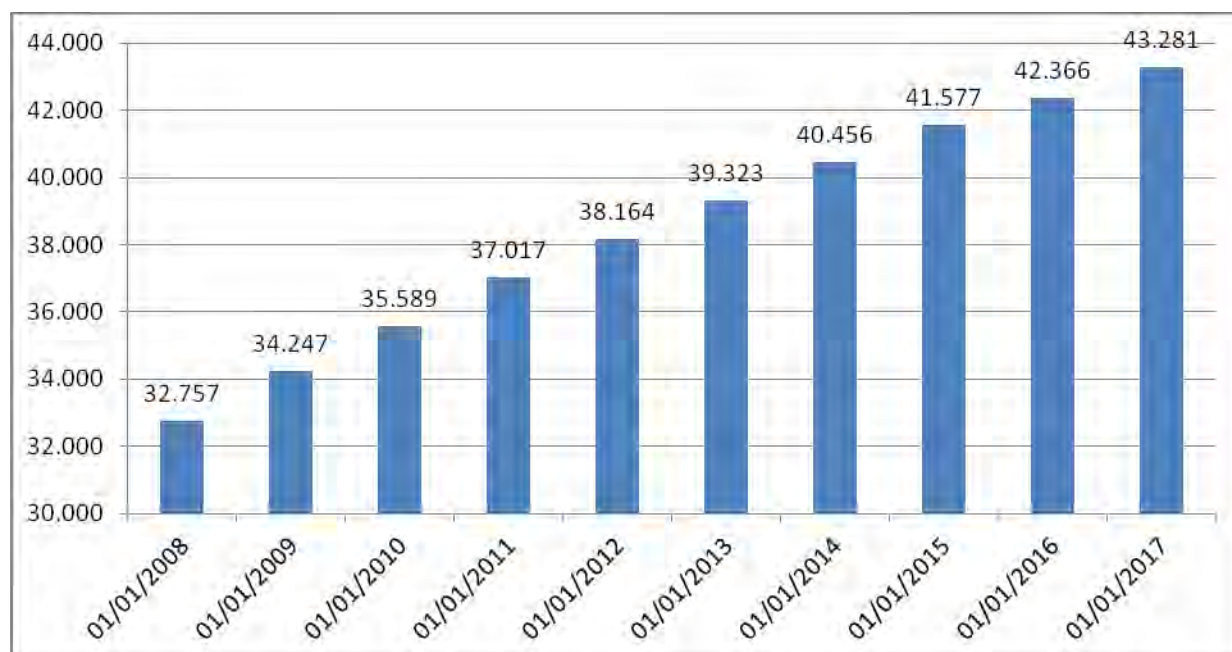
Fonte: Statistica Online Emilia Romagna

Grafico 8.3 - Popolazione con età tra 75 e 84 anni, 2008-2014, area metropolitana bolognese



Fonte: Statistica Online Emilia Romagna

Grafico 8.4 - Popolazione con 85 anni e più, 2008-2014, area metropolitana bolognese



Fonte: Statistica Online Emilia Romagna

La disaggregazione per fascia di età e per territorio permette alcune considerazioni ulteriori. Nel decennio 2008-2017, la popolazione nella fascia di età da 65 a 74 anni evidenzia un lieve calo (-0,8%) sull'ambito metropolitano. In realtà, gli anziani in tale fascia di età sono in aumento in tutti i territori, fatta eccezione per il capoluogo, nel quale si verifica un forte calo (-10%).

Tabella 8.2 - Anziani nella fascia di età tra 65 e 74 anni, 2008 e 2017, per distretto

	2008	2017	Var %
Bologna	46.925	42.210	-10,0%
Appennino Bolognese	6.456	6.956	7,7%
Imola	14.218	14.596	2,7%
Pianura Est	15.623	17.165	9,9%
Pianura Ovest	8.239	8.816	7,0%
Reno,Lavino,Samoggia	12.535	12.798	2,1%
San Lazzaro di Savena	8.843	9.450	6,9%
Area Metropolitana	112.839	111.991	-0,8%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Nel medesimo periodo, la popolazione nella fascia di età da 75 a 84 anni mostra un aumento del 7,9% sull'ambito metropolitano. L'aumento è più consistente nei distretti di San Lazzaro di Savena (+36,7%) e Reno, Lavino, Samoggia (+21,5%); in controtendenza rispetto all'andamento negli altri territori, a Bologna tale fascia di età risulta in calo (-2,5%).

Tabella 8.3 - Anziani nella fascia di età tra 75 e 84 anni, 2008 e 2017, per distretto

	2008	2017	Var %
Bologna	37.951	37.009	-2,5%
Appennino Bolognese	4.880	5.018	2,8%
Imola	10.654	11.788	10,6%
Pianura Est	11.257	12.892	14,5%
Pianura Ovest	5.813	6.731	15,8%
Reno,Lavino,Samoggia	8.380	10.180	21,5%
San Lazzaro di Savena	5.302	7.250	36,7%
Area Metropolitana	84.237	90.868	7,9%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

La popolazione con 85 anni e più evidenzia un aumento del 32,1% sull'ambito metropolitano. L'aumento è più consistente nei distretti di San Lazzaro di Savena (+47,6%) e Reno, Lavino, Samoggia (+43,2%).

Tabella 8.4 - Anziani con 85 anni e più, 2008 e 2017, per distretto

	2008	2017	Var%
Bologna	15.601	19.395	24,3%
Appennino Bolognese	1.868	2.417	29,4%
Imola	4.114	5.487	33,4%
Pianura Est	4.136	5.847	41,4%
Pianura Ovest	2.079	2.948	41,8%
Reno,Lavino,Samoggia	3.007	4.306	43,2%
San Lazzaro di Savena	1.952	2.881	47,6%
Area Metropolitana	32.757	43.281	32,1%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

8.1.3 UN TENTATIVO DI STIMA DELLA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

Il dato relativo all'andamento della popolazione per fascia di età è una prima approssimazione che permette solo di intuire quale possa essere il numero di anziani non autosufficienti nel territorio metropolitano bolognese.

Per tentare di stimare il numero di persone anziane non autosufficienti è possibile riferirsi alla banca dati ISTAT *Health for All*, che contiene una raccolta significativa di indicatori sanitari e di salute.

All'interno della banca dati, in particolare nella sezione *Limitazioni funzionali per tipologia*, è presente un tasso di disabilità complessivo e un tasso di disabilità riferito alle limitazioni funzionali per confinamento individuale. Entrambi i tassi sono disaggregabili per due fasce di età: da 6 a 64 anni e 65 anni e più. La fonte di tali indicatori è l'indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'ISTAT. Tale indicatore fa pertanto riferimento ad una percezione soggettiva della persona intervistata all'interno dell'indagine; ciononostante, può costituire un elemento utile per effettuare una approssimazione sulla platea di persone che potrebbe essere in condizione di non autosufficienza. Tali tassi di disabilità sono riferiti alle persone residenti nel proprio domicilio; pertanto, per ottenere il numero complessivo di anziani non

autosufficienti residente nel territorio metropolitano bolognese, a tale stima deve essere aggiunto il numero di anziani inseriti in struttura sociosanitaria, escluso dal campione dell'indagine ISTAT.

La tabella 8.5 riporta pertanto i due tassi di disabilità sopra descritti, per le zone geografiche italiane. Non è purtroppo possibile, per problemi di significatività del campione statistico, scendere a livelli di disaggregazione territoriale maggiore.

Tabella 8.5 - Tasso di limitazione funzionale per zona geografica, anno 2013

	Tasso limitazioni funzionali per confinamento individuale		Tasso limitazioni funzionali complessivo	
	Da 6 a 64 anni	65 anni e più	Da 6 a 64 anni	65 anni e più
Nord-Ovest	0,29%	7,86%	1,11%	15,90%
Nord-Est	0,33%	7,86%	1,08%	18,45%
Centro	0,50%	9,49%	1,31%	19,47%
Mezzogiorno	0,67%	12,53%	1,81%	24,97%
Italia	0,47%	9,66%	1,42%	19,98%

Fonte: ISTAT Health for All

La stima del numero di persone non autosufficienti nell'area metropolitana bolognese deve pertanto essere effettuata premettendo due ipotesi.

La prima riguarda l'applicazione del tasso di disabilità riferito del Nord-Est al territorio bolognese: si ipotizzerà, infatti, che tale tasso sia omogeneo per tutta l'area del Nord-Est.

La seconda riguarda l'anno di rilevazione del tasso di disabilità: si ipotizza, pertanto, che il tasso sia rimasto costante, dal 2013 ad oggi.

Se si applicano i due tassi di disabilità del Nord-Est riferiti alla popolazione con più di 65 anni del 2017, il numero di anziani con limitazioni funzionali complessive sarebbe pari a 45.413, mentre il numero di anziani confinati sarebbe pari a 19.347 (tabella 8.6).

Tabella 8.6 - Stima numero anziani con limitazioni funzionali nei distretti dell'Area Metropolitana di Bologna

	Pop > 65	Anziani con limitazioni funzionali complessive	Anziani confinati
Bologna	98.614	18.194	7.751
Appennino Bolognese	14.391	2.655	1.131
Imola	31.871	5.880	2.505
Pianura Est	35.904	6.624	2.822
Pianura Ovest	18.495	3.412	1.454
Reno, Lavino e Samoggia	27.284	5.034	2.145
San Lazzaro di Savena	19.581	3.613	1.539
Area Metropolitana	246.140	45.413	19.347

Fonte: Elaborazione dati Città Metropolitana di Bologna

8.1.4 LA STRUTTURA DELL'OFFERTA DEI SERVIZI NEL TERRITORIO BOLOGNESE

La struttura dell'offerta complessiva (pubblica e privata) nell'area della non autosufficienza si basa su diversi meccanismi di regolazione e regolamentazione, ai quali corrispondono servizi con requisiti più o meno stringenti. I due principali sono l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento. La descrizione di seguito partirà dall'analisi delle strutture accreditate per poi

estendersi alle strutture soggette all'autorizzazione al funzionamento, che spesso erogano servizi a regime di libero mercato.

8.1.4.1. LE STRUTTURE RESIDENZIALI ACCREDITATE: LA CRA

La casa-residenza per anziani (CRA), che ha inglobato la ex Casa Protetta/RSA, è un servizio socio-sanitario residenziale destinato ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. Sono strutture dedicate a persone anziane non autosufficienti che non possono restare nella propria abitazione. I requisiti delle CRA sono definiti dalla normativa sul tema dell'autorizzazione al funzionamento (DGR 564/2000) e dell'accreditamento (DGR 514/2009 e successivi provvedimenti). Ciascun territorio, in fase di programmazione del fabbisogno di posti in struttura residenziale, nell'ambito del contratto di servizio acquista una quota di posti tra quelli accreditati disponibili.

La tabella 8.7 riporta il numero di posti autorizzati, accreditati e acquistati con il contratto di servizio nei diversi distretti dell'area metropolitana di Bologna. Nell'ambito metropolitano, al 31/12/2016 erano autorizzati complessivamente 3.916 posti di CRA. Di questi, 3.528 sono stati accreditati e 3.451 acquistati con contratto di servizio.

Tabella 8.7 - Posti autorizzati, accreditati e con contratto di servizio nelle CRA, per distretto, 31/12/2016

	n. posti autorizzati CRA	n. posti accreditati	n. posti contratto di servizio	Differenza posti autorizzati-posti accreditati	Differenza posti accreditati – posti contratto di servizio
Bologna	1.537	1.463	1.459	74	4
Appennino Bolognese	235	187	180	48	7
Imola	575	513	507	62	6
Pianura Est	554	520	461	34	59
Pianura Ovest	222	222	222	0	0
Reno, Lavino e Samoggia	380	317	317	63	0
San Lazzaro di Savena	413	306	305	107	1
Area Metropolitana	3.916	3.528	3.451	388	77

Fonte: Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

Il numero di posti in CRA può essere rapportato alla popolazione con più di 75 anni, per ottenere il tasso di copertura. A livello metropolitano, il tasso di copertura calcolato sui posti autorizzati è pari al 2,9%; mentre il tasso di copertura calcolato sui posti accreditati è pari al 2,6% (tabella 8.8).

Tabella 8.8 - Tasso di copertura su posti autorizzati e accreditati in CRA, 2016

	n. posti autorizzati CRA	n. posti accreditati	Popolazione > 75 anni 1/1/2017	Posti autorizzati/popolazione > 75 anni	Posti accreditati/popolazione > 75 anni
Bologna	1.537	1.463	56.404	2,7%	2,6%
Appennino Bolognese	235	187	7.435	3,2%	2,5%
Imola	575	513	17.275	3,3%	3,0%
Pianura Est	554	520	18.739	3,0%	2,8%
Pianura Ovest	222	222	9.679	2,3%	2,3%
Reno, Lavino e Samoggia	380	317	14.486	2,6%	2,2%
San Lazzaro di Savena	413	306	10.131	4,1%	3,0%
Area Metropolitana	3.916	3.528	134.149	2,9%	2,6%

Fonte: Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

8.1.4.2. LE STRUTTURE RESIDENZIALI AUTORIZZATE

Oltre alle CRA, il sistema di welfare regionale prevede altre tipologie di strutture residenziali rivolte ad anziani, i cui requisiti sono definiti dalla normativa sull'autorizzazione al funzionamento (DGR 564/2000).

Si tratta, nel dettaglio, di:

- Casa protetta: struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere;
- Casa di riposo: struttura socio-assistenziale a carattere residenziale destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve;
- Comunità alloggio: struttura socio-assistenziale residenziale di ridotte dimensioni, di norma destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà;
- Alloggi con servizi/Residenza protetta: alloggi aggregati in una stessa unità strutturale (edificio), dotata di una zona comune per servizi collettivi, destinata ad anziani in condizioni di autosufficienza o di parziale autosufficienza;

La tabella 8.9 riporta i posti nelle varie tipologie di struttura sopra elencate in ogni distretto dell'area Metropolitana e il tasso di copertura sulla totale popolazione residente con più di 75 anni. I dati evidenziano che sul territorio metropolitano sono presenti ulteriori 3.552 posti in strutture residenziali: di questi, ben 2.632 sono posti in casa di riposo.

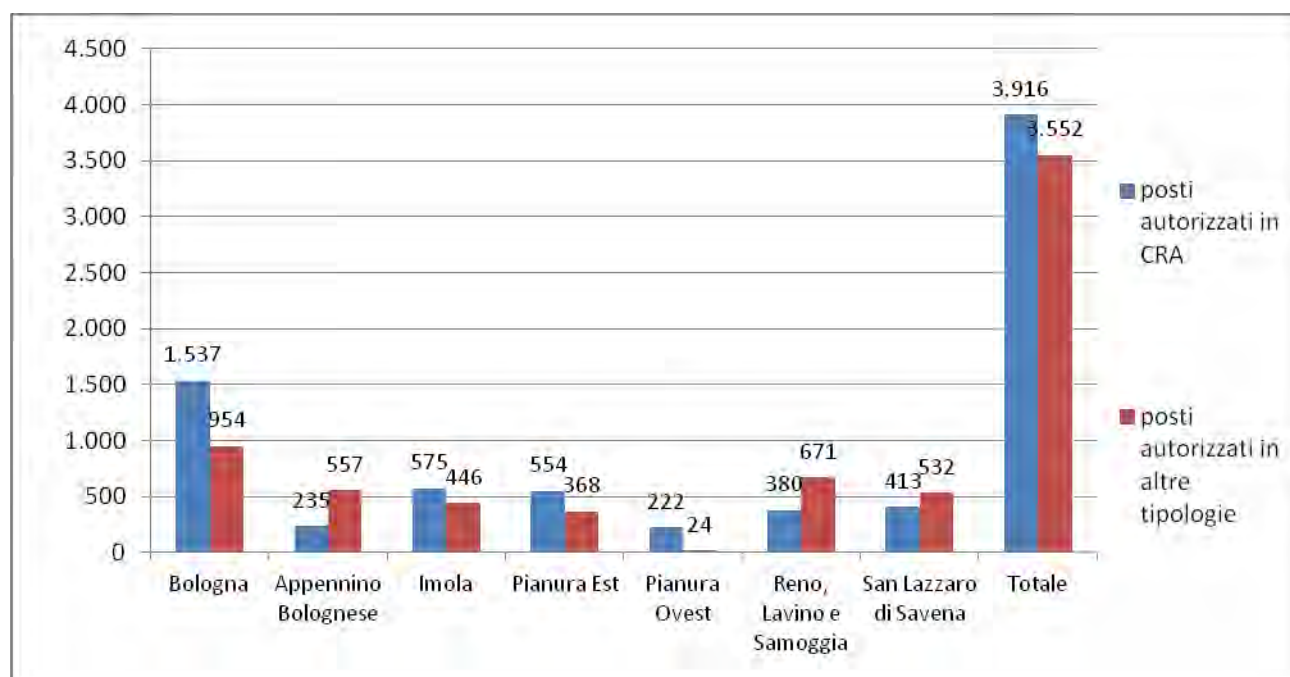
Tabella 8.9 - Posti autorizzati nelle strutture residenziali private per anziani, per tipologia e per distretto, 2016

	n. posti autorizzati casa di riposo	n. posti autorizzati casa protetta privata	n. posti autorizzati altre tipologie di servizi residenziali	totale posti	totale posti / pop > 75
Bologna	700	60	194	954	1,7%
Appennino Bolognese	465	70	22	557	7,5%
Imola	178	219	49	446	2,6%
Pianura Est	244	85	39	368	2,0%
Pianura Ovest	24	0	0	24	0,2%
Reno, Lavino e Samoggia	518	146	7	671	4,6%
San Lazzaro di Savena	503	0	29	532	5,3%
Area Metropolitana	2.632	580	340	3.552	2,6%

Fonte: Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

Il grafico successivo confronta i posti autorizzati in CRA e nelle altre strutture residenziali per ciascun distretto.

Grafico 8.5 - Posti autorizzati nelle CRA e nelle altre strutture residenziali private per anziani, per distretto, 2016



Fonte: Elaborazione dati Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

8.1.4.3 LE STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI (CENTRO DIURNO)

Il Centro diurno è un servizio socio-sanitario che offre assistenza e realizza programmi di riattivazione e mantenimento, socializzazione e animazione nelle ore del giorno, con rientro dell'anziano a domicilio la sera. Nel territorio metropolitano bolognese sono presenti 56 centri diurni, che offrono complessivamente 759 posti accreditati su di un totale di 990 posti autorizzati (tabella 8.10).

Tabella 8.10 – Presidi, posti autorizzati e accreditati nei centri diurni per anziani, per distretto, 2016

	Numero presidi	posti autorizzati	Di cui: posti accreditati
Bologna	17	353	330
Appennino Bolognese	6	81	28
Imola	4	72	52
Pianura Est	11	156	122
Pianura Ovest	5	80	59
Reno, Lavino, Samoggia	9	176	128
San Lazzaro di Savena	4	72	40
Area Metropolitana	56	990	759

Fonte: Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

8.1.4.4 SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ

Accanto ai servizi residenziali e semiresidenziali, l'assistenza agli anziani si realizza anche attraverso i servizi di sostegno alla domiciliarità. Nell'area metropolitana bolognese, nel 2016 sono stati erogati 1.546 assegni di cura e 539 contributi aggiuntivi per la regolarizzazione delle badanti (tabella 8.11).

Tabella 8.11 - Anziani con assegno di cura e contributo aggiuntivo badanti, per distretto, 2016

	Assegno di cura	Contributo aggiuntivo badanti
Bologna	436	226
Appennino Bolognese	112	22
Pianura Est	457	159
Pianura Ovest	43	34
Reno, Lavino, Samoggia	161	52
San Lazzaro di Savena	111	31
Totale AUSL Bologna	1.320	524
AUSL Imola	226	15
Area Metropolitana	1.546	539

Fonte: consuntivo 2016 Azienda Usl Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

Nel corso del 2016, inoltre (tabella 8.12), 3.012 anziani hanno usufruito del servizio di Assistenza Socio-sanitaria domiciliare integrata (ASSDI) e 1.906 anziani hanno usufruito di servizi accessori a sostegno del progetto individualizzato di vita e di cure (trasporti, pasti, ...)

Tabella 8.12 – Anziani con ASSDI e con servizi accessori, 2016

	Utenti nell'anno	Utenti che hanno usufruito di servizi accessori a sostegno del progetto individualizzato
Bologna	899	626
Appennino Bolognese	154	74
Pianura Est	652	0
Pianura Ovest	366	535
Reno, Lavino, Samoggia	291	92
San Lazzaro di Savena	166	122
Totale AUSL Bologna	2.528	1.449
AUSL Imola	484	457
Area Metropolitana	3.012	1.906

Fonte: consuntivo 2016 Azienda Usl Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

8.2 I DISABILI ADULTI

L'area della disabilità adulta presenta una notevole complessità, in relazione a una forte differenziazione dei bisogni (di cura, assistenza, continuità, ma anche di inclusione in senso più ampio). Parallelamente, dal punto di vista informativo esistono difficoltà significative a recuperare dati ed informazioni sulle opportunità a favore delle persone disabili adulte. In particolare, un aspetto critico riguarda le connessioni dei servizi tra l'età evolutiva e l'età adulta. In questa sede ci si limiterà ad analizzare i servizi a favore della disabilità adulta nell'ambito socio-sanitario, finanziati con il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, rimandando ad un successivo approfondimento tematico, da realizzarsi nel corso del prossimo anno, la ricostruzione delle opportunità nel panorama dei servizi a favore degli adulti disabili.

8.2.1 LA PRESA IN CARICO SOCIO SANITARIA DEGLI ADULTI DISABILI

La presa in carico degli adulti con disabilità in ambito sociosanitario avviene in parte attraverso l'inserimento in strutture. Nel corso del 2016, nel territorio metropolitano bolognese sono state inserite 1.617 persone con disabilità nelle diverse tipologie di struttura. Sul totale, in 548 casi gli utenti sono stati inseriti in strutture residenziali (Centri Socio-Riabilitativi Residenziali, Gruppi Appartamento, Comunità Alloggio); in 594 casi in strutture a ciclo diurno (Centri Socio-Riabilitativi Diurni) e in 475 casi in laboratori protetti (tabella 8.13).

Tabella 8.13 - Progetti riabilitativi a carico FRNA, per tipologia e distretto, 2016

	Strutture residenziali	Centri Socio Riabilitativi Diurni	Laboratori Protetti	Totale Progetti riabilitativi a carico FRNA*
Bologna	253	253	179	685
Appennino Bolognese	15	37	34	86
Pianura Est	66	80	58	204
Pianura Ovest	38	59	28	125
Reno Lavino Samoggia	45	63	67	175
San Lazzaro di Savena	42	69	16	127
AUSL Bologna	459	561	382	1.402
AUSL Imola	89	33	93	215
Area Metropolitana	548	594	475	1.617

Fonte: consuntivo 2016 Azienda Usl Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

Accanto agli inserimenti in struttura, la rete dei servizi prevede diverse opportunità di sostegno alla domiciliarità. A livello metropolitano, gli assegni di cura erogati a favore di disabili adulti sono complessivamente 340 nell'ambito metropolitano; gli utenti disabili beneficiari di assistenza domiciliare socio-assistenziale sono 417 e gli utenti beneficiari di assistenza domiciliare socio-educativa sono 240 (tabella 8.14).

Tabella 8.14 - Servizi di sostegno alla domiciliarità, per tipologia e distretto, 2016

	Assegno di cura	Contributo aggiuntivo badanti	Accoglienza temporanea	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare socio-educativa
Bologna	176	21	16	186	72
Appennino Bolognese	24	0	68	15	86
Pianura Est	53	10	22	42	4
Pianura Ovest	14	9	7	10	16
Reno Lavino Samoggia	23	9	5	40	7
San Lazzaro di Savena	18	6	2	25	1
AUSL Bologna	308	55	120	318	186
AUSL Imola	32	nd	4	99	54
Area Metropolitana	340	55	124	417	240

Fonte: consuntivo 2016 Azienda Usl Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

Un segmento rilevante dell'offerta di servizi è infine dedicato al sostegno degli utenti con gravissime disabilità acquisite¹⁷. Sull'ambito metropolitano bolognese sono 94 gli utenti con

¹⁷ I servizi a favore delle gravissime disabilità acquisite sono definiti all'interno della Delibera di Giunta Regionale n. 2068 del 18/10/2004 "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni". I servizi normati dalla delibera si rivolgono all'insieme di coloro che acquisiscono disabilità gravissime conseguenti a patologie/deficit che si manifestano in età adulta derivanti da varie cause (traumi, malattie cronico degenerative...) dalle quali deriva una grave dipendenza nel compiere le normali attività della vita quotidiana fino a raggiungere situazioni di totale non autosufficienza e/o di minima coscienza. In prima approssimazione si possono individuare le seguenti condizioni: a) gravissime cerebrolesioni acquisite; b) gravissime mielolesioni; c) gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica).

gravissime disabilità acquisite inseriti in strutture residenziali, e 130 gli utenti con assegno di cura (tabella 8.15).

Tabella 8.15 – Servizi di sostegno agli utenti con gravissime disabilità acquisite, per tipologia e distretto, 2016

	Utenti inseriti in strutture residenziali	Utenti con assegno di cura
Bologna	57	43
Appennino Bolognese	4	9
Pianura Est	11	26
Pianura Ovest	1	11
Reno Lavino Samoggia	8	11
San Lazzaro di Savena	5	9
AUSL Bologna	86	109
AUSL Imola	8	21
Area Metropolitana	94	130

Fonte: consuntivo 2016 Azienda Usl Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

9. CONTRASTO ALLA POVERTÀ: INTERVENTI PER L'INCLUSIONE SOCIALE

9.1 VERSO LA RICOSTRUZIONE DELLE MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTÀ E PER L'INCLUSIONE SOCIALE

In linea con l'obiettivo prioritario del contrasto alla povertà e all'impoverimento dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento – approvato dalla CTSS Metropolitana lo scorso 10 Maggio – si progetteranno e realizzeranno approfondimenti specifici che saranno oggetto del lavoro dell'Ufficio di Supporto e della Struttura Tecnica Metropolitana a partire dai prossimi mesi. In questa sede si forniscono alcuni primi elementi di contesto attraverso l'analisi dei dati disponibili al momento, utili come punto di partenza per futuri approfondimenti e riflessioni in merito alla ricostruzione del quadro delle misure a contrasto della povertà.

9.2 I BISOGNI DEI CITTADINI ALLO SPORTELLLO SOCIALE

All'inizio del 2018, nell'ambito del coordinamento metropolitano REI si è deciso di individuare, all'interno delle voci previste nel nomenclatore dei bisogni e dei servizi richiesti in uso allo sportello sociale, una voce specifica sulla quale gli operatori dovevano registrare unicamente le richieste dei cittadini per le misure di REI e RES. Tale indicazione, se implementata correttamente, consente di avere una informazione su quanti cittadini si recano allo sportello a richiedere REI e RES. Ovviamente tale dato può includere anche persone con caratteristiche molto lontane da quelle previste dai requisiti del REI e del RES, tuttavia è una informazione che può dare, anche se approssimativamente, l'idea dello scarto tra la domanda soddisfatta e il bisogno/domanda potenziale. La voce individuata all'interno del nomenclatore è "**Adesione a progetti finalizzati ad agevolazioni economiche**".

Nel primo quadrimestre del 2018, i distretti nei quali è stato più alto il numero di persone che hanno fatto richiesta di REI e RES (conteggiati all'interno della voce sopra menzionata dagli operatori di sportello sociale) sono quelli di Reno, Lavino, Samoggia, con 723 richieste complessive e Pianura Est, con un totale di 653 richieste (tabella 9.1).

Tabella 9.1 - Richieste REI e RES per distretto. I quadrimestre 2018

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Tot I quadr.	Media mensile
Appennino Bolognese	66	35	55	32	188	47
Pianura Est	161	179	215	98	653	163
Pianura Ovest	6	49	31	11	97	24
Reno, Lavino, Samoggia	182	251	238	52	723	181
San Lazzaro di Savena	84	146	164	49	443	111

Fonte: Osservatorio metropolitano Sportelli Sociali

Il Comune di Bologna ha individuato come voce relativa alle richieste SIA/REI-RES "**Contributi economici sostegno inclusione attiva**".

Di seguito sono presentati i dati relativi ai contatti che hanno richiesto contributi economici presso gli sportelli sociali del Comune di Bologna, divisi per quartiere. I dati estratti sono relativi al periodo che va dal 1/09/2017 al 31/05/2018. Le richieste allo sportello sociale di SIA, REI e RES da parte degli utenti nel periodo considerato sono state complessivamente 7.756. Di queste, 2.758,

corrispondenti al 35,6% del totale, sono relative al quartiere San Donato - San Vitale e 1.993 al quartiere Navile (tabella 9.2).

Tabella 9.2 - Contatti per benefici economici per quartiere, 1/9/2017 – 31/5/2018, Comune di Bologna

	NR.	%	Media Mensile
Borgo Panigale-Reno	1.179	15,2%	131
Navile	1.993	25,7%	221
Porto- Saragozza	1.060	13,7%	118
San Donato - San Vitale	2.758	35,6%	306
Santo Stefano	405	5,2%	45
Savena	195	2,5%	22
Servizio Bassa Soglia	166	2,1%	18
Totale Bologna	7.756	100,0%	862

Fonte: sistema informativo Comune di Bologna

9.3 LE DOMANDE EFFETTIVE DI CONTRIBUTI A CONTRASTO DELLA POVERTÀ

Accanto ai dati sugli sportelli sociali, è possibile analizzare i dati relativi alle domande effettive per SIA/REI-RES, attraverso l'elaborazione dei dati estratti dal portale Regionale del sistema informativo RES. Il portale regionale permette di inoltrare una unica domanda per il RES e il SIA/REI. Ad esso si affianca il portale INPS, che permette di inoltrare le domande unicamente per la misura REI.

Il livello di completezza ed attendibilità dei dati disponibili sulle domande dipende, pertanto, dall'utilizzo del portale regionale da parte dei territori. Di seguito (tabella 9.3) si riporta una sintetica mappatura sull'utilizzo del portale regionale, aggiornata al mese di giugno 2018. Ad eccezione del Nuovo Circondario Imolese e di una parte dei Comuni di Pianura Est, attualmente in tutti i territori viene utilizzato il portale regionale.

Tabella 9.3 - Mappatura sull'utilizzo dei portali per l'inserimento delle domande SIA/REI-RES

Distretto	Comune	Utilizzo portale RER (si/no)	Utilizzo portale INPS (si/no)	Note
Bologna		si	si	Utilizzo del portale INPS fino all'entrata in uso del portale RER
Appennino Bolognese	Alto Reno Terme	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 08/01/2018
	Camugnano	si	no	
	Castel d'Aiano	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 04/01/2018
	Castel di Casio	si	no	
	Castiglione dei Pepoli	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 04/01/2018

	Gaggio Montano	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 22/01/2018
	Grizzana Morandi	si	no	
	Lizzano in Belvedere	si	no	
	Marzabotto	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 30/12/2017
	Monzuno	si	no	
	San Benedetto Val di Sambro	si	no	
	Vergato	si	no	
Imola	Borgo Tossignano	si	si	Sono attivi entrambi i portali e ASP ha iniziato a inserire su quello di INPS le domande che sapevano sicuramente REI.
	Castel del Rio	si	si	
	Castel San Pietro Terme	si	si	
	Casalfiumanese	si	si	
	Castel Guelfo di Bologna	si	si	
	Dozza	si	si	
	Fontanelice	si	si	
	Imola	si	si	
	Medicina	si	si	
	Mordano	si	si	
Pianura Est	Argelato	si	si	
	Baricella	si	no	
	Bentivoglio	si	si	
	Budrio	si	si	
	Castello d'Argile	si	no	
	Castel Maggiore	si	si	
	Castenaso	si	si	
	Galliera	si	si	
	Granarolo dell'Emilia	si	no	
	Malalbergo	si	no	
	Minerbio	si	no	
	Molinella	si	si	
	Pieve di Cento	si	no	
	San Pietro in Casale	si	si	
	San Giorgio di Piano	si	no	
Pianura Ovest	Anzola dell'Emilia	si	no	
	Calderara di Reno	si	no	
	Crevalcore	si	no	
	Sala Bolognese	si	no	
	San Giovanni in Persiceto	si	no	
	Sant'Agata Bolognese	si	no	
Reno, Lavino, Samoggia	Casalecchio di Reno	si	no	utilizzo del portale rer da subito
	Monte San Pietro	si	no	utilizzo del portale rer da subito
	Sasso Marconi	si	no	utilizzo del portale rer da subito
	Valsamoggia	si	no	utilizzo del portale rer da subito
	Zola Predosa	si	no	utilizzo del portale rer da subito

San Lazzaro di Savena	Loiano	si	si	Si utilizza il portale INPS solo per controllare le domande ancora in corso di validità e inserite nel 2017 sullo stesso. Inoltre si utilizza il portale INPS per verificare le domande inserite nel 2018 nel portale regionale e approvate come REI. In caso di inserimento di domanda sul portale regionale e approvata come REI sul portale INPS la si visualizza mentre non succede lo stesso sul portale regionale, se non dopo molto tempo.
	Monghidoro	si	si	
	Monterenzio	si		
	Ozzano dell'Emilia	si		
	Pianoro	si	si	
	San Lazzaro di Savena			

I dati di seguito elaborati si riferiscono alle domande di SIA/REI-RES e sono relativi al periodo che va dall'11 settembre 2017 al 29 maggio 2018.

La tabella 9.4 elenca le domande per SIA/REI-RES dei cittadini dei comuni dell'area metropolitana bolognese, suddivise per distretti e per stato di avanzamento della domanda. Complessivamente, nel periodo considerato sono state presentate 5.161 domande; al 29 Maggio, poco più della metà erano ancora nella prima fase di competenza comunale¹⁸.

Tabella 9.4 - Domande di SIA/REI-RES per distretto e stato di avanzamento. Dati al 29/5/2018

	Domande all'interno delle fasi di competenza comunale	Domande inoltrate a INPS	Cancellate	Totale
Bologna	1.152	1.228	23	2.403
Appennino Bolognese	219	126	9	354
Imola	132	235	7	374
Pianura Est	355	300	15	670
Pianura Ovest	281	150	9	440
Reno, Lavino, Samoggia	144	151	0	295
San Lazzaro di Savena	382	228	15	625
Area Metropolitana	2.665	2.418	78	5.161

Fonte: Elaborazione dati Portale Regionale del sistema informativo RES

La tabella 9.5 esamina ad un livello di maggiore dettaglio le domande inoltrate ad INPS. Complessivamente sono state inoltrate ad INPS 2.418 domande, il 60,7% delle quali ha avuto un esito positivo. I territori nei quali è più elevata la percentuale di domande inoltrate con esito positivo sono l'Appennino Bolognese (65,9% del totale) e Bologna (65,5% del totale). Si può inoltre considerare il rapporto tra le domande respinte e il totale delle domande inoltrate: nell'ambito metropolitano, tale quota ammonta al 16%.

¹⁸ Per richiedere un contributo a contrasto della povertà, il cittadino si deve recare presso lo Sportello Sociale del Comune di competenza e compilare l'apposito modulo; una volta fatta richiesta e dopo una prima verifica preliminare, la domanda viene inoltrata ad INPS, in attesa di un esito. I primi tre step (IN COMPILAZIONE, IN VERIFICA ed IN ATTESA) sono, dunque, tre passaggi preliminari di competenza comunale obbligatori che non conducono, ancora, a nessun risultato. Se vi è un esito positivo da parte di INPS la domanda risulta prima DA AUTORIZZARE e immediatamente dopo IN EROGAZIONE o con PROGETTO DA SOTTOSCRIVERE. Se l'esito invece è negativo, ovvero non sono soddisfatti determinati requisiti familiari e/o economici, la domanda risulta RESPINTA. Vengono denominate DECADUTE, invece, quelle domande che, nonostante siano state autorizzate in uno o più bimestri precedenti, non soddisfano più determinati requisiti (ad esempio, con la presentazione del nuovo ISEE il nucleo familiare risulta al di sopra di una determinata soglia), o risultano incompatibili con altri tipi di prestazioni economiche (ad esempio, NASPI) oppure non sono più erogabili per motivazioni personali esterne relative agli utenti (ad esempio, trasferimento del nucleo familiare in un'altra regione). Una domanda, invece, è CANCELLATA se è stata inserita dall'operatore per errore o se il cittadino richiede la sua cancellazione.

Tabella 9.5 - Domande SIA/REI-RES con esito positivo o negativo, per distretto. Dati al 29/5/2018

Distretto	Totale domande con esito positivo	Totale domande con esito negativo	Totale domande	% con esito positivo	% respinte/totale domande inoltrate
Bologna	804	424	1.228	65,5%	10,3%
Appennino Bolognese	83	43	126	65,9%	21,4%
Imola	141	94	235	60,0%	15,3%
Pianura Est	152	148	300	50,7%	27,3%
Pianura Ovest	87	63	150	58,0%	22,0%
Reno, Lavino, Samoggia	81	70	151	53,6%	15,9%
San Lazzaro di Savena	120	108	228	52,6%	25,0%
Area Metropolitana	1.468	950	2.418	60,7%	16,0%

Fonte: Elaborazione dati Portale Regionale del sistema informativo RES

Il numero di domande con esito positivo può inoltre essere rapportato al numero di famiglie anagrafiche residenti, in modo da ottenere un indicatore approssimativo della copertura rispetto alla popolazione complessiva (tabella 9.6). Sull'ambito metropolitano, a percentuale si attesta allo 0,3%, con valori lievemente superiori alla media per i territori di Bologna (0,39%), San Lazzaro di Savena (0,33%) e Reno, Lavino, Samoggia (0,31%).

Tabella 9.6 - Tasso di copertura delle domande RES/SIA con esito positivo nell'area metropolitana di Bologna

Distretti	Totale domande con esito positivo	Famiglie anagrafiche residenti	Tasso di copertura
Bologna	804	206.050	0,39%
Appennino Bolognese	83	35.826	0,23%
Imola	141	70.155	0,20%
Pianura Est	152	51.070	0,30%
Pianura Ovest	87	58.995	0,15%
Reno, Lavino, Samoggia	81	26.071	0,31%
San Lazzaro di Savena	120	35.943	0,33%
Area Metropolitana	1.468	484.110	0,30%

Fonte: Elaborazione dati Portale Regionale del sistema informativo RES

9.4 LEGGE REGIONALE 14/2015

Di seguito si riportano i dati relativi al monitoraggio della Legge Regionale 30 luglio 2015, n. 14 relativa all'avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili. Va tenuto in considerazione che si tratta di dati ancora parziali, relativi alla prima annualità che, di fatto, si è avviata nel dicembre 2017. I dati si riferiscono ai profili trattati fino al 20/4/2018. Complessivamente, sull'ambito metropolitano sono stati trattati 2.118 profili di utenti, 894 dei quali hanno superato la fase di accesso (tabella 9.7).

Tabella 9.7 - Profili trattati LR 14/2015 per distretto. Dati al 20/04/2018

	Utenti con accesso superato	Utenti con accesso in corso	Utenti con accesso non superato	Profili annullati	Totale profili trattati
Bologna	159	118	182	30	489
Appennino Bolognese	113	20	85	33	251
Imola	144	23	109	55	331
Pianura Est	115	2	185	14	316
Pianura Ovest	221	21	207	37	486
Reno, Lavino, Samoggia	78	7	1	15	101
San Lazzaro di Savena	64	78	0	2	144
Area Metropolitana	894	269	769	186	2.118

Fonte: Monitoraggio Regionale LR 14/2015

Di seguito (tabella 9.8) si presenta il dettaglio relativo agli 894 utenti con accesso superato: di questi, 540 sono gli utenti con programma sottoscritto.

Tabella 9.8 - Dettaglio utenti con accesso superato. Dati al 20/04/2018

	Profili in corso di valutazione approfondita	Utenti con programmi in fase di definizione	Utenti con programmi sottoscritti	Utenti per i quali deve avviarsi il lavoro dell'equipe	Utenti esclusi dalla programmazione per profilo "basso"	Utenti esclusi dalla programmazione per profilo "alto"
Bologna	29	17	101	11	0	1
Appennino Bolognese	27	1	37	46	2	0
Imola	24	0	76	41	3	0
Pianura Est	16	1	75	18	5	0
Pianura Ovest	4	3	149	61	3	1
Reno, Lavino, Samoggia	10	0	64	4	0	0
San Lazzaro di Savena	20	0	38	6	0	0
Area Metropolitana	130	22	540	187	13	2

Fonte: Monitoraggio Regionale LR 14/2015

9.5 BORSE DI STUDIO

Ogni anno la Città Metropolitana di Bologna eroga borse di studio destinate a studenti delle scuole superiori e della formazione residenti nel territorio metropolitano. Si tratta di un'attività prevista dalla Legge Regionale n.26/01 "Diritto allo studio ed all'apprendimento per tutta la vita. Abrogazione della L.R. 25 Maggio 1999, n.10", la quale stabilisce all'art.4 che "Al fine di rendere effettivo il diritto allo studio e all'istruzione (...) la Regione interviene attraverso l'attribuzione di borse di studio agli alunni meritevoli e/o a rischio di abbandono del percorso formativo, in disagiate condizioni economiche e residenti sul territorio regionale".

I requisiti d'accesso¹⁹ per avere diritto all'erogazione del contributo sono:

- la frequenza e il completamento delle prime due classi delle scuole secondarie di II° grado del sistema nazionale di istruzione, il secondo anno dell'IeFP²⁰ presso un ente di formazione

¹⁹ Relativi all'anno scolastico 2016/2017.

²⁰ Istruzione e Formazione Professionale.

professionale accreditato per l'obbligo di istruzione che opera nel Sistema regionale IeFP e le prime due annualità dei progetti personalizzati dell'IeFP²¹.

- un ISEE non superiore a 10.632,94 €.

L'importo delle borse di studio è determinato a consuntivo sulla base del numero complessivo di domande ammissibili e delle risorse disponibili. L'importo base è pari a 294 €; è prevista una maggiorazione del 25% (per un importo pari a 367,5 €) per gli studenti in situazione di disabilità certificata ai sensi della L. 104/92 e per chi ha conseguito nell'anno scolastico la media dei voti pari o superiore al 7. Il bando riferito all'anno scolastico 2016/2017 ha erogato complessivamente risorse pari a 430.930,5 €. Sono state presentate complessivamente 1.462 domande e sono state erogate 1.331 borse di studio. La percentuale di borse di studio erogate sul totale delle domande presentate è pari al 91% sull'ambito metropolitano, con lievi differenze tra i distretti (tabella 9.9).

Tabella 9.9 - Totale domande per Borse di studio, per esito e per distretto, a.s. 2016/2017

	Borse di studio erogate	Borse di studio rifiutate	Totale domande	% Borse di studio erogate
Bologna	531	61	592	89,7%
Appennino Bolognese	99	5	104	95,2%
Imola	181	13	194	93,3%
Pianura Est	197	23	220	89,5%
Pianura Ovest	132	9	141	93,6%
Reno, Lavino, Samoggia	134	11	145	92,4%
San Lazzaro di Savena	56	7	63	88,9%
Non Definito	1	0	1	100,0%
Area Metropolitana	1.331	131	1.462	91,0%

Fonte: Bando per la concessione delle borse di studio, Città metropolitana di Bologna

Sul totale delle borse di studio erogate, quelle con importo base sono state 792 e quelle con importo maggiorato sono state 539, pari al 40,5% sul totale (tabella 9.10).

Tabella 9.10 - Borse di studio, per tipologia e per distretto, a.s. 2016/2017

	Importo base	Importo con maggiorazione	Totale	% borse di studio con maggiorazione sul totale
Bologna	309	222	531	41,8%
Appennino Bolognese	64	35	99	35,4%
Imola	119	62	181	34,3%
Pianura Est	106	91	197	46,2%
Pianura Ovest	84	48	132	36,4%
Reno, Lavino, Samoggia	81	53	134	39,6%
San Lazzaro di Savena	28	28	56	50,0%
Non Definito	1	0	1	0,0%
Area Metropolitana	792	539	1.331	40,5%

Fonte: Bando per la concessione delle borse di studio, Città metropolitana di Bologna

²¹ Nel bando successivo, relativo all'a.s. 2017/2018, è stato aggiunto un ulteriore gruppo di destinatari, ovvero gli alunni frequentanti l'ultimo triennio delle scuole secondarie di 2° grado del sistema nazionale d'istruzione.

Le borse di studio sono state erogate in 753 casi ad alunni italiani e in 578 casi ad alunni stranieri (tabella 9.11). La percentuale di borse di studio erogata a cittadini stranieri sul totale è pari al 43,4% nell'ambito metropolitano. Il capoluogo presenta una quota di beneficiari stranieri più elevata della media (52,9%).

Tabella 9.11 - Borse di studio, per cittadinanza e per distretto, a.s. 2016/2017

	Italiani	Stranieri	Totale	% stranieri sul totale
Bologna	250	281	531	52,9%
Appennino Bolognese	62	37	99	37,4%
Imola	110	71	181	39,2%
Pianura Est	127	70	197	35,5%
Pianura Ovest	87	45	132	34,1%
Reno, Lavino, Samoggia	84	50	134	37,3%
San Lazzaro di Savena	33	23	56	41,1%
Non Definito	0	1	1	100,0%
Area Metropolitana	753	578	1.331	43,4%

Fonte: Bando per la concessione delle borse di studio, Città metropolitana di Bologna

10. IL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE: I DATI DEL MONITORAGGIO DELL' "ACCORDO DI AMBITO METROPOLITANO PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ DI ACCOGLIENZA, ASCOLTO ED OSPITALITÀ PER DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA" E GLI INTERVENTI DEL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

10.1 Nel 2017 le donne nuove accolte dai centri antiviolenza nell'ambito dell' "Accordo metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", sono state in totale 1.250.

Le donne straniere rappresentano il 36,8% di tutte le donne accolte (tabella 10.1). I dati evidenziano una notevole variabilità nella percentuale delle donne straniere accolte dai singoli Centri, che trova giustificazione con la specificità delle risposte offerte da ciascun centro. In particolare, le donne straniere accolte dall'Associazione *Mondo Donna*, sono state l'84,1% del totale.

Tabella 10.1 - Nuove donne accolte per cittadinanza e centro, 2017

	Italiane		Straniere		Non so	
	N	%	N	%	N	%
Casa delle donne	350	62,6%	196	35,1%	13	2,3%
UDI	261	80,1%	65	19,9%	0	0,0%
Mondo Donna	24	15,9%	127	84,1%	0	0,0%
Centro Antiviolenza	34	44,7%	40	52,6%	2	2,6%
Per le Donne	55	78,6%	15	21,4%	0	0,0%
SOS Donna Bo	51	75,0%	17	25,0%	0	0,0%
Area Metropolitana	775	62,0%	460	36,8%	15	1,2%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

Il 45% delle donne accolte risiede nella città di Bologna, il 14,9% nel distretto di Pianura Est e il 9,6% nel distretto di Imola.

Nella tabella 10.2 si rileva che il 2,2% delle donne accolte risiede fuori provincia, in altri comuni della Regione Emilia-Romagna; il 4% in altre regioni italiane ed il 2,4% all'estero o senza fissa dimora. Pertanto, le donne accolte che risiedono fuori provincia risultano essere meno del 10%.

Tabella 10.2 - Nuove donne accolte, per residenza e per Centro, 2017

	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno Lavino Samoggia	San Lazzaro di Savena	ER	Altre Regioni	Estero/ Senza fissa dimora/ Non so
Casa delle donne	301	13	12	59	32	33	39	17	26	24
Centro Antiviolenza	6	0	44	1	1	1	1	6	12	4
UDI	128	0	0	73	56	50	19	0	0	0
Mondo Donna	79	1	1	44	18	0	4	0	2	2
Per le Donne	4	0	63	0	0	0	1	1	1	0
SOS Donna Bo	42	1	0	9	1	3	0	3	9	0
Area Metropolitana	560	15	120	186	108	87	64	27	50	30
	44,9%	1,2%	9,6%	14,9%	8,7%	7,0%	5,1%	2,2%	4,0%	2,4%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

Quasi un terzo delle nuove donne accolte è nella fascia d'età 40/49 anni, il 21,2% ha tra i 18 e i 29 anni e il 17,7% ha tra i 30 e i 39 anni (tabella 10.3).

Tabella 10.3 - Nuove donne accolte, per fascia d'età e per Centro, 2017

	18/29	30/39	40/49	50/59	60/69	>70	N.D.
Casa delle donne	113	142	137	56	26	70	29
Centro Antiviolenza	20	18	19	8	2	1	9
UDI	22	0	198	95	11	0	/
Mondo Donna	90	37	14	9	1	0	/
Per le Donne	11	16	17	16	4	1	5
SOS Donna Bo	12	11	22	12	8	2	/
Area Metropolitana	268	224	407	196	52	74	43
	21,2%	17,7%	32,2%	15,5%	4,1%	5,9%	3,4%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

Più della metà delle donne risulta essere, al momento della violenza, coniugata (40,5%) o convivente (13,1%), mentre il 28,6% è nubile, il 7,6% separata, il 5,9% divorziata e solo l'1,7% vedova (tabella 10.4).

Tabella 10.4 - Nuove donne accolte, per stato civile e per Centro, 2017

	Nubile	Coniugata	Convivente	Separata	Divorziata	Vedova	N.D.
Casa delle donne	140	208	95	51	28	8	29
Centro Antiviolenza	26	36	23	7	7	4	3
UDI	61	190	30	20	18	7	/
Mondo Donna	98	41	0	2	7	3	/
Per le Donne	20	25	9	10	4	0	2
SOS Donna Bo	25	24	12	9	13	0	/
Area Metropolitana	370	524	169	99	77	22	34
	28,6%	40,5%	13,1%	7,6%	5,9%	1,7%	2,6%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

La tabella 10.5 rileva la tipologia d'autore della violenza. Prevalgono nettamente il coniuge (38,7%), il convivente (16,3%) e l'ex (17,7%). Tutte le altre categorie, ad eccezione della tipologia "amico/ conoscente/ connazionale" (con il 7,9%), non superano il 5%.

Tabella 10.5 - Autore della violenza, per Centro, 2017

	Coniuge	Convivente	Fidanzato	Amante	Ex	Padre	Madre	Figlio/a	Altro familiare o parente	Amico/conoscente/connazionale	Collega o datore di lavoro	Gruppo	Sconosciuto	Altro/ Non so
Casa delle donne	214	94	27	4	103	26	2	11	13	31	6	2	16	10
Centro Antiviolenza	34	11	7	2	7	5	1	1	2	2	0	0	2	4
UDI	159	81	13	0	68	0	0	0	0	0	5	0	0	0
Mondo Donna	34	0	5	0	6	2	0	0	12	63	1	0	28	0
Per le Donne	23	7	0	0	21	11	3	2	4	3	6	0	1	0
SOS Donna Bo	19	11	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	2	6
Area Metropolitana	483	204	52	6	221	44	6	14	31	99	18	2	49	20
	38,7%	16,3%	4,2%	0,5%	17,7%	3,5%	0,5%	1,1%	2,5%	7,9%	1,4%	0,2%	3,9%	1,6%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

La tabella successiva presenta i dati relativi alle violenze subite dalle donne. È importante precisare che ogni donna può aver subito più tipologie di violenza, pertanto i dati sono da considerare cumulativi. Il 40,4% delle nuove donne accolte ha subito violenza psicologica, il 28,5% violenza fisica, il 15,5% violenza economica e l'8,1% violenza sessuale. Sono presenti anche 148 casi di stalking, 19 casi di Tratta (o sospetto tratta), 4 casi di matrimonio forzato e 4 casi di mobbing.

Tabella 10.6 – Nuove donne accolte, per tipologia di violenza subita e per Centro, 2017

	Fisica	Psicologica	Economica	Sessuale	Stalking	Mobbing	Tratta (o sospetto tratta)	Matrimonio forzato
Casa delle donne	369	512	165	76	95	0	0	0
Centro Antiviolenza	55	74	34	14	16	0	0	4
UDI	137	185	115	29	15	0	0	0
Mondo Donna	24	47	13	48	0	0	19	0
Per le Donne	46	62	13	14	7	4	0	0
SOS Donna Bo	30	56	19	6	15	0	0	0
Area Metropolitana	661	936	359	187	148	4	19	4
	28,5%	40,4%	15,5%	8,1%	6,4%	0,2%	0,8%	0,2%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

La tabella 10.7 mostra la tipologia di richiesta espressa dalle donne accolte. Emerge, in particolare, che i bisogni maggiormente espressi riguardano la richiesta di informazioni (27,3%), la necessità di ricevere consigli, strategie o supporto alla genitorialità (17,1%) e consulenza legale (13,4%). Si nota, tuttavia, una notevole disomogeneità nelle risposte fra i centri antiviolenza, che deriva dalla presenza di pratiche e specificità diverse dei centri stessi. In particolare, l'UDI lavora prevalentemente attraverso consulenze, mentre SOS donna è una Linea Telefonica.

Tabella 10.7 - Bisogni e richieste espressi dalle donne, per Centro, 2017

	Richiesta informazioni	Ascolto e sostegno / Sfogo	Ricerca casa e/o lavoro	Consulenza legale	Formazione/ gruppo sostegno	Sostegno Psicologico	Fare chiarezza / Consigli e strategie / Supporto genitorialità	Contatto con altri centri	Colloquio di accoglienza	Ospitalità in emergenza / in assenza di emergenza	Aiuto Economico	Altre richieste in emergenza / Altro
Casa delle donne	250	89	22	92	2	21	183	10	392	46	4	10
Centro Antiviolenza	54	14	5	22	1	2	29	2	1	25	0	2
UDI	194	13	0	100	0	13	78	0	0	0	2	0
Mondo Donna	24	56	6	25	16	24	0	0	0	0	0	0
Per le Donne	18	8	42	11	0	2	49	0	0	0	0	0
SOS Donna Bo	43	0	11	35	0	21	26	4	32	3	0	0
Area Metropolitana	583	180	86	285	19	83	365	16	425	74	6	12
	27,3%	8,4%	4,0%	13,4%	0,9%	3,9%	17,1%	0,7%	19,9%	3,5%	0,3%	0,6%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

10.2 Al di là dell'attività svolta dalle Associazioni firmatarie dell'Accordo metropolitano, permane e si consolida la presa in carico da parte del Servizio sociale territoriale, affidata dai Comuni ad ASP Circondario Imolese, anche per questo target d'utenza. Spesso le situazioni sono gestite in modo condiviso.

Nell'anno 2017 sono stati prese in carico n. 21 nuove situazioni di maltrattamento a danno di donne: n. 9 native e n. 12 migranti, di cui n. 9 di provenienza extracomunitaria. Sul totale n. 17 donne hanno figli, per la maggior parte minorenni (n. 25 figli minorenni e n. 6 figli maggiorenni). Tra le tipologie di violenza, quelle maggiormente rilevate sono quelle fisiche e psicologiche (rispettivamente 16 e 15 casi), ma per un numero consistente di donne (n. 12) vi è compresenza di più tipi di violenza. In 15 casi l'autore della violenza è il coniuge o il convivente, nelle restanti situazioni si tratta, comunque, di violenze agite da persone vicine alla vittima (figli, padri, ex partner, ...). Il 50 % delle situazioni ha richiesto un collocamento in emergenza, un altrettanto 50 % di donne ha fatto denuncia verso l'autore della violenza.

E' continuata anche la presa in carico di situazioni conosciute negli anni precedenti e, la spesa complessiva sostenuta nel 2017 dedicata alla realizzazione dei principali interventi di sostegno alle famiglie colpite da questa grave problematica, nelle diverse fasi del percorso (oltre ai costi del personale, dei trasporti e dall'accoglienza effettuata dai Centri antiviolenza dell'Accordo di cui sopra) ammonta a:

- rette per strutture di accoglienza € 258.000,00
- spese di gestione di alloggi di seconda accoglienza € 15.802,00
- contributi economici a sostegno di percorsi di autonomia € 5.482,00.

Fonte: Bilancio sociale 2017 di ASP C

Profilo di comunità

DATI di SINTESI • Settembre 2016

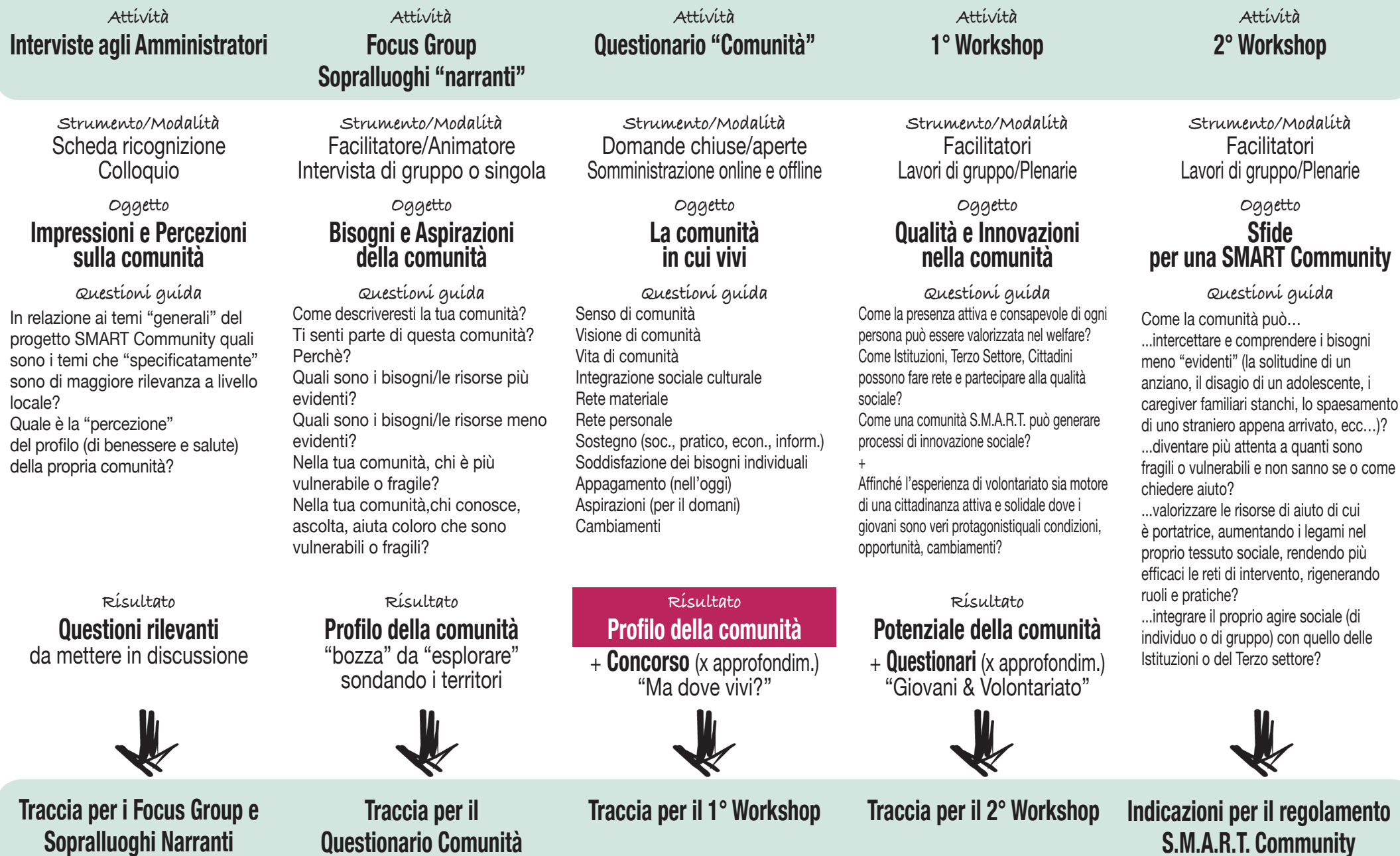
elaborazione a cura di

Associazione Professionale Principi Attivi

Monia Guarino

Alessandra Linari

Flusso logico del percorso



I partecipanti

10	Amministrazioni Comunali
3	Enti/Istituzioni (NCI, AUSL, ASP)
411	Cittadini coinvolti nella fase di apertura (focus group e sopralluoghi)
84	Cittadini/Realtà organizzate coinvolti nei workshop
100	Funzionari/Operatori coinvolti nella formazione
5.664	Questionari “Comunità” ricevuti/elaborati
300	Questionari “Giovani” ricevuti
50	Questionari “Terzo Settore” ricevuti
10	Realtà organizzate coinvolte nel concorso “Ma dove vivi?”

Il campione

Popolazione al 30.6.2016	Maschi	Femmine	Totale	%	Questionario												
					Maschi		Femmine		Giovane 18-34		Adulto 35-64		Anziano 65-95+		Totale	%	
																tot pop.	tot camp
Borgo Tossignano	1.614	1.660	3.274	2,46	108		219		45		252		30		327	9,99%	5,77%
Casalfiumanese	1.738	1.716	3.454	2,59	33		114		15		99		33		147	4,26%	2,59%
Castel del Rio	596	635	1.231	0,92	33		45		15		54		9		78	6,34%	1,38%
Castel Guelfo	2.203	2.255	4.458	3,35	42		138		9		144		27		180	4,04%	3,18%
Castel San Pietro T.	10.152	10.653	20.805	15,62	387		894		234		648		399		1.281	6,16%	22,62%
Dozza	3.267	3.394	6.661	5,00	60		156		9		165		42		216	3,24%	3,81%
Fontanelice	959	972	1.931	1,45	24		54		27		39		12		78	4,04%	1,38%
Imola	33.647	36.278	69.925	52,48	831		2.139		504		2.337		129		2.970	4,25%	52,44%
Medicina	8.251	8.515	16.766	12,58	72		204		51		219		6		276	1,65%	4,87%
Mordano	2.406	2.331	4.737	3,55	39		72		33		72		6		111	2,34%	1,96%
Totale	64.833	68.409	133.242	100	1.629		4.035		942		4.029		693		5.664 4,25%		
	48,66%	51,34%			2,5%	28,76%	5,90%	71,24%	0,71%	16,63%	3,02%	71,13%	0,52%	12,24%			

Il campione

5.664

Genere	Femmine	71,24%
	Maschi	28,76%

Età	Giovani	16,63%
	Adulti	71,13%
	Anziani	12,24%

Nazionalità	Italiana	93,64%
	Paese UE	2,66%
	Extra UE	3,7%

Titolo di studio	Scuola dell'obbligo	11,07%
	Formaz. professionale	8,53%
	Diploma sc.secon. II	47,83%
	Laurea	32,57%

Orientamento religioso	Cristianesimo	75,21%
	Ateismo	14,51%
	Islamismo	9,38%
	Altro	0,9%

Stato civile	Celibe/Nubile	17,64%
	Coniug. - In coppia	74,58%
	Separ. - Divorz.	6,57%
	Vedovo/a	1,22%

Occupazione	Impiegato/a	42,69%
	Operaio/a	12,08%
	Libero professionista	6,57%
	Casalingo/a	5,61%
	In cerca di impiego	4,18%

Provenienza	Nord Italia	70,59%
	Centro Italia	11,39%
	Sud Italia	11,66%

Località di residenza o domicilio	Centro urbano del capoluogo	33,10%
	Periferia urbana Quartiere del cap.	31,04%
	Periferia rurale Campagna del cap.	9,00%
	Centro urbano di frazione	12,24%
	Periferia urbana Quartiere di fraz.	6,46%
	Periferia rurale Campagna di fraz.	8,16%

Cambi di residenza o domicilio nell'arco della vita	nessuno	10,49%
	1	29,82%
	2-3	42,00%
	4 o più	17,69%

Tipologia di abitazione	Casa indipendente	38,35%
	Appart. in condom.	59,96%
	Appar. cond.solid.	1,17%
	Stanza in app. o ed.	0,37%
	Senza fissa dimora	0,16%

Condizione abitativa	Affitto	14,04%
	Propr. prop. o fam.	83,26%
	Propr. datore di lav.	0,64%
	Propr. ente pubblico	0,9%
	Altro	1,17%

Convivenza abitativa	Vivo da solo/a	6,57%
	Vivo con unico nucleo familiare	87,71%
	Vivo con più nuclei familiari	4,98%
	Vivo con amici	0,42%
	Vivo con sorelle o fratelli	0,32%

Permanenza nell'attuale comune di residenza o domicilio	0-5 anni	9,96%
	6-10 anni	13,93%
	11-20 anni	23,25%
	oltre 20 anni	52,86%

Senso di comunità

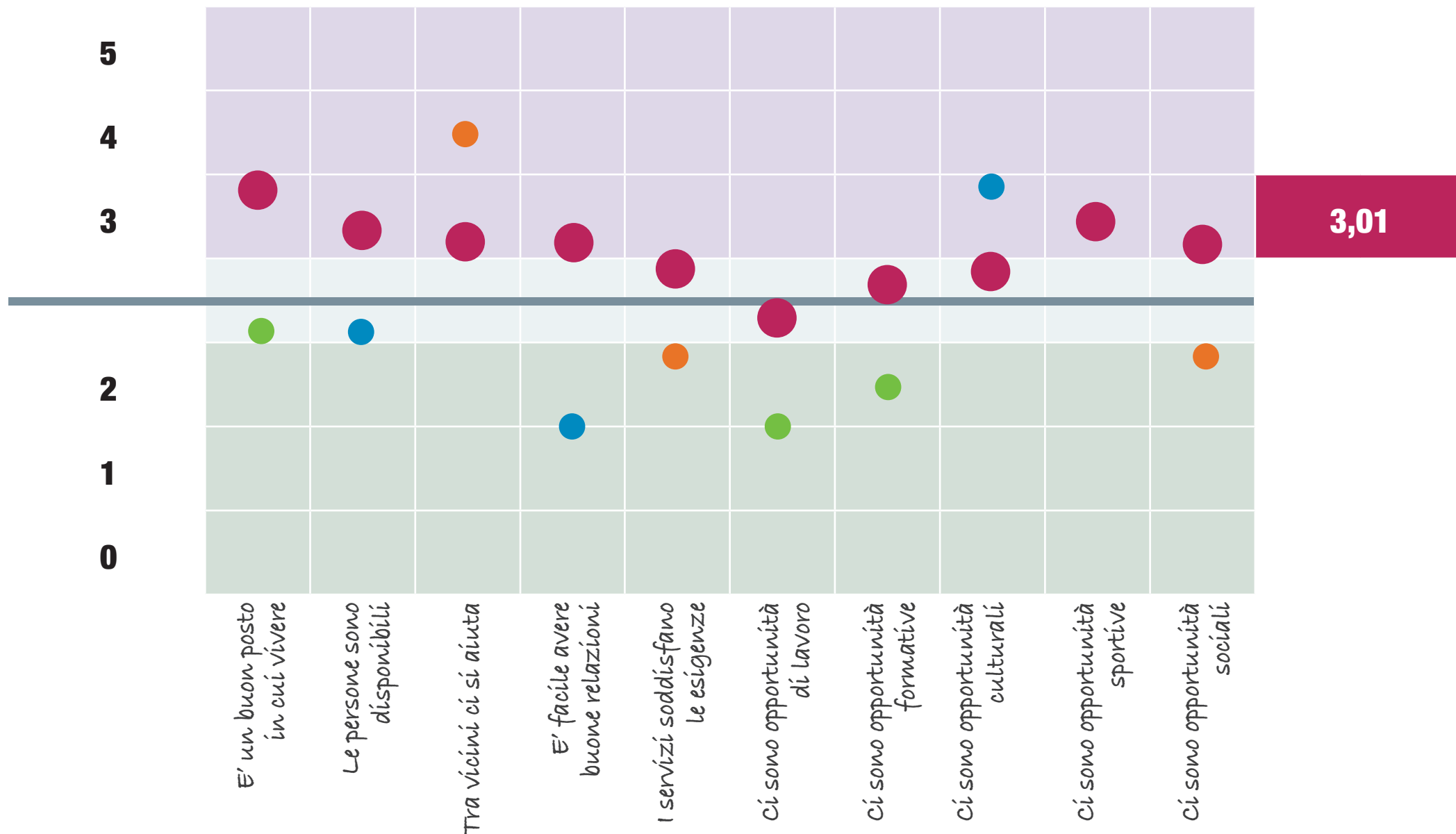
Quanto sei d'accordo con queste affermazioni?

0 = per nulla d'accordo o non accade mai | 5 = totalmente d'accordo / accade spesso

Giovane

Adulto

Anziano



Visione di comunità

Quanto sei d'accordo con queste affermazioni?

0 = per nulla d'accordo o non accade mai | 5 = totalmente d'accordo / accade spesso

Giovane

Adulto

Anziano



Vita di comunità

Quanto sei d'accordo con queste affermazioni?

0 = per nulla d'accordo o non accade mai | 5 = totalmente d'accordo / accade spesso

Giovane

Adulto

Anziano

5

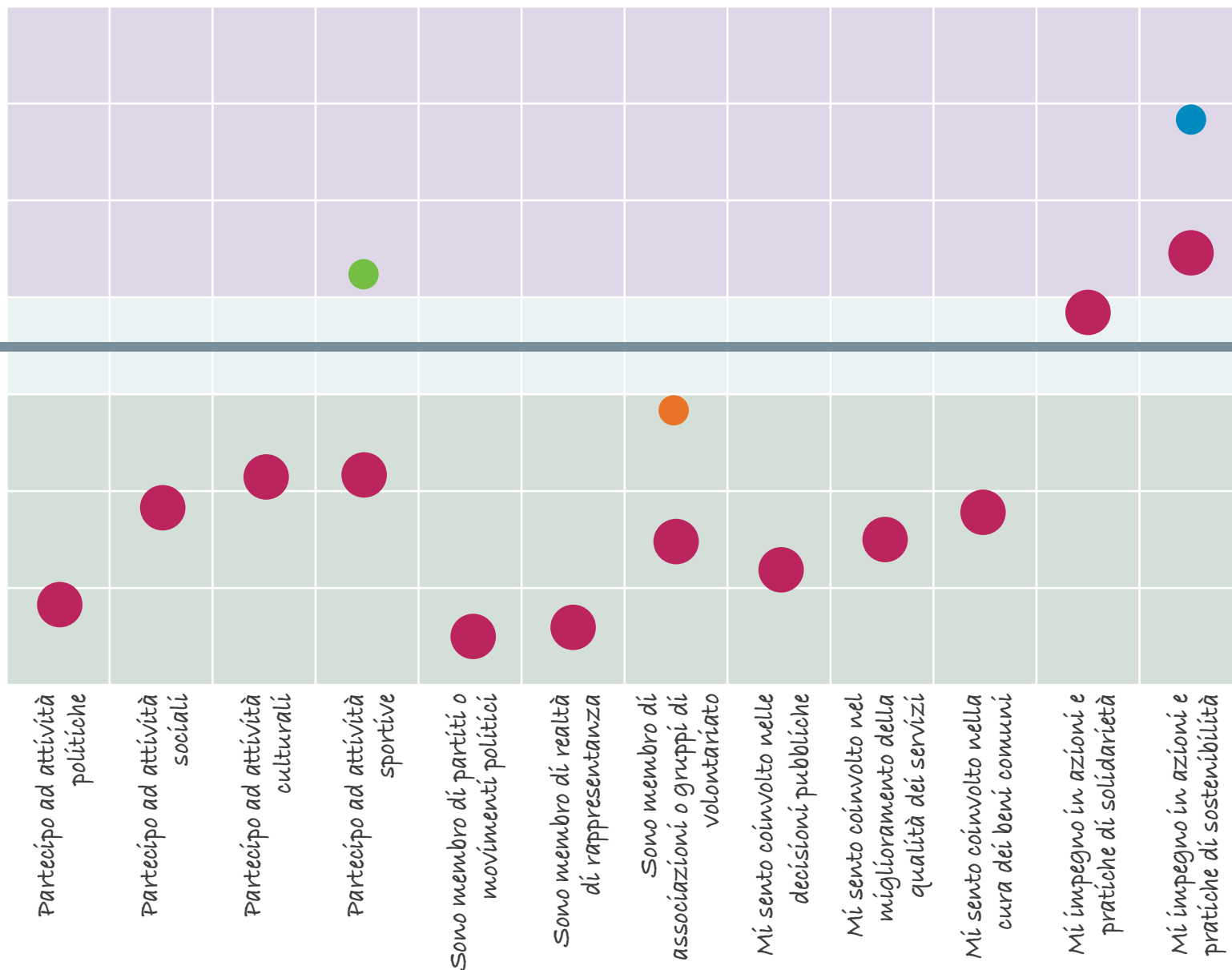
4

3

2

1

0



1,64

Integrazione sociale e culturale

Quanto sei d'accordo con queste affermazioni?

0 = per nulla d'accordo o non accade mai | 5 = totalmente d'accordo / accade spesso

Giovane

Adulto

Anziano

5

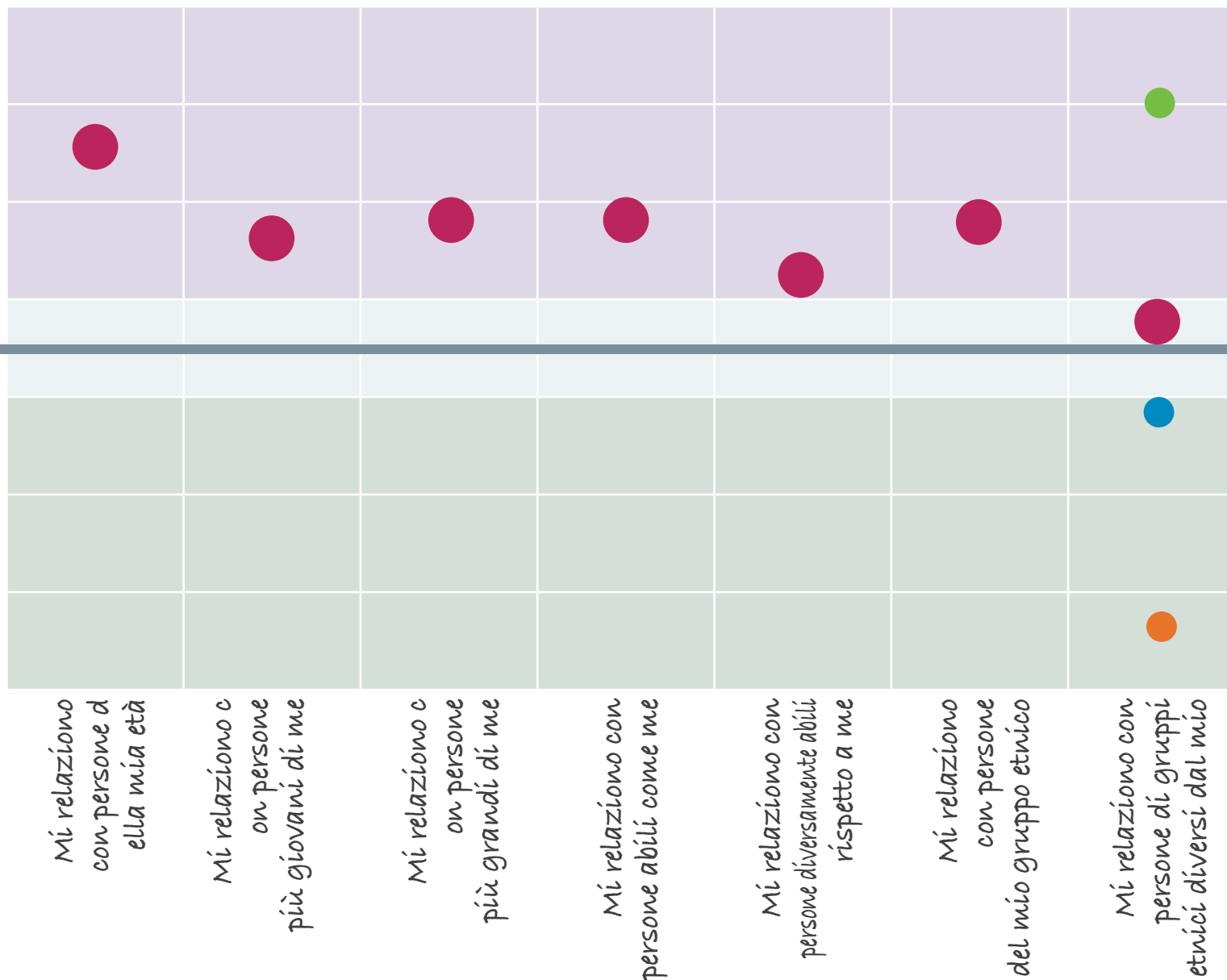
4

3

2

1

0

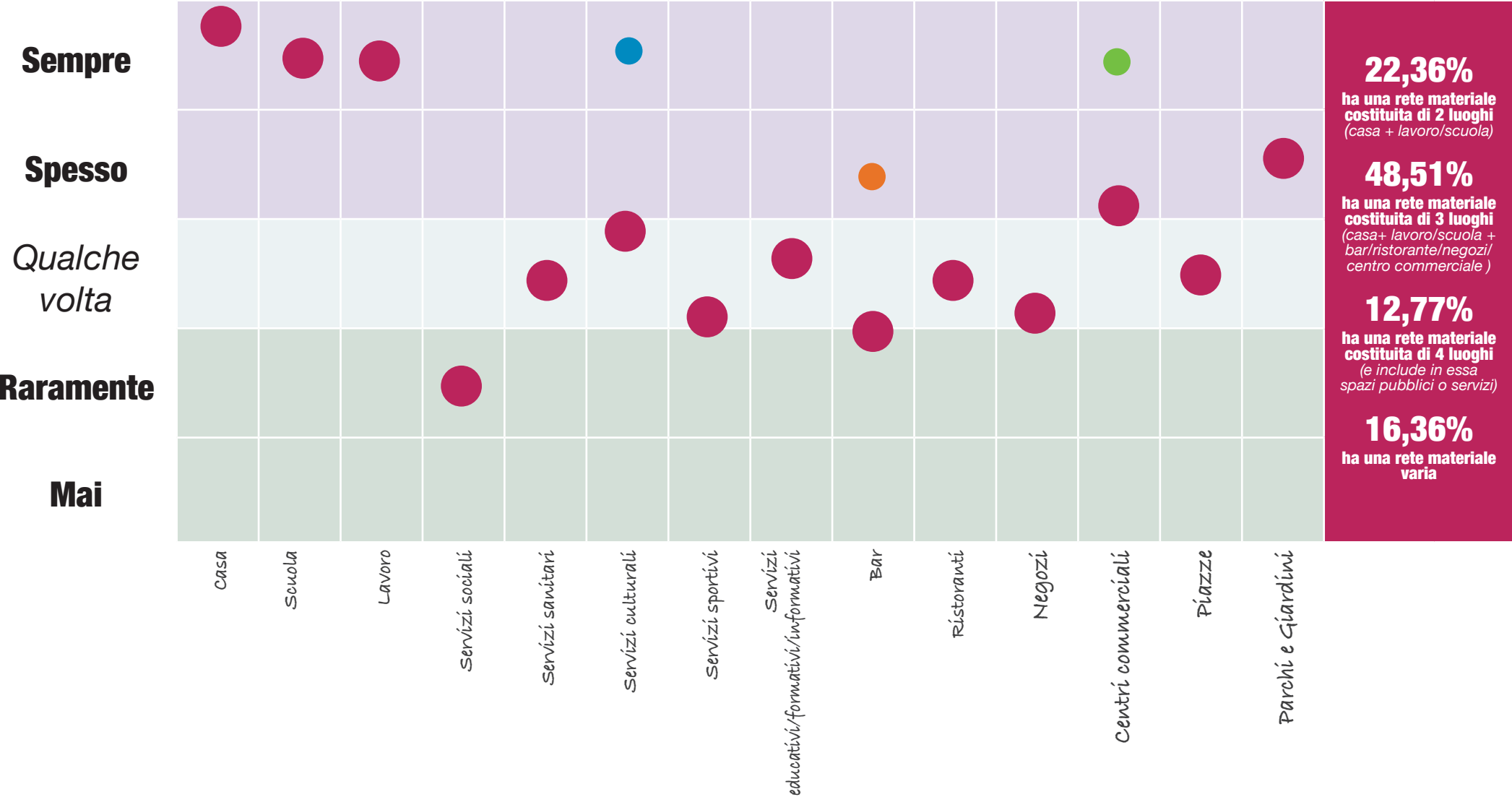


3,64

Rete materiale

Quanto spesso frequenti questi luoghi?
Mai | Raramente | Qualche volta | Spesso | Sempre

Giovane Adulto Anziano



Rete personale

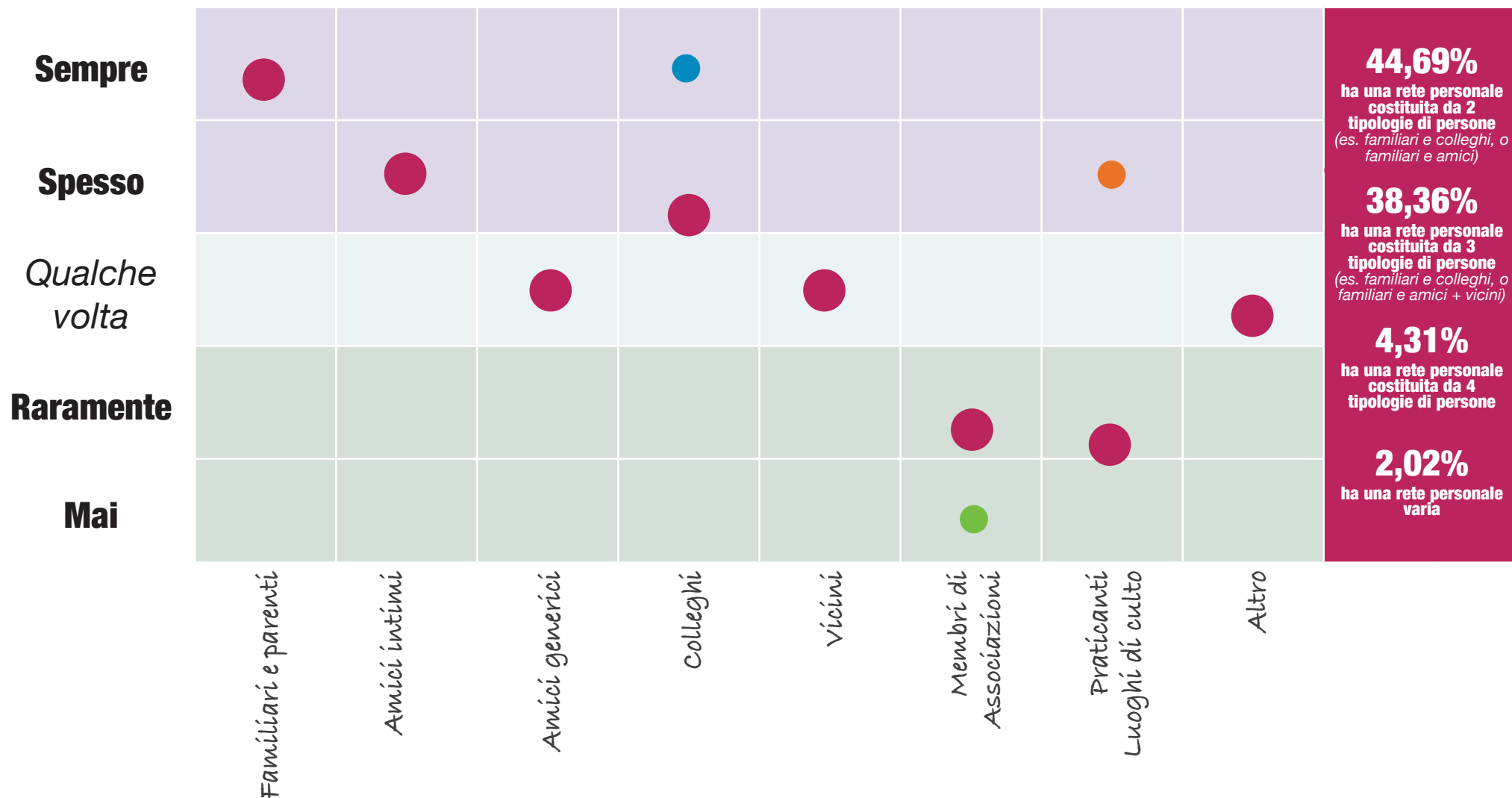
Quanto spesso ti relazioni con queste persone?

Mai | Raramente | Qualche volta | Spesso | Sempre

Giovane

Adulto

Anziano



Sostegno sociale | Ascolto, conforto, sostegno.

In caso di bisogno, puoi contare su queste persone?

Mai | Raramente | Qualche volta | Spesso | Sempre

Giovane

Adulto

Anziano



Sostegno pratico | Lavori pesanti, oggetti in prestito, affido di persone.

In caso di bisogno, puoi contare su queste persone?

Mai | Raramente | Qualche volta | Spesso | Sempre

Giovane Adulto Anziano

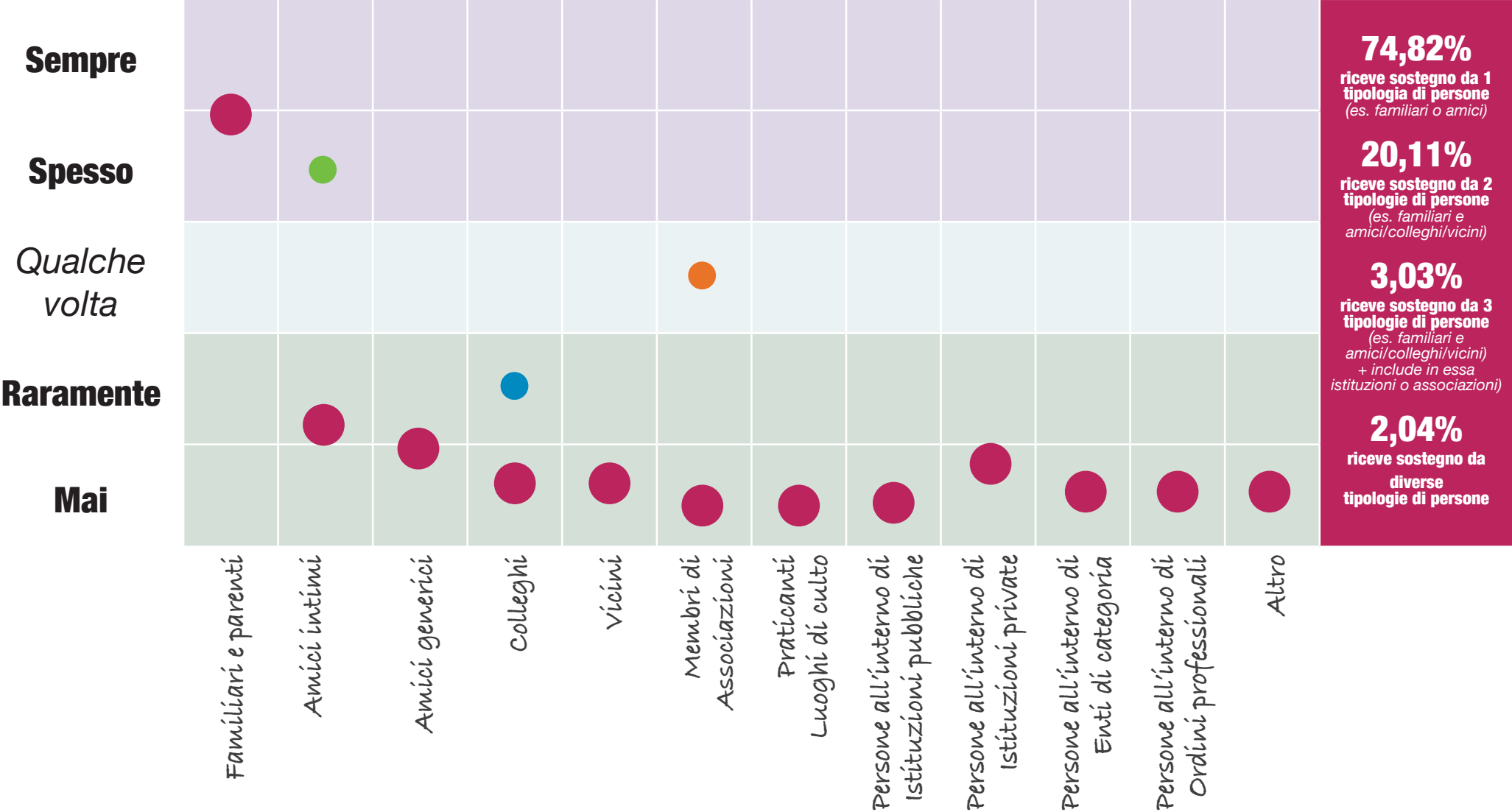


Sostegno economico | Donazioni, contributi, prestiti, agevolazioni.

In caso di bisogno, puoi contare su queste persone?

Mai | Raramente | Qualche volta | Spesso | Sempre

Giovane Adulto Anziano



Sostegno informativo | Consigli, suggerimenti, indicazioni utili.

In caso di bisogno, puoi contare su queste persone?

Mai | Raramente | Qualche volta | Spesso | Sempre

Giovane

Adulto

Anziano



Bisogni e aspirazioni

Quanto sei d'accordo con queste affermazioni?

0 = per nulla d'accordo o non accade mai | 5 = totalmente d'accordo / accade spesso

Giovane

Adulto

Anziano

