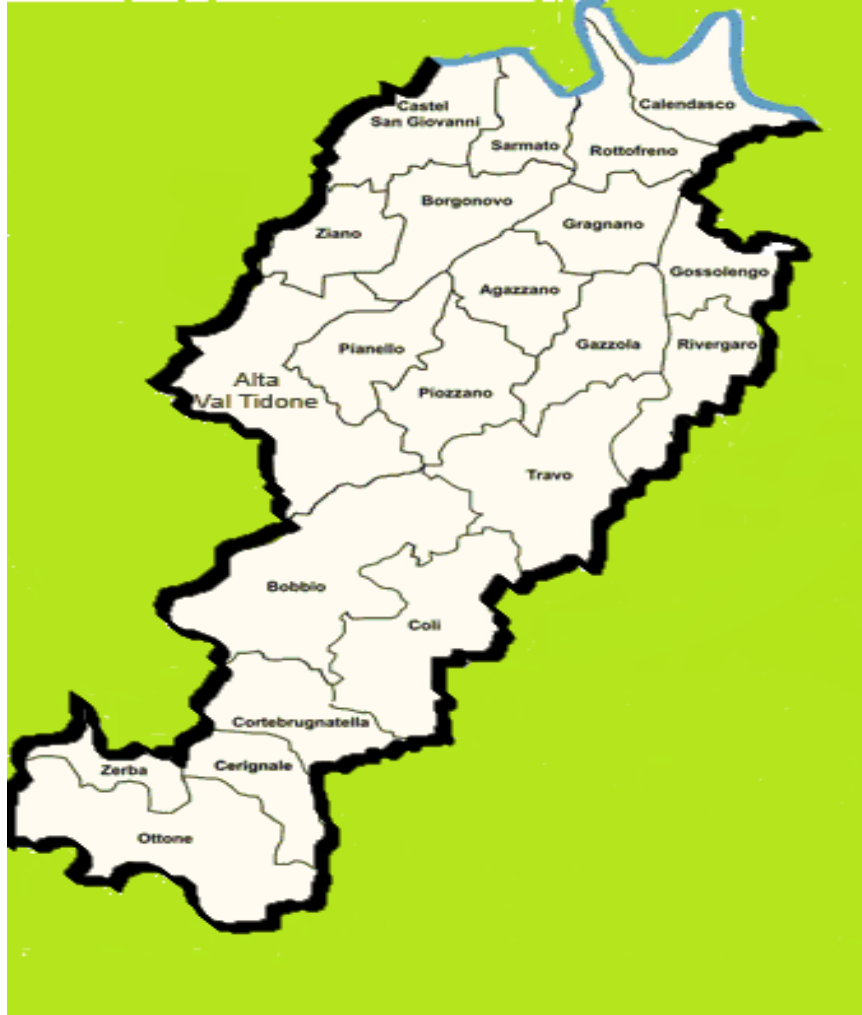


## FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

### Demografia



Il **Distretto di Ponente** costituisce l'ultimo spicchio di Emilia Romagna in direzione nord-ovest, un territorio di confine con le vicine Lombardia e Liguria, si estende su una superficie pari a 1.059,13 kmq ed è formato da 21 Comuni: oltre il Comune capofila Castel San Giovanni, i Comuni di Agazzano, Alta Val Tidone ( formatosi dal 01/01/2018 a seguito della fusione tra i Comuni di Caminata, Nibbiano e Pecorara) Bobbio, Borgonovo Val Tidone, Calendasco, Cerignale, Coli, Cortebrughnatella, Gazzola, Gossolengo, Gragnano Trebbiense, Ottone, Pianello Val Tidone, Piozzano, Rivergaro, Rottofreno, Sarmato, Travo, Zerba e Ziano Piacentino. Si tratta di Comuni con popolazione inferiore ai 15.000 abitanti, dislocati lungo **tre vallate** (Val Tidone, Val Trebbia, Val Luretta). Il territorio presenta caratteristiche demografiche eterogenee e variabili da una zona all'altra: se da un lato le aree pianeggianti limitrofe alla città di Piacenza tendono ad ingrandirsi, con molte famiglie "giovani" che si spostano dalla città – o scendono dalle zone montane – dall'altro la crisi economica degli ultimi anni ha contribuito ad accelerare lo spopolamento delle aree collinari e montane più lontane dalla città e dai Comuni più popolosi (Castel San Giovanni, Borgonovo V.T., Rottofreno e Rivergaro). Le zone montane sono abitate soprattutto da anziani e la popolazione residente è in progressivo calo. Questo fenomeno è ben evidenziato dalla seguente tabella

## POPOLAZIONE PONENTE AL 01.01.2018

	COMUNE	POPOLAZIONE TOTALE 01/01/2017	POPOLAZIONE TOTALE 01/01/2018	VARIAZIONE	VARIAZIONE PERCENTUALE
1	AGAZZANO	2076	2055	-21	- 1,01
2	BOBBIO	3572	3577	5	0,14
3	BORGONOVO	7893	7952	59	0,75
4	CALENDASCO	2473	2459	-14	- 0,57
5	CAMINATA	250	244	-6	- 2,40
6	CASTEL SAN GIOVANNI	13662	13757	95	0,70
7	CERIGNALE	128	123	-5	- 3,91
8	COLI	912	873	-39	- 4,28
9	CORTE BRUGNATELLA	568	580	12	2,11
10	GAZZOLA	2069	2068	-1	- 0,05
11	GOSSOLENGO	5660	5652	-8	- 0,14
12	GRAGNANO	4582	4600	18	0,39
13	NIBBIANO	2184	2120	-64	- 2,93
14	OTTONE	516	495	-21	- 4,07
15	PECORARA	714	688	-26	- 3,64
16	PIANELLO	2216	2233	17	0,77
17	PIOZZANO	628	624	-4	- 0,64
18	RIVERGARO	7010	7066	56	0,80
19	ROTOFRENO	12249	12.220	-29	- 0,24
20	SARMATO	2837	2862	25	0,88
21	TRAVO	2082	2121	39	1,87
22	ZERBA	78	77	-1	- 1,28
23	ZIANO	2540	2527	-13	-0,51
	<b>TOTALE</b>	<b>76899</b>	<b>76973</b>	<b>74</b>	<b>0,10</b>

Complessivamente la popolazione del Distretto di Ponente è di 76.973 abitanti, così suddivisi per comune di residenza e fasce d'età.

	COMUNE	POPOLAZIONE TOTALE	0-17 ANNI	18-64 ANNI	>65 ANNI	>75 ANNI	STRANIERI	stranieri %
1	AGAZZANO	2055	313	1141	601	355	300	14,60
2	BOBBIO	3577	362	1939	1276	767	401	11,21
3	BORGONOVO	7952	1061	5020	1871	1050	1451	18,25
4	CALENDASCO	2459	378	1533	548	283	219	8,91
5	CAMINATA	244	22	117	105	63	9	3,69

6	CASTEL SAN GIOVANNI	13757	2213	8483	3061	1594	2954	21,47
7	CERIGNALE	123	9	49	65	35	2	1,63
8	COLI	873	58	469	346	187	70	8,02
9	CORTE BRUGNATELLA	580	33	326	221	155	42	7,24
10	GAZZOLA	2068	287	1281	500	259	164	7,93
11	GOSSOLENGO	5652	992	3579	1081	538	224	3,96
12	GRAGNANO	4600	835	2860	905	489	615	13,37
13	NIBBIANO	2120	232	1223	665	360	220	10,38
14	OTTONE	495	32	239	224	141	49	9,90
15	PECORARA	688	51	307	330	213	42	6,10
16	PIANELLO	2233	316	1280	637	366	315	14,11
17	PIOZZANO	624	64	379	181	118	33	5,29
18	RIVERGARO	7066	1123	4297	1646	806	651	9,21
19	ROTOFRENO	12.220	2.184	7.662	2.374	1.184	1.482	12,13
20	SARMATO	2862	488	1756	618	294	450	15,72
21	TRAVO	2121	211	1238	672	376	154	7,26
22	ZERBA	77	2	24	51	36	1	1,30
23	ZIANO	2527	340	1478	709	422	347	13,73
	TOTALE	76973	11606	46680	18687	10091	10195	225,40

Per quanto riguarda la popolazione anziana, l’Azienda USL di Piacenza ha proposto una ricerca-intervento sugli anziani over74enni non conosciuti dai servizi socio-sanitari, residenti nelle montagne piacentine. Il Progetto, denominato “ Montagna solidale”, co-finanziato dalla Fondazione Piacenza e Vigevano e dall’Azienda USL, è stato avviato nel 2016, è un progetto sperimentale che, a partire da un’azione di screening, si ripropone di dare una risposta immediata e concreta ai bisogni socio-sanitari della popolazione anziana residente nei comuni di montagna della provincia di Piacenza. Negli 11 comuni di montagna, identificati, dei distretti piacentini di Levante (Morfasso, Bettola, Farini, Ferriere) e Ponente (Coli, Corte Brugnatella, Bobbio, Cerignale, Ottone, Zerba, Pecorara) risiedono 3.301 abitanti oltre i 74 anni di età, di cui il 57% (1.889 abitanti) vive nelle frazioni. Target del progetto sono le persone anziane attualmente **non** a carico dei servizi socio-sanitari, residenti nelle frazioni dei comuni citati con un’età **superiore a 74 anni** che rappresentano una fascia di **anziani potenzialmente fragili**: persone ancora autonome, sebbene ad alto rischio di disabilità. Lo studio ha posto in evidenza la difficoltà dei collegamenti, la residenza in abitazioni con caratteristiche architettoniche che ne limitano la fruibilità, in zone isolate o disagiate, l’assenza di una rete familiare o di supporto e, pertanto, un forte isolamento sociale.

Questo fenomeno è l’inevitabile risultato del progressivo spopolamento delle zone di montagna, soprattutto per i soggetti in età attiva, che rende poco praticabile la possibilità, per l’anziano, di essere accolto all’interno di un nucleo familiare originario. A questo va aggiunto un forte senso di radicamento dell’anziano per il proprio territorio, soprattutto nelle zone di montagna rendendo di fatto difficile, se non impossibile, lo spostamento verso altre realtà abitative. L’analisi dei dati ci porta a considerare comunque che un notevole numero di anziani vivono da soli con persone di riferimento lontane dalla loro abitazione, tutto ciò comporta un elevato rischio per la loro salute nel momento in cui si presentino problematiche non differibili nel tempo. Inoltre è doveroso sottolineare come gli anziani valutati siano culturalmente refrattari ad accogliere presso le loro abitazioni come supporto e accudimento le badanti o assistenti famigliari.

Il ruolo dei vicini, come punto di riferimento per le persone anziane, è fondamentale nel sostenere le autonomie e nel garantire un appoggio facilmente reperibile nel momento del bisogno. Il vicinato è in grado di garantire una forma di aiuto “leggero” che, diversamente da altre forme di sostegno, non si sostituisce, ma integra le capacità della persona.

La popolazione straniera all’interno del Distretto è costituita da 10.195 persone, rappresenta il 13,24% della popolazione totale ed è in costante aumento ( al 01/01/2017 era il 12,72 % ).Questi cittadini stranieri sono maggiormente concentrati in alcuni Comuni di pianura (soprattutto per motivi occupazionali) o di prima collina, tra cui il Comune capofila del Distretto, Castel San Giovanni, dove gli stranieri costituiscono il 35% del totale degli abitanti (seguono: Borgonovo 18,25%, Sarmato 15,72%).

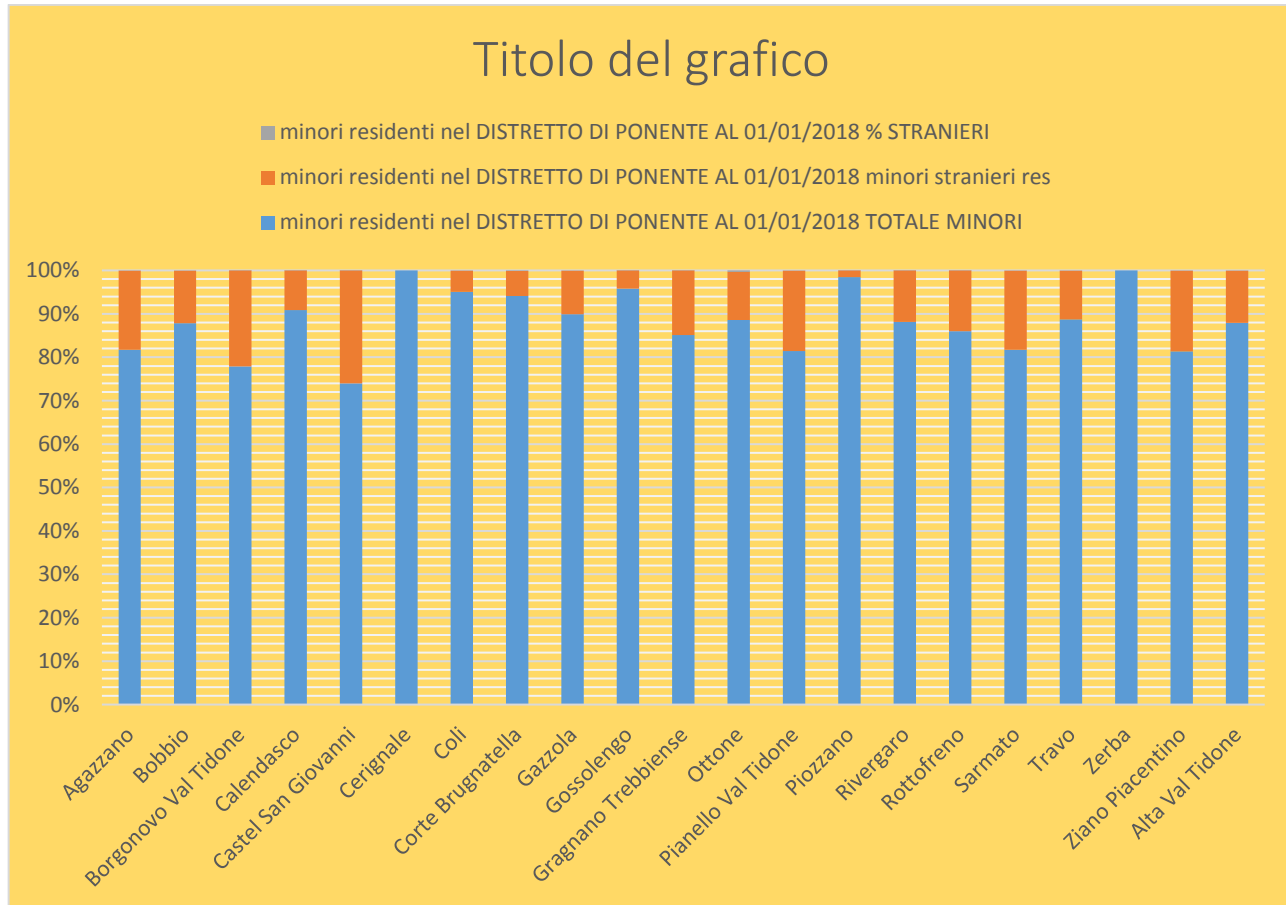
Per quanto concerne i minori i dati della popolazione minorile nel 2017 (fonte: Regione Emilia Romagna al 01/01/2018) segnalano un aumento rispetto al 2016 ed un leggero calo se confrontato al 2015. In totale i minori presenti sul territorio sono 11789 cioè circa il 15% dato più basso della media regionale: la distribuzione sul territorio distrettuale è molto diversificata essendo condizionata dalla struttura geografica del paese di residenza. La presenza dei minori stranieri sul territorio del distretto anch’essa riporta nel 2017 un dato intermedio tra il 2015 (più alto) e il 2016 (più basso) a segnalare un fenomeno migratorio in uscita nel 2016 (certamente legato alla crisi economica ed alla difficoltà di mantenere un posto di lavoro ed una stabile condizione abitativa) ed un rientro in Italia nel 2017 che non raggiunge le presenze del 2015. Anche rispetto alla distribuzione nei comuni della popolazione minorile vi sono notevoli variazioni: in percentuale si va dallo 0% nei comuni dell’Alta Val Trebbia (Zerba) e Luretta (Piozzano) fino al 35% di presenza per quanto concerne Castel San Giovanni.

Questi dati producono un impatto significativo se si pensa ad esempio alla formazione delle classi scolastiche, oppure ai servizi dedicati ai primi 1000 giorni di vita che impongono attenzioni misurate ai bisogni espressi dal territorio.

Minori residenti nel DISTRETTO DI PONENTE AL 01/01/2018			
COMUNE DI RESIDENZA	TOTALE MINORI	MINORI STRANIERI RESIDENTI	% STRANIERI
Agazzano	314	70	22%
Bobbio	385	53	14%
Borgonovo Val Tidone	1210	343	28%
Calendasco	378	38	10%
Castel San Giovanni	2201	774	35%
Cerignale	9	0	0%
Coli	59	3	5%
Corte Brugnatella	33	2	6%
Gazzola	287	32	11%
Gossolengo	992	43	4%
Gragnano Trebbiense	841	147	17%
Ottone	32	4	13%
Pianello Val Tidone	317	72	23%
Piozzano	64	1	2%
Rivergaro	1127	152	13%
Rottofreno	2188	355	16%
Sarmato	489	109	22%
Travo	213	27	13%
Zerba	2	0	0%
Ziano Piacentino	341	78	23%
Alta Val Tidone	307	42	14%

totale	11789	2345	20%
--------	-------	------	-----

Sebbene si registrino dei movimenti migratori nel triennio preso in esame si può dire che una parte della popolazione straniera è stanziale sul territorio, percentualmente la causa di migrazione è il ricongiungimento familiare.



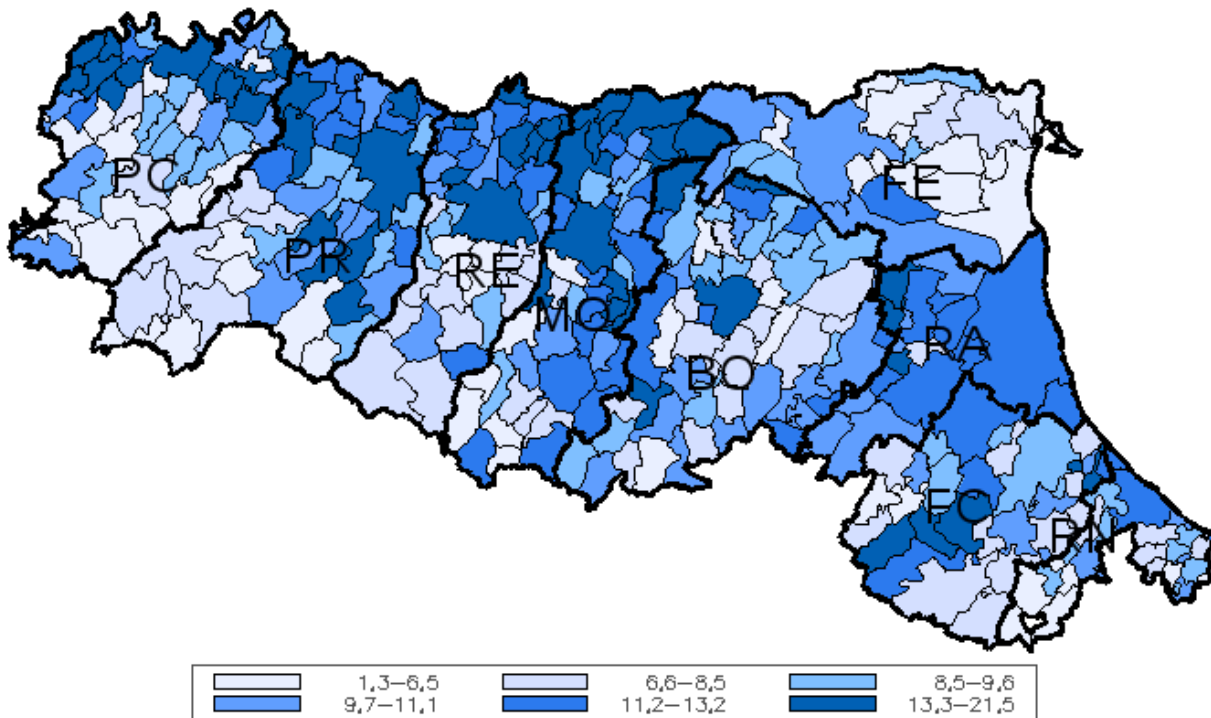
La situazione rilevata a livello distrettuale è in linea con i dati Regionali del 2016 (ultimi dati disponibili), da cui risulta che il tasso di occupazione di persone straniere è pari al 61.7%. Si tratta di un'occupazione molto giovane (i due terzi non supera i 45 anni) e che a livello di istruzione dichiarato non va oltre la terza media. L'industria rimane il primo settore di occupazione degli stranieri con il 19.3% e con maggiore incidenza dei maschi rispetto alle femmine. Gli stranieri si concentrano nelle imprese medie e piccole, al di sotto dei 50 dipendenti, in cui lavorano il 76.1% a fronte di un 55% di italiani. Se si incrociano le variabili del settore di assunzione e le offerte di lavoro risultano aree a maggiore concentrazione di stranieri quelle con maggiore offerta di lavoro come le zone pianeggianti del nostro distretto che offrono maggiori possibilità di inserimento lavorativo all'interno delle aree in espansione negli ultimi anni, come mostra la tabella sottostante, dove emerge che ben 3 Comuni del Distretto risultano essere tra i primi 20 Comuni della Regione Emilia-Romagna con maggior presenza di stranieri.

	COMUNE DI RESIDENZA	% STRANIERI
1	Galeata (Fc)	21,5
2	Castel San Giovanni (Pc)	20,9
3	Langhirano (Pr)	20,1
4	Borgonovo Val Tidone (Pc)	18,5
5	Spilamberto (Mo)	18,4
6	Calestano (Pr)	18,1

7	Rolo (Re)	17,9
8	Piacenza	17,9
9	Massa Lombarda (Ra)	17,6
10	Fiorenzuola d'Arda (Pc)	17,6
11	Colorno (Pr)	17,4
12	Vignola (Mo)	17,3
13	Luzzara (Re)	17,1
14	Cortemaggiore (Pc)	16,9
15	Reggio nell'Emilia	16,5
16	San Possidonio (Mo)	16,2
17	Conselice (Ra)	16
18	Camposanto (Mo)	16
19	Parma	15,5
20	Sarmato (Pc)	15,5
21	Savignano sul Rubicone (Fc)	15,5
22	Bologna	15,4
23	Civitella di Romagna (Fc)	15,3
24	Campagnola Emilia (Re)	15,3
25	Crevalcore (Bo)	15,3

MEDIA EMILIA ROMAGNA 11,9%

*Incidenza stranieri residenti su popolazione residente totale nella regione Emilia-Romagna all'1.1.2017, primi 25 comuni.  
Fonte: Elaborazione Osservatorio sul fenomeno migratorio - RER su dati ISTAT e Servizio statistica, comunicazione, sistemi informativi geografici – RER*

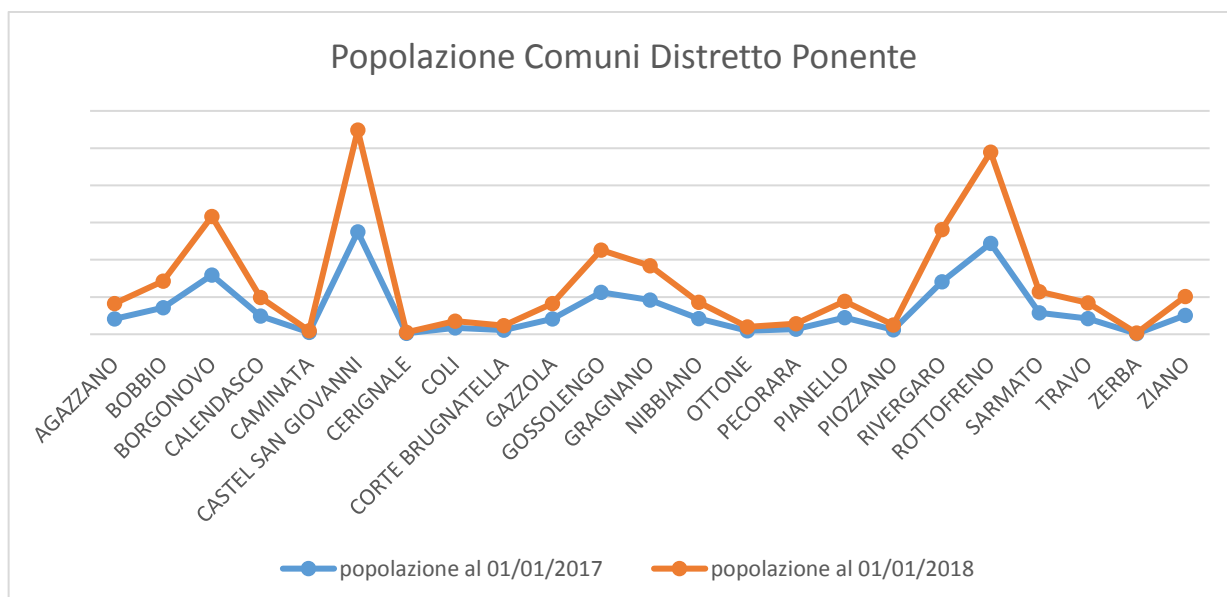
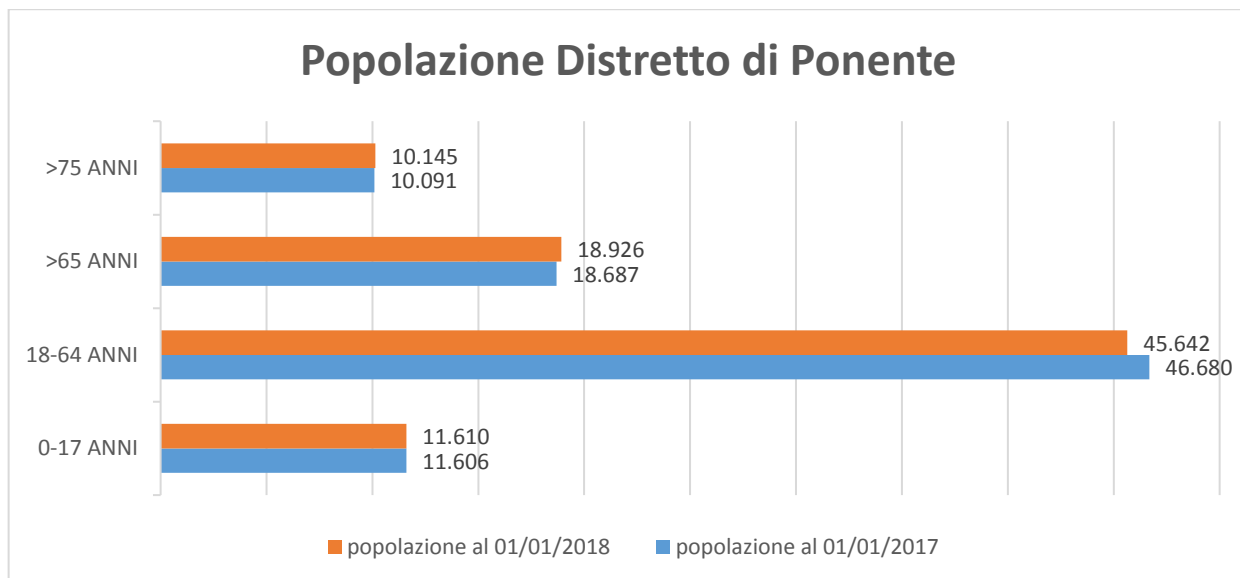


Incidenza della popolazione residente straniera sul totale della popolazione residente per comune. Dati al 1° gennaio 2017

Fonte: Statistica self-service della Regione Emilia-Romagna

Un incremento significativo di popolazione straniera si è verificato nell'ambito dell'Unione Montana Alta Val Trebbia e Luretta, la percentuale sulla popolazione dell'Unione era del 41.6% nel 2016 (639 stranieri su 76.178 abitanti) e dell'51,84 % nel 2017 (752 stranieri su 76.973 abitanti), in questo caso dovuto alla presenza di migranti.

Da un confronto tra la popolazione al 01-01-2017 e quella al 01-01-2018 si evidenzia un aumento nella fascia tra i 18-64 anni, solo in parte costituito dall'aumento della popolazione straniera, ed una diminuzione della popolazione ultrasessantacinquenne (rilevante il calo nel Comune di Castel San Giovanni). Per quanto riguarda la fascia 0-17 anni il totale rimane complessivamente invariato ma si sottolinea il calo significativo nei Comuni di Borgonovo Val Tidone, Gossolengo e Rottofreno. Un aumento si è invece registrato nel Comune di Castel San Giovanni.



La mancanza o la precarietà del **lavoro** è un problema rilevante degli utenti che si rivolgono non solo ai servizi per il lavoro, ma anche ai servizi sociali comunali per chiedere contributi economici, agevolazioni e misure nazionali di sostegno al reddito (es. REI, RES).

La **disoccupazione** a Ponente si conferma essere un tema rilevante, specialmente per le fasce di popolazione in condizione di fragilità, con bassi livelli di scolarizzazione, reti sociali inadeguate o assenti, con le difficoltà aggiuntive legate alla geografia del territorio, con particolare riferimento alle difficoltà di spostamento. Le realtà produttive sono perlopiù di piccole dimensioni, aziende agricole e vitivinicole, piccole industrie, ditte di artigiani; le aziende di medie-grandi dimensioni e/o i poli produttivi si concentrano lungo l'asse della Via Emilia e nei Comuni più vicini alla città di Piacenza (es. polo logistico di Castel San Giovanni, zona industriale Cattagnina a Rottofreno).

Anche gli indicatori regionali dal 2011 al 2015, ultimi dati disponibili, riscontrano un brusco calo delle aziende (unità locali) sul territorio del distretto che ha inciso in modo sostanziale sull'innalzamento del tasso di disoccupazione del territorio di Ponente.

Numero unità locali per Comune e Anno -Serie storica dal 2011 al 2015

Comune	2011	2012	2013	2014	2015
Agazzano	137	144	151	144	146
Bobbio	358	364	349	338	336
Borgonovo Val Tidone	541	515	504	493	475
Calendasco	200	206	206	199	203
Caminata	16	17	16	16	11
Castel San Giovanni	1.196	1.186	1.165	1.155	1.142
Cerignale	15	15	14	14	15
Coli	78	78	78	71	74
Corte Brugnatella	57	57	54	48	45
Gazzola	151	159	156	166	155
Gossolengo	377	373	369	369	370
Gragnano Trebbiense	310	278	267	262	261
Nibbiano	214	204	204	195	181
Ottone	50	51	47	45	47
Pecorara	59	57	56	53	45
Pianello Val Tidone	224	233	226	210	218
Piozzano	47	49	45	49	53
Rivergaro	557	552	565	528	528
Rottofreno	817	792	781	759	757
Sarmato	220	216	205	191	187
Travo	124	130	136	139	134
Zerba	7	6	6	7	7
Ziano Piacentino	137	129	133	126	125
Totale	5.892	5.811	5.733	5.577	5.515

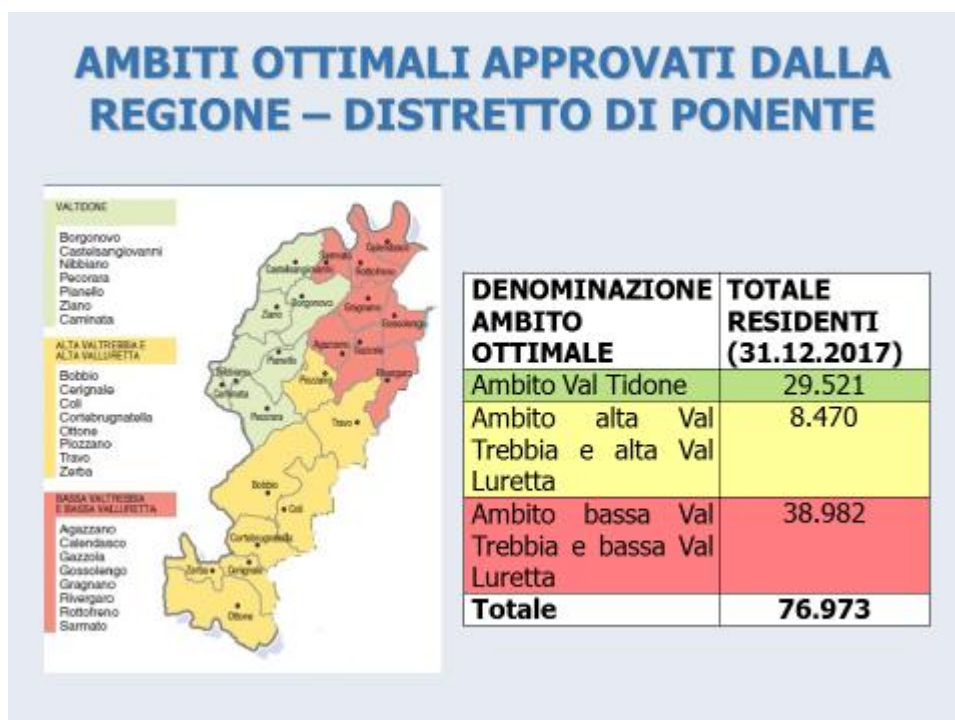
Fonte: ISTAT

Aggiornamento: 09/02/2018

## La governance attuale

### Assetto istituzionale

Dal 01 gennaio 2018 il numero dei Comuni che costituiscono il Distretto è sceso a 21, precedentemente 23, a seguito della fusione di 3 Comuni dell'Alta Val Tidone, Caminata, Nibbiano, Pecorara nell'unico Comune Alta Val Tidone. Il territorio è suddiviso in tre ambiti ottimali, ciascuno - nelle intenzioni iniziali - coincidente con un Unione:



- a. AMBITO OTTIMALE VAL TIDONE - Attualmente l'Unione Val Tidone non esiste più; tre Comuni si sono fusi nel nuovo comune Alta Val Tidone che gestisce il Servizio Sociale (per l'area adulti/anziani), tramite convenzione, anche per il comune di Pianello; l'ambito comprende inoltre i comuni di Castel San Giovanni, di Borgonovo e Ziano.

- b. AMBITO OTTIMALE BASSA VAL TREBBIA E BASSA VAL LURETTA - *L'Unione Bassa Val Trebbia e Bassa Val Luretta* non gestisce il Servizio Sociale e non corrisponde più all'Ambito ottimale, essendo usciti dall'Unione tre Comuni (Sarmato, Agazzano, Gazzola).
- c. AMBITO OTTIMALE ALTA VAL TREBBIA E ALTA VAL LURETTA – *L'Unione Montana dell'Alta Val Trebbia e Alta val Luretta* è l'unica a svolgere l'esercizio associato delle funzioni sociali; gli 8 comuni aderenti hanno conferito in toto la gestione del Servizio Sociale.

Preso atto dell'eterogeneità di tale contesto l'Ufficio di Piano dall'autunno del 2017 ha avviato una collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore per un approfondimento e un'analisi della situazione, che possa fornire elementi oggettivi per valutazioni e scelte da effettuarsi a livello distrettuale. Lo studio effettuato con la tutorship da parte dell'Università, in particolare, ha preso avvio dall'approfondimento della gestione dei servizi per i Minori e per la Disabilità e sulle future scelte di governance.

Il lavoro svolto con l'Università Cattolica sulla gestione dei servizi ha preso avvio dall'analisi del contesto socio economico, dai meccanismi di trasformazione del bisogno in domanda, dall'emergere di una nuova geografia di servizi e di professionisti, all'interno dei confini della sempre più limitata spesa pubblica, completata da quella privata sostenuta dai cittadini. In altri termini si è inteso rispondere contestualmente ai quattro principali driver di cambiamento dei sistemi socio-sanitari attuali: (a) la trasformazione epidemiologica e dei profili di consumo dei cittadini, (b) la modifica dei setting assistenziali, (c) la trasformazione del portafoglio delle professioni e della relativa distribuzione di competenze e (d) il perimetrarsi delle risorse pubbliche e private nel settore.

L'esigenza di una trasformazione nasce dalla consapevolezza delle interdipendenze tra tutti i processi di trasformazione e tutti gli attori coinvolti e dalla necessità di una logica integrata di rete, sia per ottenere efficacia nei servizi nel mutato contesto, sia per rispondere all'attuale crisi economica e sociale che avrà notevoli ripercussioni nei prossimi anni. La conoscenza, la condivisione e la socializzazione diffusa di quadri interpretativi condivisi è la premessa indispensabile per costruire un'alleanza in un'ottica di equità nei confronti dei cittadini, per affrontare la complessità dei bisogni, specializzando le professioni, innovando i servizi e la cultura del territorio, per garantire lo sviluppo del sistema.

L'obiettivo è stata l'analisi delle differenti modalità di interpretazione del bisogno e di appropriatezza della risposta presenti all'interno dei Comuni, Unioni di Comuni e Azienda di servizi alla persona, gestori dei servizi sociali, nell'ambito territoriale del distretto di Ponente. Quest'obiettivo risulta essere di particolare rilevanza alla luce della necessità di una risposta omogenea al rapporto costo / efficacia in tutto il territorio distrettuale e ai percorsi di valutazione del bisogno e di presa in carico.

Le fasi del progetto si concretizzano:

- ✓ l'analisi della situazione esistente in termini quantitativi sia numerici che di spesa;
- ✓ l'analisi della situazione esistente in termini qualitativi (efficacia);
- ✓ il supporto per l'analisi delle alternative possibili;

Il progetto ha utilizzato metodologie didattiche e di supporto tipiche delle scienze sociali e precisamente: gruppi di lavoro, analisi di documenti e focus group.

Attualmente la collaborazione con l'Università Cattolica, dopo aver elaborato una disamina approfondita dell'area minori, sta proseguendo nell'analisi dell'offerta di servizi per la disabilità.

Durante il percorso partecipato della costruzione del Piano triennale di zona, i vari incontri con gli amministratori locali hanno evidenziato il proposito di non procedere nella direzione indicata dalla normativa regionale dell'ambito distrettuale e degli ambiti ottimali, pur nella consapevolezza della necessità e dell'opportunità di superare la frammentazione che si presenta sia a livello istituzionale che di gestione dei servizi all'interno del Distretto; tuttavia, a fronte di questo aspetto, è stato chiaramente espressa all'ufficio di Piano la richiesta di individuare modalità alternative che permettano, comunque, di esprimere una governance di dimensione distrettuale dei servizi socio-sanitari. Gli amministratori sono consapevoli, anche a fronte del percorso condiviso con l'Università, dell'opportunità che le funzioni di regolazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari abbiano una dimensione distrettuale, ma non attraverso il modello associativo dell'Unione.

Non essendo, pertanto, perseguibile la costituzione di un'unica Unione distrettuale, l'assetto distrettuale potrebbe essere governato con convenzione che definisca – almeno come fase transitoria – linee comuni di approccio al welfare locale e il Comune capofila con il compito di rappresentare i Comuni del distretto nella funzione istituzionale di governo.

### Assetto organizzativo

Per quanto riguarda il Servizio Sociale Professionale la presenza di ASSISTENTI SOCIALI sul territorio è disomogenea, in alcuni Comuni l'assistente sociale è presente per un minimo ore settimanali, alcune figure storiche di esperienza e riferimento non operano più sul territorio, in quanto andate in pensione (la loro sostituzione ha appena preso avvio) ed è presente anche un relativo turn-over di operatori.

<b>ASSETTO ORGANIZZATIVO S.S.T. PONENTE</b>			
<b>Riepilogo ASSISTENTI SOCIALI</b>			
<b>per effettiva attività di presa in carico s.soc.prof.</b>			
<i>(no responsabilità, sportello e attività amministrativa)</i>			
ENTE	ASS.SOC. PER ATTIVITA' SERVIZIO SOC. PROFESSIONALE	TOT. ORE SETTIMANALI effettive	RAPPORTO ASS.SOC. / POPOLAZIONE EX DGR 1012/14
ASP AZALEA	2 dip. T.ind. + 6 dip. T.det.	202	<b>1 ASSISTENTE SOCIALE OGNI 4.573 ABITANTI A LIVELLO DISTRETTUALE</b>
UNIONE MONTANA	3 dip. Coop.	79	
COMUNE ALTA VAL TIDONE	1 dip. T.ind.	15	
AGAZZANO	1 dip. T.ind.	21	
BORGONOVO	1 dip. ASP T.det.	21	
CALENDASCO	1 dip. Coop.	6	
CASTEL SAN GIOVANNI	2 dip. Coop.	72	
GAZZOLA	1 dip. Coop.	4	
GOSSOLENGO	2 dip. Coop.	36	
GRAGNANO	1 dip. T.ind.	13	
PIANELLO VAL TIDONE	1 dip. T. ind. In associazione con il Comune Alta Val Tidone	12	
RIVERGARO	1 dip. T.ind. + 3 dip. Coop.	75	
ROTOFRENO	1 dip. T.ind.	36	
SARMATO	1 dip. ASP T.det.	8	
ZIANO	1 dip. Coop.	6	
<b>TOTALE:</b>		<b>606</b>	

Tutti i 13 comuni e l'Unione Montana gestiscono direttamente lo Sportello Sociale i cui operatori sono in prevalenza Assistenti Sociali, ma in buona misura personale amministrativo che si è formato per la gestione dei dispositivi di supporto socio-assistenziali che non prevedono valutazione sociale, ( bonus energia, assegno famiglie numerose e in generale per la gran parte dei bonus previsti ), ma è necessario potenziare e qualificare le specifiche competenze per le attività di accoglienza, ascolto, orientamento.

Da rilevare in parte dei Comuni la presenza settimanale dei *patronati CAF* che consente ai cittadini – e agli operatori - una maggiore vicinanza per l'espletamento di pratiche, soprattutto per le attestazioni ISEE.

## ASSETTO ORGANIZZATIVO SPORTELLO SOCIALE

- Operatori dedicati all'attività di sportello (accoglienza, ascolto, informazione, orientamento, segretariato sociale):

COMUNE/UNIONE	ORE settimanali ASS.SOCIALE DEDICATI SPORTELLO SOCIALE	ORE settimanali PERSONALE AMMINISTRATIVO DEDICATO SPORTELLO SOCIALE	ORE settimanali ALTRI OPERATORI DEDICATI SPORTELLO SOC.	ALTRI OPERATORI SOCIALI: TIPO DI FIGURA	TOT. ORE SETTIMANALI PERSONALE SPORTELLO SOCIALE
AGAZZANO	7	4	6	OSS	17
BORGONOVO	9	18			27
CALENDASCO	6	6			12
CASTEL SAN GIOVANNI			36	OSS	36
COMUNE ALTA VAL TIDONE	5	8			13
GAZZOLA	3	5			8
GOSSOLENGO	12	8			20
GRAGNANO	5	4	3	OSS	12
PIANELLO VAL TIDONE	4	5	2	OSS	11
RIVERGARO	6	6	6		18
ROTTOFRENO	30	6			36
SARMATO		18			18
UN.MONTANA VALLI TREBBIA E LURETTA	12	20			32
ZIANO	3	10			13
ASP AZALEA (per conto di 12 Comuni, Tutela Minori)	40				40
<b>TOTALE</b>	<b>142</b>	<b>118</b>	<b>53</b>		<b>313</b>

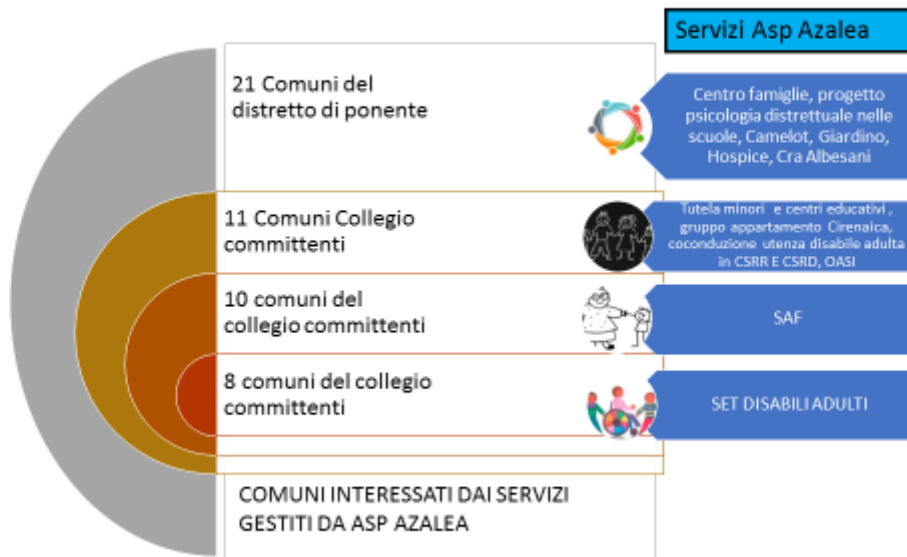
Sul piano gestionale ed organizzativo i 13 Comuni del territorio e l'Unione Montana gestiscono in autonomia il Servizio Sociale Professionale per ciò che concerne le aree adulti, anziani e disabili.

Per quanto concerne l'area tutela minori 11 Comuni ne hanno conferito le competenze istituzionali ad ASP Azalea, i Comuni di Gossolengo e Rivergaro la gestiscono direttamente in forma associata, così come l'Unione Montana Valli Trebbia e Luretta.

Esistono sul territorio quattro gestori per la disabilità (ASP Azalea, il Comune di CSG in convenzione con Borgonovo e Rottofreno per la gestione di SET e CSO; i Comuni di Gossolengo e Rivergaro in forma associata; Unione Montana valli Trebbia e Luretta);

Servizi gestiti da Asp Azalea

## Distretto di Ponente e servizi Asp Azalea



Si evince dalla stessa slide sopra riportata e si evidenzia che il Collegio dei Committenti attualmente è composto da 11 Comuni, in quanto nel 2014 dieci Comuni hanno dato comunicazione di recesso da Asp Azalea. Tuttavia l'attuale Piano di risanamento, che sta dando ottime performances, e la tutorship con l'Università Cattolica costituiscono elementi di stimolo e di riflessione per i Comuni per la riconferma del loro status di soci ASP.

Resta in via di definizione anche la situazione per l'ancora esistente ex-IPAB Leopoldo Castelli di Ottone, gestore di una Comunità Alloggio per anziani; l'invito più volte fatto dall'ufficio di Piano a procedere con la fusione con Asp Azalea non è stata condivisa dall'Amministrazione Comunale, che ha comunicato, nel corso di un incontro fatto con gli amministratori, di perseguire con la Regione Emilia-Romagna un diverso percorso, che dovrebbe indirizzare ad una trasformazione giuridica in Ente Morale autonomo.

Servizi/Procedure in atto a valenza distrettuale

Una gestione così frammentata è comunque supportata dalla programmazione il più possibile condivisa nell'ambito dell'Ufficio di Piano, che svolge, pertanto, anche una forte funzione di sintesi e raccordo tra i diversi attori e da una serie di progetti ed interventi, soprattutto legati all'accesso e alla presa in carico, di valenza distrettuale.

Questi interventi, servizi e/o procedure/interventi coordinati in Ufficio di Piano o affidati al Servizio Sociale Asp Azalea nell'ambito della famiglie con minori sono i seguenti:

1. *Equipe territoriali integrate* (ETI – UVM) per la gestione dei casi complessi di minori: buona l'integrazione sociale-sanitaria, l'UVM provinciale contribuisce a omogeneizzare gli interventi, ma non c'è ancora coordinamento tra le ETI dei diversi gestori distrettuali
2. *Centro per le famiglie* gestito da ASP Azalea: programmazione e realizzazione interventi per il benessere sociale e la prevenzione del disagio, comprensivi dei rapporti scuole/servizi per tutto il territorio distrettuale, programmazione interventi in collaborazione con Consultorio Giovani dell'Azienda Usl;
3. *Home Visiting* intervento a favore delle neo-mamme in situazione di fragilità, con coordinamento e supervisione del Centro per le Famiglie
4. Servizio di *psicologia distrettuale per la prevenzione* – coordinato dal Centro Famiglie - insieme al *consultorio giovani* dell'azienda lavora in modo omogeneo ed integrato con i Servizi Sociali e gli Istituti Comprensivi e il Polo Superiore di tutto il distretto,
5. *Programma Pippi 7* coordinato dal Responsabile Servizio Sociale ASP Azalea e realizzato su tutto il territorio distrettuale (seconda sperimentazione, dopo P.I.P.P.I. 5)
6. *Equipe adozione-affido* è avviato un coordinamento provinciale, ma non è ancora strutturata a livello distrettuale, ogni gestore si avvale di proprio personale dedicato

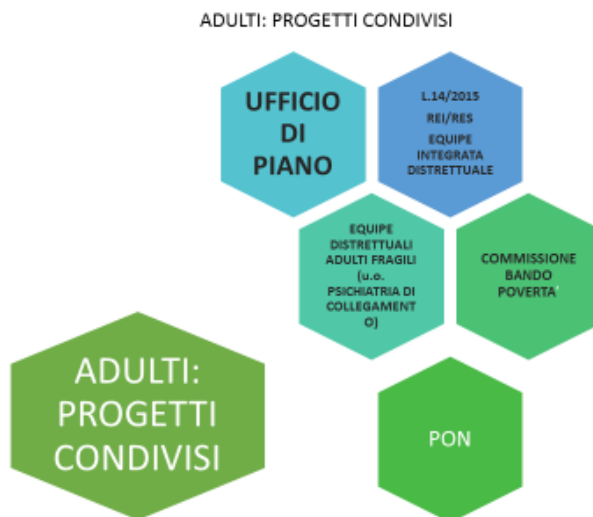


Nell'ambito dell'area adulti :

1. *Progetto PON* nell'ambito della presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Sociale Europeo programmazione 2014-2020, il Comune di Castel San Giovanni, in qualità di capofila per l'ambito territoriale di Ponente, ha presentato nel dicembre 2016 un progetto finalizzato ad implementare le risorse umane dedicate alla realizzazione del progetto nel triennio 2017-2019 con l'obiettivo di un rafforzamento dei servizi per l'accesso che si occupano dell'accoglienza e dei servizi sociali professionali che attuano la presa in carico degli utenti beneficiari relativamente alle domande SIA e successivamente ampliata anche a RES e REI.

2. *Equipe distrettuale L.R.14/2015 –RES-REI* si è costituita un'équipe multidisciplinare integrata (sociale – lavoro – sanità nei casi di pertinenza) in grado di sostenere i servizi sociali territoriali, dal momento dell'accoglimento della domanda del cittadino, fino alla realizzazione di un progetto complessivo sul nucleo familiare finalizzato al superamento delle condizioni di povertà, all'inserimento lavorativo ed all'inclusione sociale di tutti i suoi componenti;
3. *Equipe distrettuale adulti fragili* L'iniziativa, promossa dal DSMDP dell'Ausl di Piacenza a partire da aprile 2012 con il coinvolgimento diretto e attivo dei Servizi Sociali territoriali e dell' Ufficio di Piano è stata realizzata per affrontare problematiche consistenti e ricorrenti degli adulti in condizioni di fragilità e vulnerabilità soci; all'interno del Distretto si sono costituiti 2 gruppi territoriali ( area val Tidone- area val Trebbia ) con un obiettivo formativo di accompagnamento all'utilizzo di alcuni strumenti costruiti e testati nel percorso. Da questo percorso è emersa l'opportunità di dotarsi di un PDTA sociosanitario integrato dell'utente Adulto Fragile che dettasse le procedure, i professionisti, i setting organizzativo-assistenziali e le tempistiche garantite ai pazienti oggetto del percorso.
4. *Commissione bando povertà*: la Commissione è già attiva dal 2010, è composta da assistenti sociali del Distretto e si occupa della valutazione dei progetti pervenuti dai servizi sociali dei vari Comuni e che riguardano due "dispositivi", differenti fra loro per tipologia di destinatari e per le finalità specifiche cui è diretto il finanziamento:
  - ✓ Progetti di contrasto all'impoverimento
  - ✓ Progetti di contrasto alle situazioni di grave povertà ed esclusione sociale

Possono beneficiare degli interventi di contrasto alla povertà e fragilità i soggetti residenti nei diversi Comuni del Distretto di Ponente per i quali vengano attivati interventi di contrasto alla povertà e fragilità, nell'ambito di un progetto complessivo di presa in carico dell'utente volto al raggiungimento di una almeno parziale autonomia, attivato dal Servizio Sociale o integrato con i Servizi Socio-sanitari del Distretto.



Nell'ambito dell'area disabili:

1. *SAA/Responsabile del caso/UVM*  
Attualmente il Servizio Assistenza Anziani svolge anche il ruolo di punto di accesso, attivazione della valutazione e servizio autorizzativo all'ingresso nella rete dei servizi per disabili
2. *Team di transizione*

Nel corso del 2018, viste le difficoltà emerse in numerosi casi di disabili nel delicato passaggio nella transizione alla maggiore età con conseguente modifica del servizio di competenza e la necessità di avviare un nuovo progetto individualizzato, si è elaborato un percorso specifico di transizione per minori disabili al compimento del 16° anno e che sono candidabili al passaggio alla rete dei Servizi per la Disabilità Adulta al compimento del 18° anno, al fine di:

- ✓ Garantire il passaggio delle conoscenze e competenze sui casi
- ✓ Assicurare alla famiglia la continuità del percorso di presa in carico
- ✓ Elaborare ipotesi progettuali condivise che portino alla definizione, in collaborazione con la famiglia, di un progetto individualizzato.

Il Servizio di Neuropsichiatria trasmette la segnalazione **al punto unico di accesso (SAA) e al Servizio Sociale del Comune di residenza**, attivando il team di transizione.

A fronte di ciò viene attivato dall'*assistente sociale comunale responsabile del caso* un incontro d'équipe tra gli operatori della neuropsichiatria e della tutela minori, se coinvolti, ed il servizio educativo territoriale per disabili, competente per il proprio territorio, e contestualmente, in collaborazione con i colleghi, intraprende un percorso di conoscenza del minore e del suo contesto familiare.

### 3. CSSR e CSRD

All'interno del Distretto sono presenti 2 CSSR e 2 CSRD, per un totale di n. 24 posti di residenzialità e n. 29 posti di accoglienza diurna; questi posti sono insufficienti a coprire il bisogno, tali da costituire importanti carenze, venendo meno anche la possibilità di accogliere richieste di ricoveri di sollievo e/o temporanei. Si è attuato un percorso di superamento della modalità di avviare progetti individualizzati caratterizzati dalla fruizione di "doppio servizio" per liberare posti nei CSRD e rispondere al bisogno di nuovi giovani disabili che escono dal percorso scolastico. In particolare deve essere data attenzione ai disabili di minore età che per gravità e fragilità familiare hanno bisogno di percorsi diurni a tempo pieno che la scuola non è in grado di offrire. Quindi occorre una differenziazione dell'offerta di servizi che possa anche garantire flessibilità e rispondenza alle caratteristiche di ciascuna persona: le caratteristiche del territorio distrettuale, le distanze, l'esigenza di individuare soluzioni per piccoli numeri, non agevola la programmazione, dovendo far coincidere le esigenze individuali con la sostenibilità economica.

### 4. CSO

Nel territorio del Distretto sono presenti tre CSO dislocati a Castel san Giovanni, Gossolengo e a Bobbio per l'unione Alta Val Trebbia e Alta Val Luretta.

- Il CSO di Castel San Giovanni accoglie 16 ragazzi disabili ed è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 16.00;
- Il CEO di Gossolengo accoglie 10 ragazzi disabili ed è aperto due mattine alla settimana. In considerazione del bisogno espresso dalle famiglie e dal territorio si ipotizza un maggior apertura oraria a partire dal prossimo autunno;
- Il CSO dell'Unione Alta Val Trebbia e alta Val Luretta accoglie 9 disabili ed è aperto dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.30. Ultimamente, per 4 utenti, è stata attivata un'esperienza di pernottamento presso il centro per una notte la settimana.

### 5. LABORATORIO AUTISMO

Presso il CSO di Castel San Giovanni da Novembre 2017 ha preso avvio il laboratorio autismo, servizio rivolto ad adulti affetti dalla sindrome dello spettro autistico. Al momento è frequentato da 4 utenti dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 12 con il prolungamento in due pomeriggi, martedì e giovedì fino alle 15.30.



Nell'ambito dell'area anziani:

1. *SAA/Responsabile del caso /UVG*

Il SAA, nel territorio del Distretto di Ponente, si trova a svolgere un'importante funzione operativa delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane e disabili ed importante snodo per l'accesso al sistema integrato dei servizi ed interventi rivolti alla non autosufficienza

2. *PROGETTO SAF*

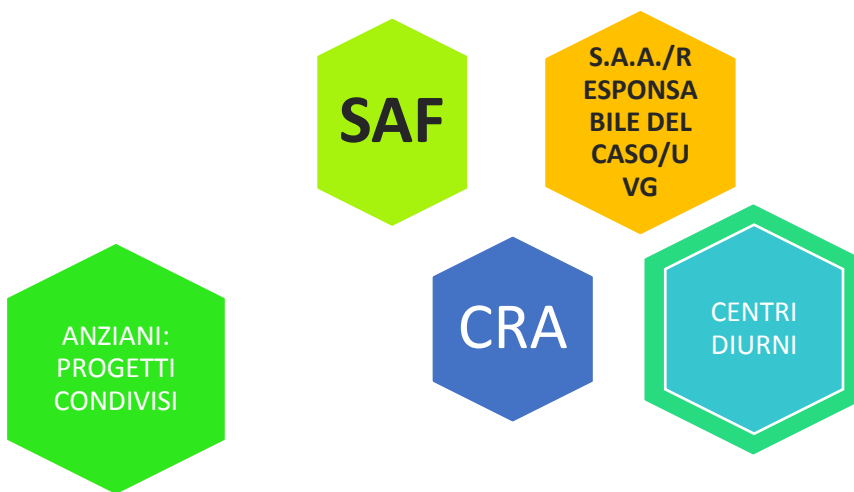
Questo Progetto vuole **riconoscere e promuovere l'impegno del caregiver familiare**, ovvero colui che presta continuamente, in modo gratuito e responsabile, assistenza alla persona cara in condizioni di non autosufficienza. E' ATTIVO SU TUTTI I Comuni del Distretto e si avvia nel caso di dimissioni protette ospedaliere o nel caso di pazienti affetti da disturbi cognitivi in carico al Consultorio

3. *CRA/CENTRI DIURNI*

CRA	POSTI CONTRATTUALIZZATI
<b>Melograno- (Andreoli)</b>	44
<b>Gardenia</b>	61

<b>Albesani</b>	95
<b>Castagnetti</b>	45
<b>Ellenio Silva</b>	43
<b>Villa Verde</b>	27
TOTALE	<b>315</b>

CENTRI DIURNI	POSTI CONTRATTUALIZZATI
Castel San Giovanni	15
Gragnano Trebbiense	10
TOTALE	25



Considerata questa rappresentazione del territorio e quanto espresso nei tavoli di confronto con gli Amministratori, emerge l'obiettivo di definire e formalizzare un **gruppo di coordinamento** distrettuale costituito dai responsabili dei servizi sociali degli Enti in cui è ancora suddivisa la gestione nel Distretto (ASP Azalea, Comune di Castel San Giovanni, Comuni di Gossolengo e Rivergaro, Unione Montana Alte Valli del Trebbia e Luretta), che transitoriamente assuma il compito di SST unico, integri i componenti dell'Ufficio di Piano.

**Il Coordinamento**, metodologico e organizzativo, dovrà sviluppare:

- Formazione congiunta degli operatori di tutto il Distretto
- Sviluppare area accoglienza con la messa in rete degli sportelli sociali, patronati, sindacati
- Gruppi di lavoro per la revisione e l'omogeneizzazione a livello distrettuale dei regolamenti per le agevolazioni economiche
- Equipe territoriale integrata minori come sviluppo di percorsi operativi integrati formalizzando percorsi e protocolli
- Proposte di valorizzazione dei nuovi strumenti (REI, RES)
- Costituzione di un'equipe distrettuale adozione/affido
- Sviluppo e implementazione con personale aggiuntivo e dedicato (Fondo povertà) per l'accesso (futuro PUA e UVM distrettuale) da conferire al gestore unico.

- Progressiva definizione dei livelli di specializzazione professionale nell'accesso e della presa in carico
- Studio fattibilità per la promozione di accordi congiunti tra gestori e comunità locali per minori (presa in carico utenti, indicatori per monitoraggio servizio, costi...)
- Individuazione di possibili percorsi di gestione unica pubblica dei servizi

L'obiettivo del triennio è quello di un percorso, il più sostenibile e condiviso, di riorganizzazione dei servizi che preveda come modello organizzativo quello dell' unico gestore pubblico ASP, in un'ottica di razionalizzazione, omogeneità e sviluppo dei servizi. La realizzazione di questo percorso sarà supportato da una Cabina di Regia composta dal gruppo di Coordinamento di cui sopra e da una rappresentanza degli Amministratori.

## **SCELTE STRATEGICHE E PRIORITA'**

Il processo di realizzazione del Piano ha portato all'approfondimento di alcuni aspetti che si inscrivono in un'ottica di intervento altamente condivisa con la Comunità e trasversale alle diverse aree (minori, adulti, anziani e disabili). Innanzitutto la conoscenza territoriale si pone come la condizione fondamentale al fine di intercettare i bisogni e conseguentemente di strutturare progetti individualizzati in linea con una filosofia di intervento che privilegi l'aspetto della prevenzione. Tale obiettivo è perseguibile attraverso il lavoro integrato tra i diversi servizi operanti sul territorio e la condivisione con le associazioni di volontariato e con la Comunità.

I principi cardine della programmazione zonale, definiti nelle linee guida per la realizzazione dei piani di zona per la salute e il benessere sociale 2018/2020, sono i seguenti:

- **Lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà;**
- **Sostenere l'ambito distrettuale quale nodo strategico dell'integrazione sociale e sanitaria;**
- **Sviluppo di strumenti nuovi di prossimità.**

### **1. Prossimità**

Per quanto concerne il tema della prossimità, è stato individuato come intervento strategico e prioritario il "supporto al caregiver" che si colloca trasversalmente a tutte le aree di intervento.

Il confronto tra i servizi e la Comunità ha permesso di individuare come particolarmente delicato e "sentito" il passaggio all'età adulta di persone diversamente abili. Tale transizione comporta notevoli cambiamenti che coinvolgono non solo la persona, ma anche la famiglia e la comunità. Pertanto è necessaria una maggiore attenzione a questa fase critica; l'Ufficio di Piano ha già iniziato ad affrontare questo aspetto con l'elaborazione del protocollo del team di transizione e con la creazione, nei mesi di elaborazione del Piano di zona di un gruppo di lavoro, trasversale sia perché rivolto a minori che adulti disabili, sia per le tematiche affrontate ( il tempo "extra-scolastico, la socializzazione, il tempo libero, il passaggio dalla scuola al modo del lavoro, il sollievo ai caregivers).

I Fondi relativi alla normative "Dopo di noi", (di cui è stato riconfermato il finanziamento, ma non ancora assegnato ) e "Vita Indipendente" ( finanziamento non in continuità con lo scorso anno e non ancora assegnato) prevedranno la realizzazione di progetti individualizzati con l'intervento di educatori a domicilio, di esperienze di vita sociale e tempo libero e di gruppo , sperimentando con gradualità momenti di vita in comune e/o week-end di sollievo in alloggi disponibili ed adatti.

Un ulteriore sperimentazione delle autonomie viene realizzata nell'ambito del Laboratorio autismo, presso il C.S.O. di Castel San Giovanni, avviato a novembre 2017. Gli utenti, oltre a svolgere attività classiche all'interno

del Centro, aderiscono al progetto nazionale Book Box e hanno la possibilità di integrarsi all'interno della Comunità, attraverso la raccolta di libri e l'allestimento di piccole librerie nelle sale di attesa di luoghi pubblici; il progetto appena partito, in collaborazione con l'AUSL – U.O. Psichiatria di collegamento, verrà sviluppato nei prossimi anni ampliando l'offerta ed il rapporto con la Comunità.

Anche il C.S.O. di Gossolengo prevede di ampliare orari e flessibilità di accesso.

Nell'ambito dell'area anziani è emersa l'intenzione di censire e conseguentemente istituire un albo distrettuale relativo alle "badanti", che possa rappresentare un punto di riferimento per i caregivers di persone che necessitano assistenza. Si prevede di realizzare corsi di formazione rivolti alle assistenti familiari interessate, incentrati sull'acquisizione delle competenze di assistenza di base, sulla conoscenza della lingua italiana, delle usanze culturali e culinarie delle famiglie del territorio e sull'orientamento relativo alla rete dei servizi. Per la realizzazione della formazione si richiederà il coinvolgimento di enti pubblici, privati ed associazioni.

## **2. Genitorialità e sostegno alle reti comunitarie**

L'accompagnamento delle famiglie in situazione di vulnerabilità costituisce un ambito fondamentale del lavoro di cura e protezione della popolazione, inteso come l'insieme degli interventi che mirano a promuovere condizioni idonee alla crescita (area della promozione), a prevenire i rischi che possono ostacolare il percorso di sviluppo (area della prevenzione) e a preservare e/o proteggere la salute e la sicurezza della società (area della tutela o protezione in senso stretto). Il concetto di genitorialità, normalmente utilizzato in un contesto in cui ci si occupa di bambini e ragazzi è infatti inteso in maniera più ampia e cioè del ruolo che è in carico alla popolazione adulta che si prende cura della società in cui vive e lavora, appropriandosi del mandato di ben – essere in termini generali e che permette a tutti di stare meglio. Il piano socio-sanitario invita a visioni trasversali che vengono recepite sul territorio ampliando concetti settoriali per cogliere gli impegni responsabili che sono chiamati ad assumere i cittadini nell'occuparsi delle fragilità esistenti sul territorio.

Il perimetro di questo insieme di interventi è assai vasto e comprende almeno 4 sub-aree, collocabili lungo un continuum:

- le azioni promozionali e preventive in favore del fragile e del bambino, dei suoi genitori, dell'ambiente di vita;
- l'organizzazione della segnalazione e del trattamento delle situazioni di preoccupazione per la sicurezza del fragile e del bambino;
- le decisioni amministrative;
- le decisioni giudiziarie assunte per garantire la protezione del bambino e del fragile.

All'interno di questo continuum, in cui tali aree e sub-aree possono succedersi come intersecarsi, è importante che l'organizzazione dei servizi goda di un'efficace organizzazione dei servizi per garantire una continuità in questo insieme di interventi che assuma come obiettivo la risposta ai bisogni espressi nella loro interazione con i fattori ambientali e familiari attraverso cui si costruiscono tali risposte, secondo una prospettiva ecosistemica. L'insegnamento mutuato dal Progetto Pippi è infatti la ricerca e la valorizzazione delle risorse esistenti sia nel mondo della persona fragile, che nelle dimensioni di vita a lui circostanti che si allargano, come i cerchi nell'acqua causati da un oggetto, fino ad arrivare alla società nel senso vasto del termine. Questa ottica impone cambiamenti di vision progettuale soprattutto nei servizi che tendono a ricercare in prima battuta proprio i deficit ed i limiti, i malfunzionamenti relazionali e di accudimento. L'approccio centrato sulla nozione di bisogni evolutivi, piuttosto che sulle mancanze/inadeguatezze delle figure parentali, esige il riferimento ai diritti e quindi la volontà di costruire un contesto ben– trattante che sostenga il benessere e lo sviluppo di ogni bambino/persona fragile prima ancora di occuparsi attivamente della sua protezione.

Focalizzando l'attenzione sui minori, pur nella consapevolezza prima esplicitata che la programmazione è pensata in modo trasversale, si sottolinea che l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità viene intesa come condizione che può riguardare ogni famiglia in specifiche fasi del suo ciclo di vita e che è caratterizzata dalla mancata o debole capacità nel costruire e/o mantenere l'insieme delle condizioni (interne e esterne) che consente un esercizio positivo e autonomo delle funzioni genitoriali. La vulnerabilità è pertanto una situazione socialmente determinata da cui può emergere la negligenza parentale o trascuratezza, la quale indica la carente capacità di risposta ai bisogni evolutivi dei figli da parte delle figure genitoriali. Nella prospettiva di prevenire questi rischi e in generale il maltrattamento, di considerare il continuum fra vulnerabilità, negligenza, abuso e maltrattamento e al fine di utilizzare lo strumento dell'allontanamento temporaneo del bambino dalla famiglia di provenienza come un intervento effettivamente protettivo e efficace ossia in grado di contribuire alla soluzione del problema che l'ha causato, la fascia della negligenza parentale - e in generale tutta l'area della vulnerabilità familiare - viene qui riconosciuta come uno spazio di speciale opportunità per mettere in campo interventi precoci e orientati alla prevenzione, come richiesto dalle direttive europee. Dato che il lessico può intrappolare il pensiero dentro visioni precostituite e settoriali, limitando il potenziale trasformativo e innovativo dell'azione, coerentemente con la necessità di realizzare l'analisi integrata ed ecologica della situazione, si è privilegiato un approccio che si presti al dialogo interdisciplinare, superando il linguaggio specialistico dei servizi sanitari, sociali, educativi, amministrativi, giuridici. Ad esempio con "percorso di accompagnamento" si intende così un processo di intervento, integrato e partecipato che coinvolge risorse professionali e informali, che si basa sul riconoscimento, la valorizzazione e l'attivazione delle risorse (personali, familiari, di contesto) che consentono alle figure genitoriali di rispondere in maniera positiva ai bisogni di crescita dei bambini. Accompagnare bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità è una funzione complessa, di cui formalmente è titolare il servizio sociale locale e che richiede un puntuale raccordo con le istituzioni e i relativi servizi nell'area della salute pubblica, della scuola, dei servizi educativi per l'infanzia e, in alcuni casi, dell'Autorità Giudiziaria, quindi la costruzione di un progetto unitario, capace di garantire flessibilità e opportunità. Inoltre, esso coinvolge differenti politiche, per esempio quelle relative alla lotta alla povertà, alla prevenzione delle violenze coniugali, al sostegno alla genitorialità, all'istruzione e all'inclusione sociale e scolastica, alla prevenzione dei comportamenti violenti/devianti ecc. La complessità e spesso la frammentarietà dell'intervento dei diversi soggetti impegnati nel lavoro di accompagnamento di bambini e famiglie, insieme al rapido mutamento delle configurazioni familiari e degli assetti sociali che fa emergere di continuo nuove problematiche, richiede chiari orientamenti nazionali che possano garantire:

- equità di trattamento e pari attuazione dei diritti a bambini e famiglie che vivono in contesti territoriali diversi, pur in un quadro complessivo che valorizza le specificità regionali e la costruzione situata di risposte e approcci innovativi;
- superamento della frammentazione, delle mancanze di cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi, delle rotture nei percorsi di presa in carico e quindi miglioramento della governance complessiva affinché siano garantite azioni realizzate in una logica non settoriale, ma trasversale e unitaria;
- effettiva prevenzione delle situazioni di trascuratezza e trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, anche tramite azioni di promozione della genitorialità positiva come di azione tempestiva in caso di rilevazione di esse e quindi di protezione e tutela dei bambini.

Le linee strategiche relative all'ambito della genitorialità del territorio di Ponente sono le seguenti:

- Creazione di uno spazio residenziale per i bambini e i ragazzi e le madri con bambini sul territorio. La necessità di tale luogo permette una progettazione individualizzata con la partecipazione della famiglia. E' infatti ritenuto fondamentale pensare alle strutture educative residenziali non come la soluzione sine die ai comportamenti mal – trattanti dei genitori, ma come un'occasione in cui, se è vero che la gravità ha reso necessario il contenimento delle azioni dei genitori con l'intervento dell'Autorità Giudiziaria, è

altresì necessario attivare un approccio di sostegno dei genitori per verificare la possibilità di un rientro in famiglia, se ritenuto un ambiente tutelante per i ragazzi. La vicinanza della struttura consente pertanto una coprogettazione degli interventi che tenga conto delle risorse personali, parentali, locali e territoriali nel contesto di vita dei minori.

- Progettazione di momenti di raccordo e microprogettazioni tra gli attori sociali presenti sul territorio. La linea strategica più generale è UNIRE MONDI quindi pensare e realizzare momenti di incontro ad esempio tra i centri aggregativi, educativi, parrocchiali, estivi presenti sul territorio del Distretto affinché vengano realizzate iniziative che permettano la costruzione di reti, sottolineando ed evidenziando gli elementi comuni che uniscono e non la dimensione delle differenze che spesso allontana. I ragazzi sono protagonisti e promotori di idee e gli adulti presenti servono a sostenere la fattibilità e la messa in campo di azioni nella direzione della costruzione di reti
- Mantenimento del tavolo S.O.S.tenersi (vedi paragrafo 6. *Sviluppo del welfare comunitario*).

### **3. Volontariato**

Strettamente legata al tema dello sviluppo di strumenti nuovi di prossimità, si sottolinea l'implementazione delle reti di volontariato attraverso il bando regionale rivolto ai progetti promossi da organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale (DGR 699/2018).

Il percorso avviato ha previsto il sostegno da parte dell'Ufficio di Piano anche attraverso la nomina di un referente distrettuale per i rapporti con il terzo settore (Responsabile del Servizio Sociale del Comune di Rivergaro), per la realizzazione di progetti che insistessero su problematiche individuate a livello territoriale distrettuale in stretta sinergia con gli enti locali.

In primis si è programmato un momento di confronto con il centro di servizio per il volontariato provinciale, individuato dalla normativa come soggetto co-progettatore con finalità di facilitatore nella creazione di reti di partenariato per la realizzazione dei progetti. Durante questo confronto l'Ufficio di Piano ha riportato i bisogni emersi con maggior forza nei tavoli tematici territoriali tenutisi per la stesura del piano triennale, e, sempre sulla base delle risorse disponibili per il territorio distrettuale, è stata definita la possibilità di stesura di 2 progetti distinguibili per tematica e/o territorio da definire in relazione alla partecipazione delle ODV ed APS interessate.

AL termine di questo lavoro preparatorio, sono stati presentati due progetti, le cui finalità si possono riassumere nei seguenti punti:

- Contrasto a condizioni di fragilità e di svantaggio della persona al fine di intervenire sui fenomeni di marginalità e di esclusione sociale;
- Sviluppo e rafforzamento della cittadinanza attiva, della legalità e della corresponsabilità, anche attraverso la tutela e la valorizzazione dei beni comuni;
- Contrasto alle solitudini involontarie specie nella popolazione anziana attraverso iniziative e percorsi di coinvolgimento partecipato;

Il primo progetto proporre una serie di iniziative volte ad individuare situazioni di fragilità e criticità all'interno di nuclei familiari che ancora non sono seguiti dai Servizi Sociali Territoriali o lo sono in misura non ancora conclamata o molto avanzata (Famiglie fragili) e ad attivare iniziative di sostegno e supporto sia alla gestione della vita familiare, sia all'esercizio del ruolo genitoriale, per evitare l'aggravarsi della situazione che potrebbe portare a situazioni più gravi di disagio sociale e familiare.

Alcuni dei bisogni prevalenti a cui ci si riferisce sono, ad esempio, i seguenti: difficoltà organizzative con particolare riguardo ai nuclei monogenitoriali, condizioni di malattia temporanea, difficoltà a orientarsi nella rete dei servizi; solitudine e isolamento familiare; povertà culturale ed educativa.

Il progetto intende focalizzarsi sui temi della responsabilità sociale e sulla solidarietà tra le persone e in particolare tra le famiglie, attivando risorse relazionali. La creazione della rete di supporto tra

volontari/famiglie/associazioni, anche di comuni diversi, è inteso come modalità innovativa e sperimentale per il territorio per affrontare la fragilità familiare attraverso l'attivazione dei cittadini in pratiche di mutualità e sostegno reciproco. Inoltre il progetto svolge un importante ruolo di "sentinella" di situazioni fragili che difficilmente potrebbero trovare altre forme di aiuto.

Il secondo progetto si propone di realizzare una serie di iniziative volte a individuare situazioni di fragilità e criticità che per diversi motivi non sono seguiti dai Servizi territoriali (di tipo Sociale e/o Sanitario) ma necessitano di un supporto più o meno specifico, e ad attivare iniziative che accolgano questi bisogni, per evitare l'aggravarsi della situazione. Per il coinvolgimento della cittadinanza (funzionale al raggiungimento dei possibili destinatari) si utilizzeranno innanzitutto le opportunità e i canali già in essere da parte delle singole associazioni (singoli eventi, Pagine Facebook, newsletter centro famiglie, ecc.) in un'ottica di cross-marketing (promozione reciproca), ma ci si adopererà anche per creare nuove occasioni e nuovi canali (eventi ad hoc, una nuova pagina Facebook, ecc.)

Il coordinamento distrettuale relativo alle collaborazioni con le associazioni di volontariato è affidato al Responsabile del Servizio sociale del Comune di Rivergaro.

In generale un obiettivo strategico, in quanto emerso in tutti gli incontri effettuati per l'elaborazione del Piano di zona, è quello di investire in interventi rivolti a promuovere e a mobilitare risorse, a creare una sensibilità diffusa intorno ai problemi delle persone più fragili o vulnerabili, siano essi anziani, disabili, adulti. L'obiettivo è quello di sviluppare nuovi legami all'interno della comunità per favorire lo sviluppo di un contesto sociale più ospitale e solidale, mirando a formare persone in grado di svolgere il ruolo di volontari "sentinelle" rispetto a situazioni caratterizzate dalla presenza di bisogni che non sono ancora stati raccolti/raggiunti dai servizi. Il volontario sentinella ha capacità attentive e di sensibilità tali da cogliere le fragilità ed è anche in grado di diffondere informazioni in un'ottica di prevenzione delle criticità. Questa figura ricopre un'importanza strategica, in quanto mantiene i rapporti con i servizi e nello stesso tempo supporta l'utente e i familiari. Il percorso sarà quello di interventi capaci di sensibilizzare la Comunità e di prevedere formazioni mirate a formare i volontari.

#### **4. Centralità del Distretto**

I servizi di area sociale e sanitaria si confrontano oggi con una realtà molta complessa e soggetta a veloci trasformazioni ed è quindi sempre più strategico il ruolo del Distretto come punto strategico dell'integrazione socio-sanitaria. A questo proposito, già si è descritto nella sezione relativa alla fotografia del territorio, gli obiettivi relativi all'assetto istituzionale ed organizzativo/gestionale. In questa sede si vuole risottolineare la creazione del gruppo di coordinamento distrettuale costituito dai responsabili dei servizi sociali degli Enti in cui è ancora suddivisa la gestione nel Distretto (ASP Azalea, Comune di Castel San Giovanni, Comuni di Gossolengo e Rivergaro, Unione Montana Alte Valli del Trebbia e Luretta), che transitoriamente assuma il compito di Servizio Sociale Territoriale unico.

Ha, inoltre, preso avvio un gruppo di lavoro composto dai Responsabili di Servizio dei Comuni e da assistenti sociali sul tema dei regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa. L'obiettivo del gruppo è quello elaborare modelli regolamentari, innanzitutto relativi ai servizi dell'area anziani e poi in quelli dell'area disabili, da adottarsi dai Comuni in una logica di omogeneizzazione degli stessi e di equità nelle modalità di accesso ai servizi da parte dei cittadini del Distretto.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale è costituita sulla base di un accordo tra AUSL di Piacenza e Comuni del distretto di Ponente e vede la presenza di un medico neurologo, del case-manager per la disabilità, dell'assistente sociale e educatore territoriale responsabili del caso e degli altri operatori che hanno in carico il disabile. La persona disabile e la famiglia sono parte integrante dell'equipe.

L'UVM redige il programma di cure individualizzato (PIVEC), definisce in forma integrata le specifiche necessità dell'utente, della sua rete familiare e individua gli interventi idonei e necessari alla definizione del progetto individualizzato. L'UVM era stata organizzata in tempi in cui le persone disabili prese in carico erano in numero minore e non sussistevano progetti individualizzati relativi a Progetti di Vita indipendente e al Programma Distrettuale "Dopo di noi". Pertanto non solo è aumentata la casistica in termini quantitativi, ma anche l'approccio ai progetti di Vita Indipendente e "Dopo di noi" ha ulteriormente sensibilizzato gli operatori del territorio nell'individuazione di soluzioni alternative complesse.

L'UVM diventa, pertanto, sempre più strategica e nodale in un'ottica di integrazione socio-sanitaria rispetto alla definizione del progetto di vita della persona disabile e dei suoi familiari. E' necessario ripensare tempi e modi di funzionamento dell'UVM, promuovendo maggiori risorse, anche perché il territorio del Distretto di Ponente ha da tempo investito ed intende proseguire nella direzione di garantire un alto livello di appropriatezza degli interventi sia per assicurare efficacia ed efficienza agli stessi, sia per sostenere un modello culturale di lavoro di grande integrazione.

Inoltre il ruolo del Servizio Assistenza Anziani che già attualmente svolge anche il ruolo di punto di accesso, attivazione della valutazione e servizio autorizzativo all'ingresso nella rete dei servizi per disabili dovrà essere pienamente sviluppato al fine di garantire, considerata la complessità, la padronanza del quadro complessivo dei servizi ai disabili.

In tutto il Distretto si evidenzia la carenza di posti residenziali, rivolti soprattutto alla disabilità grave (CSRR), ed infatti i 24 posti disponibili sono insufficienti a coprire i bisogni del territorio. Negli ultimi due anni, pertanto, l'ufficio di piano ha proceduto con un'approfondita mappatura dei disabili presenti sul territorio e con un serrato rapporto con i servizi sociali minori e con la neuropsichiatria infantile per avere una proiezione delle future necessità.

Inoltre l'area della montagna è totalmente priva di posti residenziali, in quanto i due centri presenti sul territorio Emma Serena e Camelot sono situati rispettivamente nel Comune di Rottofreno ed in quello di Borgonovo V.T. Pertanto, nella progettazione relativa al "Dopo di noi" si è inserita un'esperienza di co-housing, per la quale, successivamente, per poterla ampliare è stata chiesta l'ammissione al Fondo ai contributi strutturali ai sensi della DGR 1559/2017. La possibilità di vedere finanziato questo progetto, l'unico presentato per il Distretto di Ponente, è strategico in quanto eviterebbe uno sradicamento della persona disabile dai territori di origine, senza collegamenti diretti con i mezzi pubblici per i familiari e pari difficoltà di raggiungimento anche con mezzi propri.

L'ufficio di piano, pertanto, nel prossimo triennio dovrà intraprendere il percorso di uno studio di fattibilità e sostenibilità economica per affrontare la carenza di posti di residenzialità per situazioni gravi.

Per quanto riguarda i posti a bassa intensità assistenziale nel corso del 2018 si sta procedendo con una rimodulazione, che, anche in questo caso amplia l'offerta:

- **1 appartamento a CSG per 4 posti**, che sostituisce il Gruppo appartamento La Cirenaica che ospita 7 persone, avendo coperto anche il posto per le emergenze.
- **La Comunità Alloggio "Il Giardino"**, servizio già da tempo consolidato, per persone con problemi psichiatrici, di 20 posti, di cui 1 di sollievo, a Borgonovo,
- **Un gruppo appartamento di 6 posti a Borgonovo** che accoglierà tre delle persone dimesse dal gruppo appartamento di CSG e nuovi utenti in lista d'attesa

## **5. Povertà**

Nell'ambito dell'area adulti a livello territoriale, e in linea con le linee guida regionali, il Distretto si è concentrato principalmente ad affrontare l'emergenza del tema povertà.

A livello locale sono state individuate, nell'ambito delle risorse del Fondo Sociale Locale, alcune risorse economiche destinate a sostenere i progetti di residenzialità per adulti fragili in un contesto che vede una progettualità integrata per i diversi ambiti della persona e dei servizi. I dispositivi creati dal Distretto per fronteggiare tale problematica supportando i Servizi Sociali dei Comuni/Unioni nella gestione dell'utenza adulta che presenta situazioni di grave disagio economico e/o socio-relazionale, sono denominati "Progetti di autonomia per soggetti fragili". Mirano a sostenere il reddito e l'abitare di nuclei, e persone singole, in difficoltà economica, finanziano progetti di servizio sociale finalizzati a pagare quote di affitto, utenze domestiche, spese per il sostentamento (integrazione al reddito) e per spese straordinarie (es. mediche) che gli utenti non sono in grado di fronteggiare. I dispositivi si rivolgono sia ai "nuovi poveri" figli della crisi di questi anni (progetti di contrasto all'impoverimento), sia agli utenti "cronici" dei Servizi Sociali territoriali (progetti di contrasto alle situazioni di grave povertà ed esclusione sociale).

Si evidenzia, sul discorso trasversale della popolazione adulta, che è emerso durante gli incontri del piano di zona, una mancanza di "sistema" e di percorsi ai quali occorre dare risposta. L'assunzione di due assistenti sociali a disposizione del distretto ai fini della compilazione dei dispositivi di contrasto alla povertà RES/REI e delle problematiche della popolazione costituisce un punto di partenza. Nel triennio l'Ufficio di Piano, avrà il compito di individuare i nodi nevralgici di sviluppo della progettualità di un progetto di "sistema". Fiore all'occhiello del Distretto è l'équipe multidisciplinare territoriale che si occupa della gestione dei progetti relativi sia ai casi RES/REI che di L.14. Tale équipe integrata, è formata, per la parte sociale, da assistenti sociali ed educatori qualificati, con esperienza e ampia conoscenza del territorio e dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e per l'inclusione socio-lavorativa al fine di creare progetti integrati per le persone prese in carico. Per la creazione di tale équipe l'Ufficio di Piano del Distretto di Ponente ha chiesto ai gestori distrettuali dei servizi per l'inclusione socio-lavorativa di verificare la possibilità di mettere a disposizione operatori in possesso dei requisiti professionali richiesti, al fine di avviare sperimentalmente il progetto e i componenti sono stati attinti quindi dai servizi del territorio al fine di creare una rete di supporto territoriale.

## **6. Sviluppo del welfare comunitario**

L'Ufficio di Piano è strutturato da quattro aree tematiche: Area Minori, Area Adulti, Area Anziani, Area Disabili. Nell'ambito del processo di realizzazione del piano di zona, tuttavia, si è pensato di ampliare e trasversalizzare le tematiche seguendo le linee guida per la sperimentazione delle pratiche partecipative nell'ambito dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale. Realizzare un welfare partecipato, affrontando dimensioni nuove e trasversali del disagio sociale e favorendo una trasformazione dei servizi perché sappiano "andare verso" i cittadini, sono stati i presupposti per la creazione di gruppi di lavoro trasversali sulle seguenti tematiche:

1. Area contrasto alla povertà, all'impoverimento, alla marginalità
2. Area domiciliarità
3. Area della genitorialità e di sostegno alle reti comunitarie

Gli incontri sono stati realizzati su tutto il Distretto, in un'ottica di vicinanza al territorio, coinvolgendo enti pubblici, privati e associazioni di volontariato. A questo proposito è stata fondamentale la preventiva mappatura delle risorse locali coinvolgibili.

L'intento perseguito era quello di avviare una comunicazione e condivisione rispetto ai progetti in essere sul territorio, ai bisogni rilevati dai servizi e dalla comunità e alle possibili collaborazioni. Gli incontri non si

ponevano pertanto come semplici momenti informativi, ma, attraverso il confronto attivo, si è voluto avviare il processo di realizzazione di una Comunità competente.

Infatti l'Ufficio di Piano ha aderito al percorso "Community Lab", organizzato dalla Regione Emilia-Romagna. L'approccio adottato è stato di tipo "macro" con una ridefinizione generale dei problemi e dei destinatari, con appunto un ripensamento sul processo di programmazione. Ciò si è tradotto in una modificazione dei processi di lavoro ( dai tavoli di area a quelli trasversali) e in una deperimetrazione dell'ottica di intervento. L'approccio macro è stata assunta, in quanto questa sperimentazione ha rappresentato una novità per il territorio distrettuale e si è cercato di assumere la sfida dell'innovazione dei servizi.

Il conseguente obiettivo che il territorio distrettuale si pone è quella di proseguire in modo permanente con le modalità operative avviate, sviluppando l'empowerment individuale e comunitario, attraverso il mantenimento dei seguenti gruppi di lavoro:

1. Tavolo disabilità trasversale minori e adulti: la necessità di mantenere e proseguire il lavoro del tavolo sulla disabilità risulta essere una linea strategica da perseguire. Il tavolo prevede un confronto partecipato e condiviso con le associazioni, i servizi sociali e scolastici, i singoli cittadini portatori del bisogno e vuole essere anche un laboratorio di progettazione partecipata rispetto non solo ai temi già affrontati, ma anche allo sviluppo delle autonomie, il lavoro, la socializzazione, il tempo libero.
2. Tavolo S.O.S.tenersi, in cui si possa proseguire con momenti di incontro visti come azione propedeutica alla visione dell'unità e non della frammentarietà. Questo suggerimento/bisogno è riconosciuto da chi ogni giorno lavora e vive con la popolazione giovanile e pensa interventi che rispondano ai bisogni espressi. Organizzativamente si ritiene fondamentale poter nel tempo contare sui nodi della rete che servono a prendersi cura e a sollecitare la tenuta nel tempo della rete per poter rilevare i bisogni esistenti e la connessione delle agenzie educative esistenti per una coprogettazione su obiettivi comuni pur nella specificità delle precipue competenze delle figure e dei servizi presenti. Sul piano operativo l'intento è confrontarsi su argomenti relativi alle reti di sostegno familiari e comunitarie, come ad esempio il tema delle carenze educative, emerse come criticità da tutti gli incontri con la comunità. Si evidenzia una significativa mancanza di assunzione di responsabilità da parte dei genitori e degli adulti in genere, che mostrano una notevole paura di crescere e del giudizio. Lavorare sull'autoconsapevolezza delle proprie fragilità e sul riconoscimento dei punti di forza, insieme allo sviluppo del lavoro di rete, costituiscono i nodi centrali da affrontare all'interno del gruppo di lavoro. Il tavolo si prefigge inoltre lo scopo di pensare a modalità innovative volte ad "attirare" famiglie e adulti coinvolti nel difficile compito di educare.
3. Tavolo prossimità/domiciliarità: all'interno del quale verranno affrontati il rafforzamento delle reti di volontariato, il supporto al caregiver tramite formazione e informazione e l'informazione al cittadino sui servizi presenti sul territorio
4. Tavolo povertà a cui partecipano anche i componenti della L.R. 14/2015

La manutenzione del processo prevede di "curare" i tavoli e i gruppi attivati, attraverso la valutazione in itinere e una riflessione costante di ciò che si sta costruendo. L'intenzione è quella di interrogarsi sugli attori ancora "assenti" ma che potrebbero essere coinvolti come risorsa positiva e sulle nuove alleanze possibili. Inoltre è necessario mantenere, all'interno dei gruppi, il percorso di conoscenza dei servizi territoriali per condividere le soluzioni a partire da funzioni già esistenti spesso non conosciute.

Attraverso questa innovativa modalità di lavoro, si intende disporre di una lettura più realistica e capillare dei bisogni e delle problematiche presenti sul territorio, ai quali si vuole rispondere con la predisposizione di progetti individualizzati e mirati. La valorizzazione dei portatori del bisogno implica un sostanziale cambiamento dell'ottica di pensiero e di intervento; sviluppare una Comunità competente significa infatti incentivare la responsabilizzazione individuale e la conseguente diminuzione dell'atteggiamento di "delega", che spesso caratterizza i rapporti tra persone e servizi. La presa in carico non deve più essere considerata come esclusiva del servizio pubblico ma deve essere "pensata" e condivisa con tutti gli attori coinvolti.

Si tratta altresì di una rigenerazione culturale della comunità a cui occorre dedicare energie di pensiero, di progettazione, di organizzazione; occorre sapere come coinvolgere i cittadini per immaginare un futuro; occorre saper integrare saperi, attori e pratiche intorno ad un'idea di territorio.



“La rete dei servizi per minori e disabili nel Distretto socio-sanitario di Ponente: strumenti manageriali e prospettive” – IL DISTRETTO CHE VORREI...

Approvato

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Comune di Castel San Giovanni</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Si</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La realtà sociale complessa e fortemente mutata che i Servizi sociali e socio-sanitari si trovano a dover affrontare, con il perdurare della crisi economica e la caduta valoriale, il mutato contesto demografico, rende sempre più necessario garantire qualità e pertinenza degli interventi rimodulando continuamente l'attività e l'offerta dei servizi.</p> <p>L'alto numero di famiglie straniere, presenti in particolare nei comuni della Val Tidone, fa comprendere come il contesto delle relazioni sociali sia difficile, tenuto conto anche del progressivo impoverimento di classi sociali tradizionalmente lontane dal richiedere aiuto ai Servizi Sociali e che si sentono penalizzate dalla presenza di stranieri.</p> <p>E' una domanda di aiuto più articolata e complessa che richiede un'alta competenza tecnica e un impianto professionale più specialistico, con l'esigenza di dedicare tempo all'aggiornamento professionale. Contestualmente occorre sperimentare un nuovo modello di welfare, ripensando al rapporto con il cittadino e a un sistema di servizi rivolto a tutti, ma nello stesso tempo che tuteli le situazioni più fragili, tenuto conto delle diversità e complessità dei vari contesti territoriali che caratterizzano il Distretto di Ponente.</p> <p>L'obiettivo di standardizzazione dei percorsi di valutazione del bisogno e di presa in carico parte dalla necessità di conoscere le diverse realtà gestionali e quindi omogeneizzare gli interventi su tutto il territorio, superando la grande frammentazione, evidenziando anche le implicazioni economiche del modello di presa in carico da parte di un Gestore Unico, alla luce della L.R. 12/2013. Il mandato del Comitato di Distretto all'Ufficio di Piano, avvenuto nel corso del 2017, in relazione al PSSH, è stato infatti quello di acquisire tutti gli elementi quantitativi per decidere l'organizzazione di un SST e l'eventuale conferimento della gestione del Servizio Sociale Territoriale ad ASP Azalea e, in questo caso, con quale gradualità. L'Ufficio</p>
------------------	---

	<p>di Piano aveva già avviato e restituito agli Amministratori, la mappatura dei servizi e delle varie gestioni presenti nel Distretto evidenziando la grande frammentazione e la difficoltà a raccogliere dati omogenei e comparabili data la complessità e diversità dei territori. Aveva indicato quali servizi/interventi avrebbero potuto gradualmente passare alla gestione unica, aveva censito la presenza di ASSISTENTI SOCIALI nella proporzione minima indicata dalla RER e la presenza di tutte le figure professionali indicate dalle "Linee guida per il riordino del SST". La decisione del Comitato di Distretto è stata quella di avvalersi di una tutorship, affiancata all'Ufficio di Piano per analizzare, insieme alla platea dei suoi stakeholder, gli scenari futuri del sistema sociale e socio-sanitario per poter definire una visione condivisa a cominciare dai servizi per i Minori e per la Disabilità. Questa decisione, finanziata con l'Attuativo 2017, sottende l'ipotesi – da parte di alcuni sindaci - di raggiungere gradualmente la gestione unica distrettuale, pur essendo impossibile allo stato attuale, pensare alla costituzione di una sola Unione distrettuale.</p>
<p><b>Descrizione</b></p>	<p>E' stato quindi costituito un gruppo di lavoro costituito dai Responsabili del Servizio Sociale dei quattro enti gestori, con la partecipazione dell'Ufficio di Piano e del Direttore del Distretto, supportato dalla Università Cattolica, gruppo che ha avviato il lavoro di analisi delle differenti modalità di interpretazione del bisogno e di appropriatezza della risposta proprie delle varie gestioni presenti nel Distretto: all'interno dei comuni, dell'Unione Montana, dell'Azienda di servizi alla persona ASP Azalea.</p> <p>L'obiettivo risulta essere di particolare rilevanza alla luce sia della necessità di una risposta omogenea costo/efficacia in tutto il territorio distrettuale, che di standardizzazione dei percorsi di valutazione del bisogno e di presa in carico.</p> <p>Attualmente è in corso la rilevazione delle modalità di segnalazione, valutazione, presa in carico, monitoraggio, audit e per ora ha certificato la complessità, frammentarietà degli interventi, la diversa composizione della spesa, la diversa organizzazione e diversi percorsi.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Operatori socio-sanitari, Amministratori, cittadini e famiglie</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Portare a compimento il lavoro avviato con la consulenza dell'UNICATT di PC: per analizzare le differenti modalità di interpretazione del bisogno e di appropriatezza della risposta presenti all'interno dei Comuni, Unioni di Comuni e Azienda di servizi alla persona, gestori dei servizi sociali, nell'ambito territoriale del distretto di Ponente, al fine di omogeneizzare buone prassi e di preparare l'avvio graduale della gestione unica.</p> <p>Definizione e formalizzazione di un gruppo di coordinamento distrettuale costituito dai responsabili dei servizi sociali degli Enti in cui è ancora suddivisa la gestione nel Distretto (ASP Azalea, Comuni di Gossolengo e Rivergaro, Unione Montana Alte Valli del Trebbia e Luretta), che transitoriamente assuma compiti assimilabili a quelli del responsabile del SST, integri i componenti dell'Ufficio di Piano e sia garante per Comuni/Unione e cittadini nel passaggio al gestore unico.</p> <p>Il Coordinamento, metodologico e organizzativo, dovrà sviluppare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione congiunta degli operatori di tutto il Distretto</li> <li>• Sviluppare area accoglienza con la messa in rete degli sportelli sociali, patronati, sindacati</li> <li>• Gruppi di lavoro per la revisione e l'omogeneizzazione a livello distrettuale dei regolamenti per le agevolazioni economiche</li> <li>• ETI come sviluppo di percorsi operativi integrati formalizzando percorsi e protocolli</li> <li>• Proposte di valorizzazione dei nuovi strumenti (REI, RES)</li> <li>• Costituzione di un'equipe distrettuale adozione/affido</li> <li>• Sviluppo e implementazione con personale aggiuntivo e dedicato (Fondo povertà) per l'accesso (futuro PUA e UVM distrettuale) da conferire ad ASP Azalea.</li> <li>• Progressiva definizione dei livelli di specializzazione professionale nell'accesso e della presa in carico</li> <li>• Studio fattibilità per la promozione di accordi congiunti tra gestori e comunità locali per minori (presa in carico utenti, indicatori per monitoraggio servizio, costi...)</li> <li>• Individuazione di quali servizi e con che tempi possono essere conferiti in gestione all'ASP Azalea...</li> </ul>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Piano povertà: potenziamento personale con l'assunzione a tempo determinato di due assistenti sociali; collegamento con tutte le politiche che comportano l'integrazione sociale e sanitari
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni, Unione Montana, ASP Azalea, UNICATT, OO.SS.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano
<b>Risorse non finanziarie</b>	ASP Azalea: Responsabile del S.Sociale; Unione Montana di Bobbio: responsabile Servizio Sociale; Comune di CSG: Responsabile Servizio Sociale; Comuni di Rivergaro e Gossolengo: Responsabile S.S. – Tavolo Governance distretto: amministratori di Comuni, Direttore del Distretto, Ufficio di Piano – UNICATT di PC

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 2

### 1°: Dotazione organica del SST

**Descrizione:** Non esiste un SST distrettuale; ogni gestore ha una propria dotazione organica

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 4 gestori:ASP Azalea, Comuni di Gossolengo e Rivergaro, Unione Montana Bobbio - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Non attivato
- **Obiettivo 2019:** Attivazione gruppo di coordinamento
- **Obiettivo 2020:** Proseguito

### 2°: n. ambiti distrettuali nei quali il SST rispetti gli standard previsti da DGR 1012/14 su dotazioni organiche e diffusione sportelli sociali

**Descrizione:** La diffusione degli sportelli sociali è capillare e presente in ogni comune dei due ambiti al di fuori dell'Unione montana, che comunque rispetta lo standard avendo n. 8.470 abitanti e 1 sportello; situazione non omogenea per orari di apertura e qualità del servizio.

La dotazione organica è conforme al limite minimo stabilito, ma molto eterogenea e frammentata per cui la percentuale distrettuale (1 a. sociale/4.573 ab. distretto) non corrisponde in realtà al fabbisogno rilevato e non è diffusa in modo omogeneo sul territorio.

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Responsabili Servizio n. 15  
Ogni comune (n. 13) ha un Responsabile S.Sociale, che spesso si occupa anche di altri settori; solo 5 hanno la qualifica di a. sociale; - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Partecipazione alla costituzione del gruppo di coordinamento distrettuale e delle azioni previste.
- **Obiettivo 2019:** Conferimento ad ASP della gestione dell'area anziani/adulti fragili dei comuni di Borgonovo VT, Ziano, Calendasco, Gazzola
- **Obiettivo 2020:** Proseguito



## ANIMAZIONE RELAZIONALE SERT DI PONENTE

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantire la continuità e la sinergia tra interventi di promozione alla salute e di prevenzione e cura per il target adolescenti e giovani, in rete con altri progetti promossi da servizi pubblici e privati e sempre rivolti al target giovanile.</li> <li>Unire contenuti informativi con interventi formativi, attraverso proposte di animazione relazionale e attività di sensibilizzazione dei contesti di riferimento (luoghi di aggregazione, scuole, centri giovanili, ecc...)</li> </ul>
<b>Descrizione</b>	Il SerT di Ponente attraverso la Cooperativa L'Arco di Piacenza promuove attività di animazione relazionale finalizzate ad intercettare precocemente le situazioni a rischio
<b>Destinatari</b>	Pre-adolescenti e adolescenti nei loro contesti di vita, adulti di riferimento
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interventi nelle scuole secondarie di primo grado (con la formula delle micro assemblee) sull'uso corretto dei social e sui rischi dell'uso eccessivo di internet .</li> <li>Interventi animativi- formativi sulla prevenzione di comportamenti e stili di vita a rischio quali il consumo eccessivo di alcol, l'uso di sostanze psicotrope, i rischi legati all'uso del tabacco, la pervasività delle offerte di gioco d'azzardo ecc....</li> <li>Interventi animativi- formativi attuati in prossimità di eventi pubblici (discoteche, sagre locali ..) finalizzati all'aumento della consapevolezza sul policonsumo , uso e abuso di sostanze psicoattive e alcool, ecc....</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	SerT Ponente, Cooperativa "L'Arco" di Piacenza.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Maurizio Avanzi
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € 5.174,90

- AUSL : 5.174,90 €

---

## Indicatori locali: 2

---

### **1°: Attività di animazione – formazione**

**Descrizione:** Interventi nelle scuole e nei centri di aggregazione e giovanile

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 35 interventi

- **Obiettivo 2019:** Mantenimento attività se finanziata

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività se finanziata

### **2°: Attività di animazione relazionale**

**Descrizione:** Interventi in luoghi e contesti di vita (discoteche, sagre ..)

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 15 interventi

- **Obiettivo 2019:** Mantenimento attività se finanziata

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività se finanziata

## Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizioni 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
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
- 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Comune di Castel San Giovanni (PC)</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>1. Misure di sostegno per l'accoglienza residenziale di adulti fragili: offrire sostegno ad adulti che necessitano di un periodo temporaneo di residenzialità a causa di un forte disagio socio-economico e/o a fronte di transitori bisogni sanitari/riabilitativi.</p> <p>2. Misure di sostegno al reddito e all'abitare: progetti di autonomia e di contrasto alla marginalità per soggetti fragili: contrastare la povertà estrema e l'impoverimento derivanti dalla crisi economica e dalla fragilità delle reti sociali e familiari.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>1. Misure di sostegno per l'accoglienza residenziale di adulti fragili: L'intervento supporta i Servizi Sociali dei Comuni/Unioni nella gestione di persone singole in situazione di grave disagio socio-economico ed in situazione di emergenza. Il programma finanzia progetti individualizzati che prevedono l'inserimento dell'utente presso una struttura di tipo residenziale a sostegno di una temporanea situazione di bisogno e a fronte di un'assenza totale di reddito o di un reddito del tutto inadeguato a garantire il proprio sostentamento. I finanziamenti dei progetti presentati dai Servizi Sociali sono regolati da un dispositivo distrettuale che stabilisce criteri, tempi e modalità di accesso. Un'apposita Commissione Distrettuale si occupa dell'istruttoria e valutazione delle istanze presentate nonché del monitoraggio e misurazione dell'efficacia del dispositivo adottato.</p> <p>2. Misure di sostegno al reddito e all'abitare: progetti di autonomia e di contrasto alla marginalità per soggetti fragili: L'intervento supporta i Servizi Sociali dei Comuni/Unioni nella gestione di nuclei familiari e persone singole in situazione di grave disagio economico e/o socio-relazionale. Il programma finanzia progetti di autonomia e contrasto alla marginalità realizzati dal servizio sociale che prevedono aiuti per il pagamento di quote di affitto/utenze domestiche arretrate, spese straordinarie di natura sanitaria/logistica o legate alla mobilità e quote di integrazione al reddito per il sostentamento. I finanziamenti dei progetti presentati dai Servizi Sociali sono regolati da un dispositivo distrettuale che stabilisce criteri, tempi e modalità di accesso. Un'apposita Commissione Distrettuale si occupa dell'istruttoria e valutazione delle istanze presentate nonché del monitoraggio e misurazione dell'efficacia del dispositivo adottato.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>1. Misure di sostegno per l'accoglienza residenziale di adulti fragili: adulti (18/64) ed anziani (65/74) in situazione di grave disagio relativo a condizioni di tipo economico, occupazionale e sociale residenti nei Comuni del Distretto di Ponente.</p>

	<p>2. Misure di sostegno al reddito e all'abitare: progetti di autonomia e di contrasto alla marginalità per soggetti fragili: il dispositivo si rivolge sia ai "nuovi poveri" figli della crisi di questi anni (progetti di contrasto all'impoverimento) sia agli utenti "cronici" dei servizi territoriali (Progetti di contrasto alle situazioni di grave povertà ed esclusione sociale) - età 18-74 residenti nei Comuni del Distretto di Ponente</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>1. Misure di sostegno per l'accoglienza residenziale di adulti fragili:                      - Individuazione criteri e modalità di accesso ai finanziamenti distrettuali da parte dei Servizi Sociali Comunali/Unioni (finalità, beneficiari, requisiti, risorse disponibili, modalità presentazione domande, valutazione, modalità erogazione contributi) e relativi strumenti (scheda progetto, modelli autocertificazione...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nomina Commissione Distrettuale composta dalle assistenti sociali rappresentative del territorio per ambito ottimale</li> <li>- Valutazione progetti individualizzati, assegnazione risorse e redazione elenco aventi diritto</li> <li>- Realizzazione progetti di ACCOGLIENZA RESIDENZIALE TEMPORANEA</li> </ul> <p>2. Misure di sostegno al reddito e all'abitare: progetti di autonomia e di contrasto alla marginalità per soggetti fragili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione progetti di CONTRASTO ALL'IMPOVERIMENTO: interventi finalizzati a contrastare il processo di impoverimento di cittadini e famiglie a seguito del perdurare degli effetti della crisi socio-economica. Vi rientrano tutte quelle situazioni in cui la povertà è principalmente connessa alla perdita /precarietà del lavoro o al perdurare dello stato di inoccupazione da parte di uno o più componenti della famiglia</li> <li>- Realizzazione progetti di CONTRASTO ALLE SITUAZIONI DI GRAVE POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE: interventi finalizzati a supportare cittadini e famiglie in situazione di povertà conclamata e perdurante. Vi rientrano tutte le situazioni in cui la condizione di povertà - socio-economica ma anche socio-relazionale e culturale – costituisce un tratto stabile e caratterizzante l'utente e/o il suo nucleo familiare. Si tratta in prevalenza degli utenti "cronici" dei servizi sociali, totalmente in carico alle istituzioni, i casi complessi in carico a più servizi, le famiglie multi problematiche</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche abitative, per il lavoro, per l'inclusione sociale
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sociali dei Comuni/Unioni, Servizi specialistici di integrazione socio-sanitaria (Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche); Privato Sociale (Associazioni di Volontariato, Cooperative Sociali); Parrocchie e Istituti religiosi
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano e Referente Area Adulti
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane: assistenti sociali, educatori, volontari

**Totale preventivo 2018: € 204.466,29**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **93.315,94 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **111.150,35 €**

**Indicatori locali: 0**



## Budget di Salute

Approvato

### Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

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

<b>Razionale</b>	<p>Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute come indicato nella Dgr 1554/2015; nella circolare regionale PG/2018/0311590 del 02/05/2018.</p> <p>Come recepito dalla Ausl di Piacenza nelle Delibere n. 292 del 30/12/2016 e n. 285 del 30/12/2016 volte a promuovere il Budget di Salute come strumento integrato socio-sanitario di assistenza territoriale a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato PTRI di persone affette da disturbo mentale grave in cura presso il DSM-DP, finalizzato al miglioramento della salute, del benessere e dell'inclusione sociale.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il Budget di Salute è uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) in collaborazione con i Servizi Sociali territoriali; viene applicato per sostenere e consolidare progetti di domiciliarità a supporto anche del lavoro di cura delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale. Tende a contrastare e a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>I destinatari degli interventi con la metodologia del Budget di Salute sono persone affette da disturbo mentale in carico ai Servizi del DSM-DP</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>tre assi d'intervento con la metodologia del Budget di Salute sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asse Casa/Domiciliarità;</li> <li>2. Asse Affettività/Socialità;</li> <li>3. Asse Formazione/Lavoro;</li> </ol> <p>Le azioni proponibili nei tre assi d'intervento si realizzano con le seguenti risorse:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Risorse di cura messe a disposizione dall'Azienda USL, sia attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso altro Soggetto gestore;</li> <li>2. Risorse d'integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dall'Ente Locale attraverso le proprie strutture organizzative (es. prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, sostegni economici, ecc.);</li> <li>3. Risorse della persona titolare del progetto costituite da risorse economiche (beni e servizi) e relazionali (familiari, amicali);</li> <li>4. Risorse messe a disposizione dal volontariato;</li> </ol> <p>Particolare attenzione è dedicata all'Asse Casa/Domiciliarità che si declina nelle seguenti azioni (le risorse indicate sono già in uso attraverso lo strumento Budget di Salute e sono al 70% circa provenienti dal FSR al 30% ca. da Comuni e utenti/famiglie</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contributo rette per inserimento beneficiari in strutture residenziali sociali o sociosanitarie (€ 32.000)</li> <li>2. S.A.D. per la promozione della domiciliarità (€ 9.000)</li> <li>3. Progetti educativi per la promozione della domiciliarità (€ 9.000)</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Si ritiene che all'interno di questo approccio, l'UVM rappresenti lo snodo fondamentale e determinante, in grado di rendere concreta l'opportunità rappresentata dal Budget di Salute nella realizzazione di un modello innovativo ed efficace di integrazione socio-sanitaria.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl – EE.LL. – Utenti beneficiari – Familiari dei beneficiari – Terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	DSMDP
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 7

### 1°: Numero pz. con BdS / numero pz. CSM

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 256/4878 (5.2 % del TOT.) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 330/4900

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 2°: Coinvolgimento di utenti e familiari nel programma regionale

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 3°: azioni formative realizzate

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 4°: Numero BdS attivati finalizzati a dimissione da residenze sanitarie/tot. soggetti inseriti nelle residenze

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 28/72 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 35/72
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**5°: Numero BdS attivati in residenze sociosanitarie**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 17 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 20
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**6°: Numero BdS attivati in gruppi appartamento**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

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

**7°: Numero BdS attivati a domicilio**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 8 - **Riferita al:** 31/12/2017

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

## CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA

Approvato

### Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
- 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
- 27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)
- 35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Si</b>
Aree	<b>A;B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Le Case della Salute rappresentano uno snodo fondamentale per la costruzione di servizi di prossimità e per la possibilità di agevolare sia i percorsi terapeutici assistenziali che per facilitare i cittadini nell'accesso alle prestazioni. Inoltre si configurano come una opportunità significativa di rafforzamento del lavoro di rete sul territorio e di integrazione socio-sanitaria. Le potenzialità delle Case della Salute di diventare un punto di riferimento territoriale per l'incremento del benessere dei cittadini, inteso in una pluralità di declinazioni (cura e controllo patologie croniche, sede ambulatori MMG, luoghi di diffusione di stili di vita sani, centro di comunicazione e promozione di iniziative di carattere sociale e sanitario ecc) sono strategiche per la realizzazione di una concreta e sinergica risposta ai bisogni dei singoli, in una connotazione corale e di sistema che può nel tempo divenire cassa di risonanza di numerose altre attività ed interventi. Prendendo le mosse dalla definizione dell'assistenza primaria da parte della Commissione Europea come offerta di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, comprendenti tutte le dimensioni della salute, erogati da équipe multiprofessionali e interdisciplinari, con la collaborazione dei pazienti e delle famiglie, le Case della Salute devono diventare nel tempo soggetti attivi del welfare complessivamente inteso a livello distrettuale, oltre che articolazione e snodo di molti interventi di integrazione socio-sanitaria, attraverso la sinergia multi professionale e interdisciplinare di personale sanitario, personale sociale e personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali). A tal fine lo stesso Programma di mandato della Giunta Regionale, approvato il 26 gennaio 2015, le individua come priorità sulle quali investire risorse e progetti.</p> <p>Nel 2016 sono state approvate da parte della Giunta Regionale le nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute (DGR 2128/2016) con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Le Case della Salute intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui operano comunità di professionisti, convenzionati e dipendenti del Servizio Sanitario Regionale, secondo uno stile di lavoro per équipe multiprofessionali e interdisciplinari, al fine di</p>

garantire l'accesso e l'erogazione dell'assistenza primaria, in integrazione tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali, con la collaborazione di pazienti, caregiver, associazioni di volontariato e altre forme di organizzazione.

Nel territorio di Ponente sono state previste 3 Case della salute, due già operative, una in fase di attivazione. A giugno 2018 risultano già regolarmente funzionanti le Case della Salute di Borgonovo Val Tidone e S. Nicolò. È programmata ed in fase di attivazione la Casa della Salute di Bobbio, per la quale è in corso di individuazione la sede.

In dettaglio:

CdS di Borgonovo Val Tidone, singola sede con un bacino di utenza di circa 30.000 abitanti - CdS della di S. Nicolò, singola sede con un bacino di utenza di circa 32.000 abitanti - CdS programmata di Bobbio, singola sede con un bacino di utenza di circa 16.000 abitanti.

Nel 2017 alla luce del documento di Futuro in Salute, approvato dalla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria, è iniziato il processo di riordino della sanità territoriale legato alla progettualità delle Case della Salute, da cui è disceso il riordino dei Nuclei di Cure Primarie, tenendo in considerazione anche gli ambiti di scelta per i MMG. Il risultato finale, approvato anche dalle rappresentanze sindacali dei MMG, ha portato ad un nuovo documento dell'assetto territoriale delle Cure Primarie che prevede la sovrapposizione di ambito e nucleo con Casa della Salute di riferimento e le pertinenze delle sedi di Continuità Assistenziale. Con apposito atto aziendale sono stati individuati i Coordinatori dei nuovi NCP tra i cui compiti specifici risulta quello di Referente Clinico della Casa della Salute di riferimento.

Rispetto alla promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle case della salute la situazione attuale è la seguente: presenza di una medicina di gruppo accanto i locali della Casa della Salute di Borgonovo Val Tidone (entrambe le realtà lavorative sono ospitate all'interno dell'ex Ospedale civile di Borgonovo), di un primo ambulatorio di MMG per tre Medici di Medicina Generale presso la casa della salute di S. Nicolò.

Nelle Case della Salute come livello comune di offerta per la popolazione di riferimento si concentra tutta la produzione territoriale. I suoi contenuti sono eterogenei e vasti quanto lo spettro dei servizi inclusi nell'offerta del nostro territorio:

specialistica ambulatoriale in particolare quella a più diffuso consumo, e quella prevista dai percorsi di cura per pazienti complessi e dai PDTA aziendali per le cronicità; CUP- sportello unico, servizi di accoglienza/orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali; sistema di connessione da e per l'ospedale; sistema di facilitazione all'accesso al fascicolo sanitario elettronico; medicina generale e pediatria di libera scelta – organizzati in NCP, medicine di gruppo o single practice; pediatria di comunità; consultorio – area Materno-Infantile; assistenza domiciliare; salute mentale (CSM); ambulatorio neuropsichiatria infanzia e adolescenza; servizi di Sanità Pubblica; punto prelievi; interventi di prevenzione e promozione della salute; ambulatorio integrato per la cronicità a gestione infermieristica.

Inoltre ogni Casa della Salute attiva presenta delle specificità e una qualificazione di offerta che la caratterizza sia come singola sede sia come hub- spoke. Ad esempio nella casa della salute di S. Nicolò è attivo il punto di continuità assistenziale e l'ambulatorio infermieristico per prestazioni programmate e /o libero accesso. A Borgonovo è presente il Sert DP ambulatorio per le dipendenze patologiche a valenza distrettuale.

Le Case della Salute sono il luogo ideale per sviluppare la medicina di iniziativa quale modello assistenziale che possa intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento.

L'Accordo incentivante anni 2018-2020/Cronicità e Medicina d'iniziativa, prevede con riferimento al Piano Nazionale Cronicità ed al documento aziendale, la presa in carico progressiva e graduale dei pazienti cronici secondo medicina proattiva a partire dal PDTA del Diabete Mellito e a seguire da tutte le altre principali cronicità (BPCO, Scompensazione cardiaca, demenze, etc.) una volta che il relativo PDTA sia stato validato dai tavoli tecnici di cui fanno parte i MMG referenti aziendali. In relazione ai percorsi multidisciplinari, che prevedono integrazione tra i servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, nel corso del 2017 è stato attivato e rendicontato per tutte le Case della Salute il PDTA diabete; verranno licenziati nel 2018 anche il PDTA della BPCO e dello Scompensazione Cardiaca. Relativamente al PDTA Diabete si precisa che in tutte le CdS del Distretto di Ponente (Borgonovo Val Tidone e S. Nicolò) comprese in quella programmata (Bobbio) sono state messe in atto le modalità organizzative necessarie a far fronte alla chiamata attiva ed alla implementazione della medicina d'iniziativa, compreso il potenziamento della specialistica di percorso con in alcune occasioni un arricchimento dell'offerta sanitaria (presenza fisica ad esempio dello Specialista diabetologo) ed in altri casi con la fornitura a tutte le CdS, comprese le programmate, di apparecchiature per la

	<p>trasmissione in remoto di esami strumentali (ECG e Spirometri adatti per la trasmissione degli esami).</p> <p>In riferimento all'implementazione dei contenuti delle nuove indicazioni regionali nelle CdS (DGR 2128/2016), è stata approvata la graduatoria relativa all'avviso interno per l'attribuzione di funzioni di coordinamento proprie della figura di "Responsabile Organizzativo della Casa della Salute", e la Direzione delle Professioni sanitarie ha progressivamente provveduto alla nomina dei Responsabili. Pertanto ogni Casa della Salute, comprese quella in programmazione di Bobbio ha un referente organizzativo.</p> <p>I Referenti organizzativi delle Case della Salute, tra le loro funzioni hanno anche quella di coordinare il board gestionale-organizzativo, insieme al Responsabile delle Case della Salute referente del Dipartimento delle Cure primarie.</p> <p>In tutte le CdS compresa quella programmata di Bobbio, sono stati attivati gli ambulatori infermieristici per la presa in carico proattiva e la gestione integrata dei pazienti cronici. Il Piano di organizzazione e sviluppo della AUSL di Piacenza, considera l'ambulatorio infermieristico un elemento organizzativo fondamentale della Casa della Salute, prevedendo la sua presenza in tutte le CdS e attribuendo all'ambulatorio diverse funzioni, che comprendono l'accoglienza, la presa in carico dei cittadini dei territori afferenti alle singole CdS, nonché la presa in carico proattiva dei pazienti cronici secondo quanto previsto nei singoli PDTA.</p> <p>In riferimento al programma formativo regionale nelle case della salute è stata proposta per il progetto casa lab- laboratorio regionale per l'integrazione multiprofessionale la Casa della Salute di Borgonovo Val Tidone.</p> <p>Nel prossimo triennio occorre mettere a sistema quanto finora realizzato, svilupparlo, promuoverlo e articolarlo, superando elementi di criticità che possono rallentare o indebolire il ruolo demandato alle Case della Salute nel territorio di Ponente.</p> <p>Lo sviluppo delle Case della Salute va inoltre coordinato e collegato ad altre iniziative in atto (tipo il progetto Montagna Solidale), oltre che con l'azione dei servizi sociali nell'intero territorio.</p> <p>In particolare il progetto montagna solidale, è rivolto agli anziani over 74 residenti in frazioni di montagna, tale progetto punta a individuare, attraverso la valutazione di un'equipe multidisciplinare domiciliare, persone con bisogni di tipo assistenziale sanitario e sociosanitario non ancora in carico ai servizi.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Tutta la popolazione presente nel territorio.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ proseguire con l'attivazione della Casa della Salute programmata di Bobbio con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria secondo le priorità che ivi saranno definite;</li> <li>☐ formare il personale delle Case della Salute e gli operatori sociosanitari che si interfaceranno con esse per diffondere e implementare i contenuti delle indicazioni regionali e diffondere la culturale dell'integrazione sociosanitaria e dei servizi di prossimità; in sinergia con i Comitati Consultivi Misti promuovere nell'ambito di quanto definito nella scheda Health Literacy nelle Case della Salute un percorso formativo rivolto ai componenti delle associazioni locali e ai cittadini per garantire la presenza di volontari formati nel percorso di accoglienza, orientamento e accesso alle Case della Salute.</li> <li>☐ proseguire nell'implementazione di progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del Piano Regionale della</li> <li>☐ Prevenzione;</li> <li>☐ avviare gli ambulatori prestazionali programmati nelle case della Salute dove non sono ancora presenti e contestualmente potenziare gli ambulatori per la cronicità con l'implementazione di nuovi percorsi specifici di supporto al paziente cronico, oltre al PDTA diabete già attivato quelli relativi ai pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco che saranno licenziati entro il 2018 e TAO/NAO);</li> <li>☐ -sviluppare, per quanto attiene all'ambito Demenze, un PDTA in stretto raccordo con gli operatori territoriali, che attraverso il tavolo di confronto attivato coinvolga oltre agli operatori Ausl anche quelli dei servizi sociali distrettuali; Tale percorso potrebbe definirsi PDTA-S, in cui oltre alla procedura e alle interfacce più sanitarie della presa in carico, si evidenzia come necessaria l'estensione del percorso anche ai nodi della rete socio sanitaria territoriale locale;</li> </ul>

	<p>☐ promuovere il ruolo e la funzione delle Case della Salute con iniziative di comunicazione al cittadino adeguate, efficaci e mirate;</p> <p>☐ promuovere negli operatori socio-sanitari e in particolare nei medici di medicina generale, atteggiamenti costruttivi e facilitanti per la promozione delle Case della salute nel territorio;</p> <p>☐ valorizzare il ruolo dei ROCS (responsabili organizzativi delle Case della Salute) come agenti di rete e di integrazione sociosanitaria;</p> <p>☐ valorizzare all'interno delle Case della Salute il ruolo del caregiver, in particolare per il PDTA-S DEMENZE con iniziative e corsi di formazione ad hoc;</p> <p>☐ sviluppare la rete dei Centri Disturbi Cognitivi Distrettuali e delle attività ambulatoriali nelle Case della Salute;</p> <p>☐ avviare percorsi partecipativi, per costruire le Carte dei Servizi partecipate insieme ai cittadini, al mondo del volontariato e terzo settore, e progettare azioni condivise con il contesto locale di riferimento sui temi di salute e di contrasto all'isolamento;</p> <p>☐ individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute;</p> <p>☐ implementare la rete a partire dai punti di distribuzione diretta dei farmaci del territorio;</p> <p>☐ implementare la specialistica ambulatoriale in particolare quella a più diffuso consumo, e quella prevista dai percorsi di cura per pazienti complessi e dai PDTA aziendali per le cronicità;</p> <p>☐ investire nel rafforzamento delle risorse umane dedicate sia per quanto attiene alle figure infermieristiche con incremento della dotazione organica infermieristica in modo da garantire in tutte le cds la presenza infermieristica 8-18, che per quanto riguarda la qualificazione di operatori socio sanitari con funzioni di raccordo con la rete di servizi del territorio; Individuazione nuovi ruoli e funzioni aree infermieristiche per la presa incarico degli assistiti (case manager PDTA, infermiere esperto cure primarie);</p> <p>☐ individuare figure sociali (assistenti sociali) in raccordo con la rete dei servizi, concordando percorsi e procedure con l'Ufficio di Piano, da inserire nelle Case della Salute, che possano avere competenze specifiche nell'ambito delle valutazioni di secondo livello UVM e possano sviluppare il raccordo famiglia-badante (implementazione Albo Badanti, iniziative formative caregivers ecc.). Particolare attenzione sarà dedicata a non creare sovrapposizioni o duplicazioni di funzioni con i servizi sociali territoriali e il loro ruolo.</p> <p>☐ promuovere l'attivazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei cittadini anche attraverso la presenza degli operatori URP aziendali nelle Case della Salute.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Elementi di trasversalità/ integrazione</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. stretto raccordo tra Ausl ed Enti locali nella pianificazione delle attività delle Case della Salute;</li> <li>2. promozione della partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, singoli cittadini);</li> <li>3. assidua collaborazione con i servizi sociali nell'accesso e presa in carico;</li> <li>4. realizzazione di un programma formativo multidisciplinare (nell'ambito sanitario e sociale) con partecipazione delle Comunità locali.</li> </ol>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>AUSL Distretto di Ponente</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Dr. Gaetano Cosentino</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

Totale preventivo 2018: € 5.000,00

- Altri fondi regionali : 5.000,00 €

---

## Indicatori locali: 4

---

### 1°: 1. evidenza del livello di realizzazione

**e programmazione delle Case della Salute nei singoli territori (report annuale monitoraggio con evidenza dei percorsi integrati, aree di intervento e n° ambulatori infermieristici;)**

**Descrizione:** numero delle case della salute programmate e realizzate

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 2016 e anni precedenti n.2 realizzate - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Programmata n.1

- **Obiettivo 2019:** Programmata n.1

- **Obiettivo 2020:** Realizzata n. 1

### 2°: 2. evidenza dell'impatto delle Case

**della Salute sulla popolazione e sui professionisti (progetto regionale di valutazione);**

**Descrizione:** progetto regionale di valutazione dell'impatto delle case della salute sulla popolazione

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Sì

- **Obiettivo 2020:** Sì

### 3°: 3. evidenza di iniziative di

**programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi;**

**Descrizione:** Np

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 4°: 4.

**evidenza del percorso formativo regionale realizzato nelle Aziende Sanitarie.**

**Descrizione:** n. azienda sanitarie partecipanti al percorso formativo regionale sul totale delle aziende sanitarie

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd



## CASE MANAGER PER UTENZA MULTIPROBLEMATICA: Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizioni 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	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL DI PIACENZA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutela della salute di particolari fasce deboli (anche in un'ottica di tutela della salute pubblica e riduzione di condotte illegali)</li> <li>Riduzione e contenimento della marginalità sociale e sostegno alla inclusione sociale per una fascia di popolazione di particolare gravità clinica e fragilità sociale.</li> </ul>
<b>Descrizione</b>	Il SerT di Ponente garantisce, da anni, in collaborazione con la Cooperativa L'Arco di Piacenza l'apertura di spazi ambulatoriali festivi e presenze di case-manager per casi selezionati.
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utenti con dipendenza per cui si ritiene opportuno uno stretto monitoraggio clinico per le terapie quotidiane date le condizioni di marginalità, mancanza di riferimenti familiari, condotte illegali, ecc...</li> <li>Utenti con bassa capacità di gestire le normali relazioni quotidiane e che necessitano di un accompagnamento e tutoraggio plurisettimanale</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apertura festiva, in fasce orarie determinate, di un ambulatorio per la distribuzione e la somministrazione di terapia per garantire la assunzione puntuale delle terapie quotidiane a utenti per i quali non sia possibile consegnare affidi (condizioni di mono-familiarità, utenti in transito, mal uso o elevato rischio di spaccio, ecc..). Questo determina la necessità di garantire la somministrazione della terapia anche nelle giornate festive.</li> <li>Incarico ad un operatore adeguatamente formato (case manager) per il tutoraggio specifico di utenti di particolare gravità clinica e fragilità, all'interno di progetti individualizzati. I progetti hanno l'obiettivo di favorire la fruizione di possibili spazi di socialità e ridurre /evitare la marginalità e la devianza.</li> </ul> <p>Questo prevede un supporto plurisettimanale, compreso il domicilio e i luoghi di normale attività, ad alcuni utenti individuati dalla equipe..</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche abitative, di sostegno al reddito, di reinserimento lavorativo e sociale
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	SerT Ponente, Cooperativa "L'Arco" di Piacenza.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Maurizio Avanzi

<b>Risorse non finanziarie</b>	Personale ASL attualmente impiegato: 1 dirigente medico, 1 assistente sociale, 1 educatore prof.le, soggetti del volontariato e del privato sociale.
--------------------------------	--

---

**Totale preventivo 2018: € 11.000,00**

---

- AUSL : 11.000,00 €

---

## Indicatori locali: 2

---

### **1°: Attività ambulatoriale**

**Descrizione:** Apertura ambulatori nelle giornate festive

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 2 ore settimanali
- **Obiettivo 2019:** Mantenimento attività se finanziata
- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività se finanziata

### **2°: Attività di case-manager**

**Descrizione:** Accompagnamento/tutoraggio per pazienti di particolare gravità clinica nelle attività previste dal progetto personalizzato

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 12 ore settimanali
- **Obiettivo 2019:** Mantenimento attività se finanziata
- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività se finanziata

# CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA

Approvato

## Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La Regione Emilia-Romagna – tramite le Aziende sanitarie locali – assicura servizi in grado di dare una risposta globale al bisogno di salute espresso dai cittadini. Dopo la gestione della fase acuta della malattia in ospedale, devono essere garantite la continuità assistenziale e la prossimità delle cure.</p> <p>La visione della Regione, assumendo il Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 (DM 70/2015), per la definizione delle reti delle Cure Intermedie, prevede lo sviluppo di una rete il più possibile integrata di servizi e strutture dedicate ai cittadini affetti da multimorbilità e fragili, con l’obiettivo di garantire la continuità dell’assistenza tra i diversi setting di cura, sulla base dell’intensità assistenziale.</p> <p>In questo contesto, è stata avviata da una parte la realizzazione delle Case della Salute, la organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione da ambito ospedaliero (dimissioni protette) e la riorganizzazione dei posti letto ospedalieri, nonché la previsione di posti letto di Cure intermedie. Inoltre nel territorio della provincia di Piacenza è già stata attuata la trasformazione del presidio ospedaliero di Bobbio in Ospedale di Comunità, con un ruolo di cerniera tra l’ospedale e il territorio.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Tra i servizi e le strutture caratterizzanti le Cure Intermedie, un ruolo importante rivestono gli Ospedali di Comunità.</p> <p>Il 2017 è stato il primo anno di funzionamento del nuovo OsCo di Bobbio. Trattandosi di una conversione da stabilimento ospedaliero, sono ancora in corso le modifiche e gli aggiornamenti dei percorsi di presa in carico, in particolare per i pazienti con proposta di ricovero da UVM, che risultano ancora una esigua minoranza (&lt;1%). Si evidenzia, anche qui, che la trasformazione è avvenuta in accordo con la CTSS provinciale, che ha approvato il Piano di riorganizzazione della Sanità piacentina (vedi scheda 2).</p> <p>L’Ospedale di Comunità di Bobbio, mantiene sostanzialmente inalterate le proprie caratteristiche. In base alla normativa nazionale e regionale, infatti, l’OsCo è una struttura con 15-20 posti letto che si può collocare all’interno di strutture ospedaliere che riorganizzano una parte delle funzioni assistenziali, valorizzando il ruolo del personale infermieristico; l’assistenza medica è assicurata da medici dipendenti, dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta. La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni, e comunque non superiore alle 6 settimane. I pazienti eleggibili al ricovero in OsCo sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pazienti anziani provenienti da struttura ospedaliera (per acuti o riabilitativa) che hanno concluso il percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma che richiedono assistenza infermieristica continuativa</li> <li>-Pazienti fragili e/o cronici provenienti da domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente che, comunque, non necessitano di ricovero per acuti</li> </ul>

	<p>-Pazienti che richiedono assistenza infermieristica nelle ADL: necessità di formazione del paziente e del caregiver prima del ritorno a domicilio</p> <p>-Pazienti che necessitano di riattivazione motoria o di supporto riabilitativo-rieducativo respiratorio o di altro organo/distretto.</p> <p>L’OsCo di Bobbio ha 24 posti letto. Le caratteristiche dell’assetto organizzativo e funzionale della struttura esprimono alcune specificità, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• peculiarità derivanti dal profilo di domanda assistenziale</li> <li>• gestione della patologia con carattere di acuzie, in collaborazione/integrazione con PPI e 118</li> <li>• mantenimento e l’implementazione della funzione riabilitativa</li> <li>• affidamento della gestione clinica all’equipe medica e infermieristica afferente alla Medicina del Distretto Ponente</li> <li>• accresciuto ruolo della Medicina del Territorio, in termini di relazioni funzionali evolute e di stabile collaborazione con le Cure Primarie.</li> </ul> <p>Nel percorso compiuto nella riorganizzazione è stato centrale il tema dell’integrazione Ospedale /Territorio con la riformulazione dell’assetto organizzativo (OSCO), ricorrendo all’introduzione di figure professionali specificamente competenti quale il Case manager di struttura, formati ad hoc.</p> <p>Fondamentale è stata la rimodulazione della tipologia dei pazienti assistiti nel rispetto della domanda prevalente nella media-alta Val Trebbia, con l’avvio di percorsi di integrazione con le cure primarie e l’area territoriale, nonché in stretta collaborazione con gli MMG e le e altre professioni (Infermiere, tecnico di riabilitazione, assistente sociale).</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>I pazienti prevalentemente con patologie croniche provenienti da struttura ospedaliera o dal domicilio, anche in condizione di bisogno di assistenza infermieristica continuativa.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Le cure intermedie devono garantire al paziente complesso o non autosufficiente l’adeguata intensità assistenziale, in un ambiente non ospedaliero, protetto e personalizzato, maggiormente rispettoso della riservatezza e della possibilità di mantenere un rapporto di consuetudine quotidiana con la famiglia. Le cure intermedie, come struttura extraospedaliera residenziale temporanea, sono da prevedere in tutti e tre i Distretti o presso gli stabilimenti ospedalieri afferenti o presso idonee aree di strutture sociosanitarie accreditate a elevata intensità assistenziale.</p> <p>Si procederà nel corso del 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- allo studio di fattibilità dell’anello di congiunzione “cure intermedie a gestione infermieristica”, al fine di completare i percorsi avviati volti all’assistenza ai pazienti a domicilio, in alternativa al ricovero ospedaliero o a completamento di un percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale, o come funzione di supporto alla dimissione protetta;</li> <li>- al monitoraggio ed eventuale ripuntualizzazione modalità di accesso, organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione da ambito ospedaliero (dimissioni protette);</li> <li>- al monitoraggio servizi e strutture dedicate a soggetti affetti da multimorbilità e fragili, con l’obiettivo di garantire la continuità dell’assistenza tra i diversi setting, sulla base dell’intensità assistenziale;</li> <li>- coinvolgimento dei MMG per nucleo di cure primarie;</li> <li>- consolidare servizi presso OsCo Bobbio.</li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le scelte e le azioni relative al percorso si realizza in accordo con la Conferenza Sociale e Sanitaria Terri-toriale;</li> <li>- partecipazione della Comunità (associazioni di pazienti, di volontariato);</li> <li>- coinvolgimento dei Servizi Sociali Territoriali</li> </ul>
<p><b>Referenti dell’intervento</b></p>	<p>Dr.ssa Mirella Gubellini, Direttore Assistenziale dell’Ausl di Piacenza</p>

Risorse non finanziarie
-------------------------

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

## Indicatori locali: 5

---

**1°: 3.1. evidenza di una  
analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di  
Comunità e mappatura posti letto**

**Descrizione:** mappatura delle strutture per la potenziale  
apertura di OsCO nell'ambito della restituzione aziendale di verifica degli  
obiettivi

**Tipo:** S | N

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

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

**2°: 3.2.A evidenza dei percorsi di  
raccordo fra ospedale e territorio**

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

**Tipo:** Numerico

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

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

**3°: 3.2.B evidenza dei percorsi di raccordo  
fra ospedale e territorio**

**Descrizione:** tipologia dei percorsi attivati

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**4°: 3.3 A Valutazione di impatto del modello  
organizzativo OsCO**

**Descrizione:** Valutazione degli esiti di salute del modello  
organizzativo OsCO: n. ricoveri inappropriati

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**5°: 3.3 B Valutazione di impatto del modello organizzativo OsCO**

**Descrizione:** Valutazione degli esiti di salute del modello organizzativo OsCO: n. re-ricoveri in salute

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Dati semestre 2017:- 209 (patologia cronica riacutizzata)

- 298 (re ricoveri in ospedale a 30 giorni dalla dimissione - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

## Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti

Approvato

### Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>B;C;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Da tempo sono noti gli effetti prodotti da determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute. Le persone e il loro vissuto sono espressione di caratteristiche sociali, economiche, demografiche o geografiche che possono rendere più acute disuguaglianze di salute, nell'accedere ai servizi, nell'utilizzarne le risorse, nella possibilità di mantenersi in salute. Molto è stato fatto per sensibilizzare e trovare linee di contenimento di tali determinanti, che a partire dall'agire organizzativo, quindi all'interno dei processi di lavoro, possano quotidianamente trovare spazi di realizzazione.</p> <p>In particolare si fa riferimento ai recenti Piani regionale di Prevenzione, al documento aziendale Piano Programma per i contrasto delle disuguaglianze, all'individuazione sin dal 2012 di un Referente Aziendale equità, con l'avvio di gruppi di lavoro per iniziare a diffondere una nuova cultura dell'Equity Management a livello aziendale.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Offrire nuovo impulso alle politiche aziendali in ordine al tema in oggetto, promuovendo comportamenti pro-attivi e diffondendo strategie di equità, nonché valorizzando il ruolo del coordinamento aziendale, Board dell'Equità, attraverso l'incentivazione della diffusione di nuovi strumenti e metodologie di lavoro equity oriented, quali l'Health Equity Audit (vedi anche collaborazione con il gruppo regionale dei referenti equità), per garantire maggiore consapevolezza e coerenza tra l'evidenza dei dati sulle iniquità e le azioni messe in campo, in ordine a differenze territoriali, culturali, di genere, età, etc...nei principali PDDTA e/o progetti aziendali.</p>
<b>Destinatari</b>	La popolazione tutta, con particolare attenzione alle categorie maggiormente vulnerabili
<b>Azioni previste</b>	<p>A livello aziendale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rinnovo del Referente aziendale dell'equità e attivazione del Board aziendale sull'equità</li> <li>- adozione aziendale del Piano delle Azioni sull'equità</li> <li>- implementazione per almeno due progetti trasversali e sperimentali, dell'approccio proteso al raccordo delle attività assunta con metodologie Equity Assessment</li> <li>- Azioni formative a supporto della diffusione della cultura dell'equità</li> </ul> <p>A livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione degli strumenti equity assessment nel programma del Piano della Prevenzione Regionale attraverso coordinamento delle attività aziendali, formazione, supporto tecnico/metodologico</li> <li>- Piattaforme formative in tema di equità rispetto delle differenze e contrasto alle disuguaglianze, sia nei confronti degli utenti che degli operatori (L.R. 6/2014)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adozione di analisi epidemiologiche per valutare l'impatto di politiche e programmi in ordine al tema</li> <li>- Implementazione di sistemi di sorveglianza delle diseguaglianze, del benessere e della vulnerabilità in età infantile</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Costanza Ceda - DASS
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 8

### 1°: 11.1 A)

**presenza referenti aziendali equità e board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità**

**Descrizione:** presenza referenti aziendali equità

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

**2°: 11.1 B) presenza referenti aziendali equità e board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità**

**Descrizione:** presenza board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** Sì

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 3°: 11.2 Adozione

**del piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, prioritariamente orientate agli obiettivi strategici del piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione)**

**Descrizione:** applicazione di almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio

**Tipo:** S | N

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

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

**4°: 11.4**

**raggiungimento indicatori Piano regionale prevenzione in relazione a utilizzo strumenti di equity assessment**

**Descrizione:** raggiungimento indicatori Piano regionale prevenzione in relazione a utilizzo strumenti di equity assessment

**Tipo:** S | N

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

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

**5°: 11.5 evidenza di valutazione impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione tramite analisi epidemiologiche**

**Descrizione:** evidenza di valutazione impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione tramite analisi epidemiologiche

**Tipo:** S | N

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

- Obiettivo 2018: Nd
- Obiettivo 2019: Nd
- Obiettivo 2020: Nd

**6°: 11.6 B rilevazione dell'indicatore EDI (Early Development Instrument) su campione regionale e su campione distrettuale (almeno 1 x area vasta)**

**Descrizione:** Numero rilevazioni dell'indicatore EDI (Early Development Instrument) su campione distrettuale (almeno 1 x area vasta)

**Tipo:** Numerico

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

- Obiettivo 2018: Nd
- Obiettivo 2019: Nd
- Obiettivo 2020: Nd

**7°: 11.7 creazione di una piattaforma formativa**

**Descrizione:** creazione di una piattaforma formativa

**Tipo:** S | N

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

- Obiettivo 2018: Nd
- Obiettivo 2019: Nd
- Obiettivo 2020: Nd

**8°: 11.3 applicazione di almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio**

**Descrizione:** applicazione di almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio

**Tipo:** S | N

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

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

## FARE SISTEMA: UN NUOVO CONTENITORE PER TANTI CONTENUTI

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	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Comune di Castel San Giovanni</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Si</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il Distretto di Ponente da diversi anni sta affrontando, attraverso l'attivazione di progetti ed interventi mirati, gli effetti del proliferarsi della crisi socio-economica e lavorativa al fine di contenerne gli effetti di deriva sociale.</p> <p>Di recente, a supporto del suddetto impegno, si sono aggiunti i dispositivi regionali e statali di contrasto alla povertà e di avvicinamento al lavoro delle persone fragili e vulnerabili che rappresentano importanti strumenti di lavoro.</p> <p>Nel contempo anche l'aspetto d'integrazione con i servizi sanitari e specialistici si è modificato, allargandosi e modificandosi sia in senso qualitativo che quantitativo: più persone in età adulta necessitano di percorsi personalizzati socio-sanitari per il superamento di momentanee situazioni di difficoltà e bisogno e sempre più si vanno a sommare nello stesso individuo problematiche di fragilità sociale con il manifestarsi di disturbi di natura psico-patologica.</p> <p>Ci troviamo quindi di fronte ad una nuova realtà, ad un concetto di VULNERABILITA' della persona diffusa e trasversale sia per quanto riguarda le diverse fasce d'età e i cicli di vita di ognuno sia per quanto riguarda la popolazione nel suo complesso; siamo transitati da un'attenzione al DISAGIO al concetto di FRAGILITÀ per giungere poi a quello di VULNERABILITA'.</p> <p>Occorre ad oggi fare sistema, creare un nuovo e diverso contenitore che tenga insieme tanti contenuti, operando con sempre maggior attenzione su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- progettualità integrate e centrate sulla persona</li> <li>- coinvolgimento attivo della comunità .</li> </ul>
<b>Descrizione</b>	<p>Il progetto prevede che tutti gli interventi/azioni/dispositivi di contrasto alla povertà e sostegno/avvicinamento alla vulnerabilità/fragilità vengano messi in rete andando ad individuare percorsi operativi omogenei, integrati e condivisi da tutti gli operatori/servizi coinvolti: è pertanto necessario giungere all'utilizzo di medesimi strumenti di lavoro e ad una maggiore condivisione nelle fasi d'intervento.</p> <p>Ad oggi il Distretto di Ponente si è dotato di un'unica équipe integrata sia per quanto riguarda le misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES) che per l'avvicinamento al lavoro delle persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015); inoltre attraverso l'adesione al Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione" sono state potenziate ore di attività per n. 2 assistenti sociali e per n. 2 educatori da dedicare all'équipe integrata suddetta ma soprattutto per avere a livello distrettuale un supporto nell'applicazione dei dispositivi regionali e statali ed un potenziamento del sistema di accesso e presa in carico.</p>

	<p>Obiettivo nel triennio è quello di potenziare ulteriormente il numero delle assistenti sociali dedicate all'accesso e presa in carico nell'ambito dell'area povertà, creare un coordinamento distrettuale dedicato e un sistema valutativo omogeneo e strutturato.</p> <p>Rispetto all'individuazione di percorsi omogenei e condivisi si sono individuati i seguenti punti di attenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☐ un miglior governo delle risorse pubbliche</li> <li>☐ un'attenta valutazione sull'effettiva durata ed efficacia delle misure di sostegno alla povertà</li> <li>☐ un lavoro di sensibilizzazione/acculturazione del contesto sociale e di attivazione delle risorse comunitarie locali</li> <li>☐ un rafforzamento nei rapporti con il contesto produttivo e nel collegamento tra terzo settore, risorse economiche e servizi pubblici</li> <li>☐ una sperimentazione dei progetti relativi alle misure di contrasto alla povertà nell'ottica del superamento della frammentazione del progetto di vita</li> <li>☐ una maggior attenzione al benessere ed alla salute della persona nel proprio contesto di vita</li> </ul> <p>Allegati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. "PROGETTO SPERIMENTALE PER L'ATTUAZIONE DEL SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA (PON INCLUSIONE)"</li> <li>2. "PIANO INTEGRATO TERRITORIALE DEI SERVIZI PUBBLICI, DEL LAVORO, SOCIALI E SANITARI, AI SENSI DELLA LR 14/15"</li> </ol>
<b>Destinatari</b>	Cittadini, Operatori, Istituzioni e Rappresentanze Sociali
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimento équipe unica distrettuale (REI, RES, LR 14/2015)</li> <li>- Potenziamento accesso e presa in carico e qualificazione progetti educativi individualizzati</li> <li>- Avvio gruppo di lavoro per costruzione percorsi operativi omogenei</li> <li>- Avvio nuovo dispositivo per coinvolgimento comunità attiva</li> <li>- Avvio collaborazioni con terzo settore per progettualità specifiche distrettuali: fragilità famiglie e volontari "sentinella"</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche abitative, per il lavoro, per l'inclusione sociale
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sociali dei Comuni/Unioni, Servizi specialistici di integrazione socio-sanitaria (Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche); Privato Sociale (Associazioni di Volontariato, Cooperative Sociali)
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano e Referente Area Adulti
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane: assistenti sociali, educatori, operatori sportello, volontari

**Totale preventivo 2018: € 452.341,05**

- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **86.290,75 €**
- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **327.773,00 €**
- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **32.777,30 €**
- AUSL (FONDO SANITARIO REGIONALE): **5.500,00 €**

**Indicatori locali: 0**



## FONDO SOCIALE MOBILITA' 2018

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	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Comune di Castel San Giovanni (PC)</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	Applicazione DGR 1982/2015 e DGR 187/2016
<b>Descrizione</b>	Vedi Allegato
<b>Destinatari</b>	Vedi Allegato
<b>Azioni previste</b>	Vedi Allegato
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per il trasporto e per l'inclusione sociale
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/Unioni, Agenzia Seta s.p.a., OO.SS. CGIL, CISL e UIL
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano e Referente Area Adulti
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane: assistenti sociali, operatori sportello, impiegati agenzia di trasporti SETA

**Totale preventivo 2018: € 17.250,50**

- Altri fondi regionali (*FONDO SOCIALE MOBILITA'*): **11.006,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici (*RESIDUI ANNO 2017*): **6.244,50 €**

**Indicatori locali: 0**



Gruppo di sostegno per adulti di riferimento di adolescenti con esiti di esperienze sfavorevoli infantili (E.S.I., Felitti) parallelo al gruppo di psicoterapia per ragazzi (target clinico-sintomatico e pre-clinico/popolazione a rischio di psicopatologia e

Approvato

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

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

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Piacenza /U.O. ASSISTENZA PSICOLOGICA DI BASE</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il progetto s'inscrive nella categoria sia degli interventi terapeutici sia di prevenzione selettiva ed indicata per la popolazione nel target d'età 12-21 che presenta significativi fattori di rischio e/o segni prodromici di disfunzione, quando non già di franca patologia, così come indicato nelle Linee d'indirizzo 2016 "Percorsi di cura di salute mentale per adolescenti e giovani adulti con disturbi psicopatologici e/o del comportamento o significativi livelli di rischio", dai nuovi LEA 2017: art.24 (l, m, n), art. 25 (h), dalla campagna nazionale e regionale di prevenzione della violenza di genere e della correlata violenza assistita.</p> <p>I ragazzi e le ragazze a cui si propone hanno sperimentato esperienze sfavorevoli infantili e/o traumi da maltrattamento fisico, psicologico e/o abuso, varie forme di trascuratezza e abbandono (materiale, educativa, affettivo-emotiva).</p> <p>In letteratura è noto come tali circostanze di vita costituiscano fattori predisponenti allo sviluppo di psicopatologie e disturbi comportamentali [cfr. Linee Guida Regionali sul Maltrattamento e Abuso del 2013, Sroufe e altri del 2005: "la violenza fisica subita o assistita, l'abuso sessuale e la trascuratezza sono fattori altamente predittivi di esiti traumatici. Il maltrattamento intrafamiliare è frequentemente associato a pregresse esperienze sfavorevoli dei genitori che costituiscono un terreno per la trasmissione transgenerazionale dell'abuso", "l'abuso sessuale è collegato ad una vasta gamma di problemi di salute mentale: ansia, deficit d'attenzione, comportamento antisociale, aggressività, abuso di sostanze", "ogni forma di maltrattamento sembra essere correlata al comportamento antisociale ma il predittore più importante pare essere la storia d'indisponibilità psichica del genitore (trascuratezza emotiva)"].</p> <p>Il supporto in gruppo ai genitori/care givers si propone di rinforzare, attraverso il confronto, l'efficacia terapeutica dell'intervento sui ragazzi, di potenziare la resilienza del contesto relazionale e di aumentare le competenze genitoriali degli adulti che si prendono cura dell'adolescente nel quotidiano.</p> <p>Questo tipo di percorso si colloca in continuità con la filosofia del progetto P.I.P.P.I. che riguarda minori dagli 0 agli 11 anni, rappresentando idealmente l'estensione del dispositivo "gruppo di genitori" alla successiva fase evolutiva.</p>
------------------	---

<p><b>Descrizione</b></p>	<p>Il gruppo di psicoterapia per adolescenti accoglie sia soggetti fragili/a rischio che soggetti con disagio psicopatologico del tipo disturbo misto della condotta e della sfera emozionale, d'ansia, dell'umore, disturbo traumatico dello sviluppo (anche con disabilità in co-morbidità). Il progetto è da intendersi annuale, nel senso dell'anno scolastico.</p> <p>Si tratta di un gruppo terapeutico a tempo limitato (PGLT), omogeneo, ad orientamento integrato.</p> <p>Lo stile di conduzione, la focalizzazione degli interventi e l'obiettivo di rinforzo del Sé dei partecipanti fanno riferimento al modello GRF (Gruppo per la ripresa delle Funzioni) messo a punto dal gruppo del Cart di Milano che potenzia la resilienza individuale.</p> <p>La cadenza è settimanale, in orario pomeridiano, indicativamente dalle 15 alle 17.</p> <p>Le singole sedute sono organizzate in 3 fasi: 1. accoglienza, 2. attivazione, 3. restituzione e programmazione. Gli stimoli sono sia dialogici che esperienziali.</p> <p>La conduzione è affidata a due conduttori psicoterapeuti esperti dell'U.O.Assistenza Psicologica di Base, con la possibilità di coinvolgimento di uno psicologo in formazione come osservatore.</p> <p>La proposta di un trattamento in gruppo integra la presa in carico multidisciplinare di base dell'adolescente che di norma include sostegno alla genitorialità per gli adulti di riferimento, progetto educativo individualizzato, monitoraggio sociale e scolastico.</p> <p>Accanto al percorso dei ragazzi è previsto l'avvio di un parallelo gruppo di sostegno alle competenze genitoriali per gli adulti di riferimento (genitori naturali, genitori affidatari, educatori di comunità e territoriali, parenti con ruoli significativi), che può accogliere anche altri adulti i cui ragazzi non frequentino necessariamente il gruppo terapeutico ma che abbiano interesse e necessità di confronto in merito alla relazione con adolescenti in difficoltà.</p> <p>Il gruppo di sostegno alle competenze genitoriali dovrebbe avere cadenza quindicinale/trisettimanale in orario consono a favorire la maggior partecipazione possibile (sabato, orario tardo pomeridiano/pre serale/serale) ed essere affidato a due conduttori di cui uno di formazione psicologica e uno educativa/pedagogica, esperti di lavoro con i gruppi, di genitorialità fragile e di adolescenza.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Adulti di riferimento di adolescenti di età compresa tra 12 - 21 anni in carico all'U.O.Assistenza Psicologica di Base e ai Servizi Sociali di Tutela Minori. Si precisa che per quanto riguarda i casi complessi è possibile che i medesimi minori siano in carico anche all'U.O.N.P.I.A. (anche disabili) e/o al Ser.T..</p> <p>Adulti di riferimento di adolescenti intercettati dall'équipe distrettuale di psicologia scolastica o dal Centro per le Famiglie.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Definire precisi criteri d'inclusione ed indicatori di esito</li> <li>o Costruire percorsi d'invio su tutto il territorio distrettuale attraverso la collaborazione tra AUSL U.O.Assistenza Psicologica di Base (Tutela Minori e Consultorio Giovani), U.O.Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, U.O.Ser.T, Servizi Sociali territoriali, scuole secondarie di primo e secondo grado attraverso i consulenti psicologi scolastici che afferiscono all'équipe distrettuale di psicologia scolastica, Centro per le Famiglie;</li> <li>o Individuare ed allestire una sede distrettuale idonea per dimensioni, collocazione, fruibilità, privacy, accessibilità, in collaborazione con le Amministrazioni Comunali del distretto;</li> <li>o Stabilire calendari congrui alla quotidianità delle famiglie con adolescenti;</li> <li>o Concordare percorsi di accompagnamento e di sostegno alla motivazione e alla frequenza per gli adolescenti e gli adulti di riferimento (colloqui motivazionali/progetti educativi individualizzati/logistica degli spostamenti);</li> <li>o Selezionare, organizzare e condurre un gruppo di psicoterapia per adolescenti a cadenza settimanale da parte di due conduttori psicologi psicoterapeuti specificamente formati;</li> <li>o Selezionare, organizzare e condurre un gruppo di sostegno alle competenze genitoriali per gli adulti di riferimento dei partecipanti ed altri;</li> <li>o Aggiornare in itinere e restituire ai ragazzi, alle famiglie, agli inviati l'andamento e l'esito del percorso;</li> </ul>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Linee d'indirizzo regionali del 20.06.2016: "Percorsi di cura di salute mentale per adolescenti e giovani adulti con disturbi psicopatologici e/o del comportamento o significativi livelli di rischio"; LEA: art.24 (l, m, n), art. 25 (h), programma di prevenzione e contrasto regionale contro la violenza di genere e assistita, P.I.P.P.I., DGR 1102/2014;
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL U.O. Assistenza Psicologica di Base: Tutela Minori, Consultorio Giovani – Consultorio Familiare; [U.O. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; Ser.T.] Rete dei consulenti psicologi dell'équipe distrettuale di psicologia scolastica Centro
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dr.ssa Paola Frattola –U.O.Assistenza Psicologica di Base
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 2.047,35**

Risorse comunali: **2.047,35 €** di cui:

- Comuni del distretto di Ponente: **2.047,35 €**

**Indicatori locali: 3**

**1°: Sostegno in gruppo alla genitorialità relativa ad adolescenti con esperienze sfavorevoli infantili (ESI) come integrazione e potenziamento degli interventi già esistenti**

**Descrizione:** Attraverso il confronto paritario tra adulti coinvolti in relazioni significative con gli adolescenti, mediato da professionisti, ci si aspetta che aumentino le competenze in termini di:

-

Apprendimento relativo alle specificità del funzionamento

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Il supporto "standard" alla genitorialità è costituito da colloqui individuali e di coppia di tipo psico-educativo. - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Avviare il progetto

- **Obiettivo 2019:** Consolidare il progetto

- **Obiettivo 2020:** Strutturare il dispositivo all'interno dei percorsi socio-sanitari integrati

**2°: Sostegno e potenziamento della frequenza dei ragazzi al gruppo di psicoterapia**

**Descrizione:** Attraverso il coinvolgimento di tipo esperienziale degli adulti in un percorso gruppale parallelo a quello dei ragazzi ci si aspetta che i caregivers supportino emotivamente e fattivamente la partecipazione degli adolescenti alla terapia di gruppo, coordinandosi tra di loro per creare una rete informale, solidale e cooperativa

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Nella sperimentazione 2018 un aspetto cruciale è stata la logistica dei trasporti e degli accompagnamenti dei ragazzi da/per la sede del gruppo (S.Nicolò) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Avviare il progetto

- **Obiettivo 2019:** Consolidare il progetto

- **Obiettivo 2020:** Strutturare il dispositivo all'interno dei percorsi socio-sanitari integrati

### **3°: Valutazione dell'iniziativa da parte dei partecipanti**

**Descrizione:** Empowerment e partecipazione attiva e critica degli adulti coinvolti, chiamati ad esprimere una valutazione del servizio fruito e di contribuire in modo costruttivo al miglioramento del progetto

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Assenza nella pratica di routine di feed back strutturati da parte dei protagonisti (escluso il PIPPI che prevede questionari di valutazione della relazione di aiuto) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Avviare il progetto

- **Obiettivo 2019:** Consolidare il progetto

- **Obiettivo 2020:** Strutturare il dispositivo all'interno dei percorsi socio-sanitari integrati

## Health Literacy nelle Case della Salute

Approvato

### Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa  
27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

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

<b>Razionale</b>	<p>L'Health Literacy è correlata alla Literacy, e si riferisce alla conoscenze, motivazioni e competenze necessarie alle persone per accedere, capire, valutare e utilizzare le informazioni sulla salute, al fine di esprimere opinioni e prendere delle decisioni nella vita di tutti i giorni rispetto all'assistenza sanitaria, alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute, e di mantenere o migliorare così la qualità della propria vita. E' un'interpretazione innovativa della relazione tra paziente ed empowerment, e nasce dalla consapevolezza che gli interventi basati esclusivamente sulla comunicazione non sono riusciti ad ottenere risultati significativi. Nei setting sanitari, le informazioni sulla salute sono spesso inaccessibili, perché vi è una asimmetria tra il livello di literacy richiesto dai servizi sanitari e le reali competenze di literacy dell'adulto medio. La riflessione sull'Health Literacy ha portato, quindi, a sviluppare regole e strumenti specifici per facilitare la comprensione delle informazioni fornite agli utenti dei servizi sanitari.</p> <p>Nella recente esperienza dell'Ausl di Piacenza, un percorso partecipativo ha evidenziato come un luogo cardine per l'orientamento dei cittadini nell'accesso ai servizi sanitari sia costituito dalle case della Salute, realtà cui il cittadino accede più frequentemente rispetto ai reparti ospedalieri. In questo contesto, una delle azioni proposte e condivise con i cittadini che hanno partecipato al percorso è stata la realizzazione di carte dei servizi partecipate. La realizzazione di carte dei servizi partecipati, infatti, può facilitare l'orientamento dei cittadini attraverso vari fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riducendo il livello di Literacy richiesto per accedere ai servizi, grazie alla condivisione dei contenuti, del linguaggio e degli strumenti comunicativi, che potranno risultare maggiormente accessibili e ritagliati sulle esigenze della comunità;</li> <li>- contribuendo a formare cittadini di riferimento e volontari, maggiormente informati e pertanto in grado di incidere sulle modalità di funzionamento del sistema. Questi cittadini possono contribuire a incrementare i livelli di literacy della comunità di riferimento.</li> </ul> <p>Un aspetto particolare dell'health literacy, inoltre, riguarda la capacità degli operatori di aumentare la capacità di capire e accogliere le informazioni sulla salute anche in chiave preventiva. Rispetto a questo tema, si è registrata, negli scorsi anni, la positiva esperienza dei corsi di formazione sul modello transteorico del cambiamento, già proposti ai Responsabili Organizzativi delle Case della Salute, per i quali esiste un rodato sistema di monitoraggio di impatto.</p>
<b>Descrizione</b>	Ci si propone di attuare interventi per facilitare l'orientamento e l'accesso dei cittadini, e il loro livello di literacy.
<b>Destinatari</b>	Destinatari intermedi: personale sanitario e amministrativo operante presso le Case della Salute attive nell'Ausl di Piacenza, operatori sociali dei distretti, rappresentanti

	dell'associazionismo, Comitati consultivi misti, organizzazioni sindacali e liberi cittadini interessati all'organizzazione dei sistemi sanitari Destinatari finali: tutti i cittadini
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzazione di carte dei servizi partecipate, a supporto di azioni di orientamento, con il coinvolgimento realtà associative, Comitati Consultivi Misti, associazioni sindacali e singoli cittadini interessati, presso le Case della Salute, redatte coerentemente con i principi e le tecniche dell' "Health Literacy"</li> <li>2. Realizzazione di corsi sull' "Health Literacy" per tutto il personale sanitario e amministrativo delle Case della salute.</li> <li>3. Formazione sul modello transteorico del cambiamento e la comunicazione efficace (minimal advice) per promuovere corretti stili di vita per il personale afferente ad ambiti individuati come prioritari (i.e. 2018 ROCS; 2019 operatori sociali; 2020 personale degli ambulatori cronicità) e diffusione dell'utilizzo del sito web "Mappa della salute" (<a href="http://www.mappadellasalute.it">www.mappadellasalute.it</a>) come strumento per il collegamento con le opportunità del territorio a supporto del minimal advice.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Piano Regionale della Prevenzione: progetti 2.5 e 6.5
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl di Piacenza, Comuni, LILT, organizzazioni sindacali, Comitati Consultivi Misti, associazioni rilevanti negli ambiti territoriali delle Case della salute, LILT.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Giorgio Chiaranda Martina Croci
<b>Risorse non finanziarie</b>	Personale afferente all'U.O. Comunicazione e Marketing Personale dipartimento Cure Primarie (responsabili delle Case della Salute) Personale U.O. Epidemiologia e Promozione della Salute

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 10

### 1°: Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy

**Descrizione:** Realizzazione di almeno un evento formativo nell'anno

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

### 2°: N° professionisti sanitari formati in ogni azienda /totale dei dipendenti sanitari

**Descrizione:** N° cumulativo di professionisti sanitari formati/totale

sanitari (dipendenti e specialisti convenzionati)

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 113 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 32/2705

- **Obiettivo 2019:** 260/2705

- **Obiettivo 2020:** 350/2705

**3°: N° professionisti sanitari formati/totale sanitari dipendenti delle case della salute**

**Descrizione:** N° cumulativo di professionisti sanitari operanti presso le case della salute formati/totale sanitari operanti presso le case della salute (dipendenti e specialisti convenzionati)

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0/210 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 25/210

- **Obiettivo 2019:** 120/210

- **Obiettivo 2020:** 210/210

**4°: N° professionisti amministrativi formati su Health Literacy/totale dipendenti amministrativi**

**Descrizione:** N° cumulativo di professionisti amministrativi formati/totale professionisti sanitari dipendenti

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 11 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 16/330

- **Obiettivo 2019:** 19/330

- **Obiettivo 2020:** 25/330

**5°: N° professionisti amministrativi formati su Health Literacy/totale dipendenti amministrativi delle case della salute**

**Descrizione:** N° cumulativo di professionisti amministrativi operanti presso le case della salute formati/totale professionisti amministrativi operanti presso le case della salute

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0/14 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2/14

- **Obiettivo 2019:** 8/14

- **Obiettivo 2020:** 14/14

**6°: % professionisti formati sul modello transteorico del cambiamento negli ambiti individuati (2018 ROCS; 2019 operatori sociali; 2020 personale degli ambulatori cronicità)**

**Descrizione:** 2018: ROCS formati/ROCS totali  
2019: operatori sociali formati/tot. Operatori sociali  
2020 personale ambulatori cronicità formato/tot. Personale ambulatori cronicità

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 90%

- **Obiettivo 2019:** 40%

- **Obiettivo 2020:** 50%

**7°: N° eventi formativi aziendali sull'Health**

**Literacy con valutazione di impatto pre- e post- formazione con somministrazione di questionari**

**Descrizione:** N° eventi formativi aziendali sull'Health

Literacy con valutazione di impatto pre- e post- formazione realizzati nell'anno

**Tipo:** Numerico

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

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

**8°: N° case della salute in cui sono state realizzate carte dei servizi partecipate**

**Descrizione:** N° cumulativo case della salute in cui sono state realizzate carte dei servizi partecipate

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 4
- **Obiettivo 2020:** 7

**9°: Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno delle strutture sanitarie**

**Descrizione:** Realizzazione di almeno un intervento nell'anno in corso

**Tipo:** S | N

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

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

**10°: Verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione**

**Descrizione:** Realizzazione di almeno una verifica nell'anno in corso

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S
- **Obiettivo 2019:** S
- **Obiettivo 2020:** S

## Inclusione socio-lavorativa per persone con disturbo dello spettro autistico

Approvato

### Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Nel progetto di vita delle persone con disturbo dello spettro autistico, l’inserimento nel mondo del lavoro si pone come uno degli obiettivi principali da raggiungere per approdare all’età adulta, favorendo il consolidamento della propria identità, il rafforzamento dell’autostima, lo sviluppo dell’autonomia personale, l’indipendenza e l’inclusione sociale. L’esclusione dal mercato del lavoro rappresenta uno dei fattori più penalizzanti per la qualità di vita dei ragazzi autistici. Ostacola il diritto della persona alla partecipazione sociale e a una vita adulta dignitosa.</p> <p>Al termine del percorso scolastico, durante la transizione all' età adulta, per le persone con disturbo dello spettro autistico, mancano occasioni professionali che valorizzino le loro abilità.</p> <p>L’inserimento in un contesto lavorativo rappresenta una meta importante non solo per il giovane, ma anche per la sua famiglia e per la società.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Nell’ambito del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Autismo 0-30, dell’Ausl di Piacenza, la UOC Psichiatria di Collegamento si occupa della valutazione diagnostica e funzionale, della presa in carico della persona e della strutturazione di percorsi abilitativi, assistenziali, d’inclusione sociale e professionale flessibili, in rete con il Sistema Curante coinvolto nel progetto di vita della persona.</p> <p>L’inserimento nel contesto lavorativo viene promosso attraverso i tirocini formativi. Il progetto in continuità con gli interventi dell’anno precedente, prevede l’utilizzo della rete pubblico-privata per l’inclusione e l’integrazione socio-lavorativa di soggetti disabili e svantaggiati. La rete formalizzata comprende un insieme eterogeneo di Servizi che a loro volta mettono in atto interventi di supporto e individuano progetti personalizzati con finalità di inserimento e stabilizzazione lavorativa attraverso lo strumento del “TIROCINIO FORMATIVO” (L.REG. 7 del 19/07/13)</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Persone in carico al DSM e DP di Piacenza (Programma autismo), destinatari di un progetto individualizzato per il reinserimento socio-lavorativo, valutati in grado di sostenere un percorso di accompagnamento socio-educativo, per l’inserimento nel mondo del lavoro.</p> <p>Il programma autismo nella fascia 18-30 accoglie gli utenti inviati dalla neuropsichiatria al termine della scuola e gli utenti che per diversi motivi ricevono una diagnosi di autismo tardiva, spesso presentando anche comorbidità psichiatrica.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Il Percorso “AUTISMO 0/30” si avvale di progetti individualizzati per pazienti con Autismo ad alto e medio funzionamento sociale (livello 1 e 2 DSM V); prevede l’accompagnamento e il monitoraggio socio- educativo di personale dell’U.O.C. di Collegamento del DSM e DP. Tale</p>

	percorso prevede prioritariamente l' "Accompagnamento al lavoro attraverso TIROCINI FORMATIVI" per pazienti residenti nel Distretto in carico alla Psichiatria di Collegamento; utilizza percorsi di Tirocinio Formativo (fascia C e D) destinati a persone con diagnosi di Autismo per l'inserimento avanzato, nel mondo del lavoro.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche attive del lavoro</p> <p>Politiche formative</p> <p>Politiche sanitarie</p> <p>Politiche sociali</p> <p>Politiche per la riduzione delle disuguaglianze</p> <p>Politiche per favorire l'autonomia delle persone</p> <p>Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini e di contrasto allo stigma</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl Di Piacenza; Comune Di Piacenza; Provincia Di Piacenza
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Dr. Corrado Cappa Direttore dell'UOC Psichiatria di Collegamento-DSMeDP-Ausl Piacenza- c.cappa@ausl.pc.it Tel.0523/302521 cell. Az. 348/7702988</p> <p>Pedrini Paola, UOC Psichiatria di Collegamento-DSM eDP Ausl Piacenza - mail p.pedrini@ausl.pc.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 1

### 1°: Tirocini formativi attivati, in rapporto al finanziamento 2017

**Descrizione:** Attivazione di

TI.FO C e D

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Attivati 3 tirocini formativi nel 2017 i - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd



## INNOVAZIONE INTERVENTI AREA ANZIANI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Comune di Castel San Giovanni (PC)</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Si</b>
Aree	<b>A;C;E;</b>

<b>Razionale</b>	Garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarità; garantire l'equità all'accesso ai servizi e l'equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi.
<b>Descrizione</b>	GRUPPO DI LAVORO REGOLAMENTI AREA ANZIANI E DISABILI: creazione di un gruppo di lavoro formato da operatori e Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni/Unioni del Distretto di Ponente volto a redigere regolamenti uniformi e condivisi a livello distrettuale. Tali regolamenti saranno impostati sia per l'area anziani che per l'area disabili. PROGETTO BADANTI: valorizzare il lavoro di cura attraverso il censimento e la formazione delle assistenti familiari operanti sul territorio del distretto di Ponente. PROGETTO SENTINELLE: costruire sulla domiciliarità la filiera dell'innovazione sociale e promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema.
<b>Destinatari</b>	GRUPPO DI LAVORO REGOLAMENTI AREA ANZIANI E DISABILI: cittadini e servizi PROGETTO BADANTI: assistenti familiari e operatori PROGETTO SENTINELLE: anziani e disabili
<b>Azioni previste</b>	GRUPPO DI LAVORO REGOLAMENTI AREA ANZIANI E DISABILI: elaborazione nuovi regolamenti area anziani anno 2019, area disabili anno 2020. PROGETTO BADANTI: censimento assistenti familiari, formazione assistenti familiari/operatori, eventuale creazione di uno sportello dedicato ai caregiver. PROGETTO SENTINELLE: individuazione di figure sentinelle che possano monitorare le situazioni di fragilità presenti nel Distretto in raccordo con i Servizi Sociali con l'obiettivo di mantenere la domiciliarità delle persone stesse.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per l'inclusione sociale
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sociali dei Comuni/Unioni, Ufficio di Piano, Servizio Assistenza Anziani, Organizzazioni Sindacali, AUSL, Terzo settore, Volontariato
<b>Referenti dell'intervento</b>	Componenti Ufficio di Piano, Servizi Sociali
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**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	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	<p>Nel contesto del piano sociale e sociosanitario regionale, l'ICT (Information and Communications Technology) può aiutare a promuovere, con gli strumenti tecnologici di cui dispone, la partecipazione attiva alla società dell'informazione attraverso la pianificazione e il sostegno di una serie di iniziative fra vari settori. Inoltre, il forte legame tra organizzazione e strumenti informatici a supporto, investe l'ICT anche di un ruolo cardine nella progettazione dei processi.</p> <p>La Azienda USL di Piacenza ha intrapreso da tempo lo sviluppo di progetti nel cui ambito puntare alla medicina di iniziativa ed alla cogestione dei pazienti come strumenti attraverso i quali riuscire ad alzare la qualità del servizio sanitario e socio - sanitario e, quindi, della cura degli assistiti anche nei territori disagiati.</p> <p>La gestione dei pazienti prevede una organizzazione di servizi che vedono una intensa compartecipazione attiva di figure professionali, sanitarie e non, che collaborano all'interno della stessa organizzazione condividendo, oltre alla mission, anche le informazioni utili e le logiche di processo. In particolare, la collaborazione coinvolge sia gli specialisti aziendali che gli MMG, sia figure operanti all'interno delle Medicine di Gruppo che sul territorio e a domicilio. In questo modo, tutti i professionisti in grado di fornire il proprio contributo possono operare all'interno di logiche progettate per gli scopi specifici mettendo a fattor comune le sinergie e le competenze.</p> <p>Tra gli strumenti a supporto individuati, l'ICT svolge un ruolo importante e l'Azienda, coerentemente con le indicazioni RER, ha messo in atto un complesso progetto di potenziamento dell'informatizzazione partendo da analisi specifiche condotte nell'ottica di un unico obiettivo finale. Tutte le analisi, e le conseguenti progettazioni, hanno tenuto conto del forte legame tra informatizzazione e organizzazione nella gestione dei processi.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>"I Servizi di Telemedicina nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso della Regione Emilia Romagna" prevedono di erogare tali servizi a pazienti residenti in aree montane e affetti da malattie croniche, in via prioritaria attraverso le Case della Salute quale luogo privilegiato per la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e della continuità assistenziale." L'azione sperimenta particolari percorsi assistenziali, condivisi con i servizi di medicina generale, che prevedono l'impiego di strumenti di monitoraggio a distanza delle principali patologie croniche, prevenzione delle complicanze, gestione domiciliare delle terapie. Quanto descritto è realizzato per coprire tutto il territorio di competenza della Azienda USL di Piacenza, non solo della provincia ma anche in città, pur tenendo conto e valorizzando i punti di eccellenza e/o potenziando alcune aree sulla base delle sinergie messe in atto tra progetti differenti.</p>

	<p>All'interno di questi contesti, la Azienda USL di Piacenza ha dedicato molta attenzione ai percorsi cronici, in particolare ai PDTA.</p> <p>È stata istituita una rete, prima organizzativa e poi tecnologica ma sempre tenendo in forte considerazione l'approccio metodologico volto a disegnare contemporaneamente processi ed architettura tecnologica, che coinvolge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 11 Medicine di Gruppo</li> <li>- 12 Case della Salute distribuite su tutto il territorio provinciale.</li> </ul> <p>A dicembre 2017 sono conclusi i collaudi di 23 Elettrocardiografi, installato uno per ogni struttura aderente, in modalità integrata con i Sistema Informativo Aziendale e con la rete SOLE.</p> <p>In corso del 2018, è programmata una attività logicamente simile per altrettanti Spirometri in grado di funzionare in modo analogo agli elettrocardiografi.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Cittadini, Case della Salute, strutture residenziali e semiresidenziali, strutture territoriali, ADI, Infermieri della Cronicità, MMG, PLS, Specialisti aziendali, figure Amministrative aziendali.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Per tutte le strutture è stata implementata una serie di adeguamenti tecnologici sulla base di quanto previsto dai protocolli PDTA che la Azienda e i referenti del Territorio hanno redatto coerentemente con le indicazioni Regionali in merito. Sinteticamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento delle connessioni di rete dati ove necessario, sia a livello geografico che internamente alle strutture stesse. Sia presso le strutture aziendali che presso quelle non aziendali sono stati installati apparati di rete e sistemi aziendali atti a prolungare sul territorio i servizi individuati con la stessa qualità garantita all'interno dell'Azienda.</li> <li>• Implementazione degli applicativi dedicati agli ambulatori infermieristici, sia per i percorsi cronici che per gli accessi singoli</li> <li>• Adeguamento e configurazione dei necessari applicativi aziendali in uso sia dai dipendenti aziendali che, dietro opportuni contratti, da operatori non aziendali, in grado di supportare:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Prenotazione prestazioni SSN</li> <li>o Accettazione ed Esecuzione prestazioni SSN</li> <li>o Punti prelievo</li> <li>o Esecuzione di Elettrocardiogrammi ed invio del tracciato ECG rilevato ai centri di refertazione specialistici aziendali</li> <li>o Esecuzione Spirometrie ed invio dati ai centri di refertazione specialistici aziendali</li> <li>o Comunicazione bidirezionale tra Infermieri della Cronicità e MMG</li> <li>o Disponibilità referti redatti dagli specialisti aziendali, secondo le specifiche profilazioni, agli strumenti informatici di gestione documentale aziendali, agli MMG, al FSE.</li> </ul> </li> </ul> <p>Quanto brevemente descritto è in grado di erogare un supporto informatico di base per i PDTA di Diabete, Scompenso Cardiaco, BPCO e di essere la infrastruttura comune sia per ulteriori PDTA che per l'erogazione di prestazioni sanitarie in genere, tanto su tutto il territorio di competenza della Azienda USL di Piacenza quanto al di fuori di esso potendo interagire con altri strumenti di altre Aziende e regionali.</p> <p>Focalizzando l'attenzione sulla Telemedicina, il supporto ai PDTA comprende servizi che permettono la esecuzione sia di ECG che di Spirometrie in strutture dislocate sul territorio, di gestire la refertazione presso i centri di specialisti aziendali e la conseguente disponibilità dei referti agli interessati: il referto arriva direttamente nella Cartella Clinica Elettronica MMG ed al paziente su FSE grazie alla interazione con la rete SOLE RER.</p> <p>Inoltre, gli Infermieri ADI sono dotati di strumenti informatici aziendali dedicati attraverso i quali organizzano e rendicontano gli interventi ma anche in grado di essere utilizzati a domicilio. L'infermiere ADI, attraverso apposite penne elettroniche, rileva anche a domicilio quanto necessario. I contenuti sono sincronizzati con i DataBase ed i relativi applicativi informatici del Sistema Informativo Aziendale.</p> <p>La AUSLPC, nel frattempo e intanto che gli strumenti informatici di base sono comunque disponibili per come descritto sopra, ha intrapreso un progetto di informatizzazione specifica</p>

	<p>che punta ad erogare un supporto di alto livello, molto più evoluto di quanto disponibile attualmente agli operatori, a tutti i professionisti coinvolti nella cura del paziente cronico. Attraverso tale progetto, si sta implementando una Suite informatica in grado di gestire un flusso informativo completo e studiata dai gruppi di lavori multidisciplinari che sono stati coinvolti con la collaborazione della RER.</p> <p>In tale contesto, sarà possibile lo scambio bidirezionale, tra Azienda e Territorio, di tutte le informazioni previste dai protocolli PDTA ma anche la condivisione di funzionalità specifiche attraverso integrazioni funzionali tra sistemi differenti, aziendali e non.</p> <p>Lo strumento è pensato fin dall'origine per essere multipercorso e supportare contemporaneamente più percorsi cronici.</p> <p>La Suite in fase di implementazione prevede appositi strumenti di business intelligence in grado di permettere opportune indagini sui dati e garantire agli organi di controllo e di servizio quanto necessario al governo delle attività.</p> <p>Già nel corso del 2018 si prevede di avere a disposizione tale Suite in grado di poter supportare il PDTA Diabete relazionandosi con i principali strumenti di Cartella Clinica Elettronica in dotazione agli MMG.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	In ambito RER, è stata costruita una sinergia che permette, nel contempo, una costante verifica da parte degli organi regionali di quanto si sta implementando in Azienda che deve sempre essere nel rispetto delle indicazioni centrali ma garantisce anche ch
<b>Referenti dell'intervento</b>	Flavio Bisotti, U.O. Sistemi Informativi, Telecomunicazione e Reingegnerizzazione di processo
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 2

### **1°: % utenti seguiti, rispetto al totale di utenti con patologia cronica, beneficiari del servizio di Telemedicina nella zona disagiata**

**Descrizione:** Indicatore di dimensione

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### **2°: N. Pazienti gestiti con consulto in Telemedicina non esitati in trasferimento/Totali pazienti per i quali è stata utilizzata la Telemedicina**

**Descrizione:** Indicatore di efficacia

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd



## 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	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Comune di Castel San Giovanni</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	L'abitare si connota come fondamentale per l'inclusione sociale e in questi anni di forte crisi economica, è una priorità strettamente interconnessa con altre questioni fondamentali, quali le politiche del lavoro; la mancanza di lavoro o la modifica in senso deterioro di contratti di lavoro in essere influiscono negativamente sulla capacità di avere/tenere la casa e determina, aggrava o fa esplodere situazioni di forte vulnerabilità e di povertà.
<b>Descrizione</b>	Le domande di aiuto che arrivano dai cittadini ai servizi sociali, e in generale alle amministrazioni comunali rispetto al bisogno abitativo, sono in sintesi riferibili alle seguenti tipologie: - bisogni espressi da alcune categorie di cittadini di poter accedere ad abitazioni a costi sostenibili, inferiori a quelli di mercato ; - bisogni abitativi di persone che non sono in grado di far fronte ai costi delle locazioni, anche se inferiori a quelli di mercato, ma che potrebbero trovare una soluzione sufficientemente in grado di "tenere" solo in relazione a tipologie di alloggi a bassissimo costo (alloggi ERP); - bisogni abitativi di persone che non dispongono di alcuna entrata e che quindi non possono far fronte ad alcuna spesa (si tratta spesso di persone che necessitano anche di livelli più o meno intensi di supervisione, accompagnamento educativo, ecc.); - bisogni abitativi di persone che necessitano di forte supervisione, pur non essendo ancora idonei all'ingresso in strutture residenziali.
<b>Destinatari</b>	Persone in estremo disagio abitativo, senza abitazione o con difficoltà a reperire a canoni di mercato
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Costruzione a livello distrettuale di luoghi di incontro e di confronto tra soggetti pubblici (istituzioni), privati (associazioni proprietari) e rappresentanti di categoria (sindacati) per individuare, proporre, diffondere progetti di sostegno al tema dell'abitare (rivolti ai conduttori e ai locatori);</li> <li>Diffusione di sperimentazioni, prassi, progetti che sono stati realizzati in specifici territori e che sono stati utili a trovare risposte al tema dell'abitare e che possono essere replicati anche in altri contesti</li> <li>Accompagnamento all'abitare e mediazione sociale attraverso la collaborazione di Acer, gestore del patrimonio ERP dei Comuni del Distretto di Ponente, ed individuazione di un referente per ciascun condominio ERP che sia portatore delle richieste/sentinella dei bisogni e delle criticità.</li> <li>Azioni per l'emergenza abitativa in raccordo e sinergia con il Terzo Settore, al fine di individuare soluzioni abitative temporanee che consentano di mantenere l'unità del nucleo familiare in ipotesi di sfratto locativo, scongiurandone la disgregazione.</li> </ol>

	<p>5. azioni di contrasto al degrado e all'abbandono degli alloggi ERP, attraverso la figura del mediatore sociale e dell'agente accertatore che consentano di monitorare il rispetto delle regole di convivenza e del buon vivere civile, reprimendo condotte non rispettose;</p> <p>6. studio di fattibilità per la realizzazione di progetti di co-housing a favore di soggetti soli e di housing-sociale promossi da enti locali e da soggetti privati;</p> <p>7. Mappatura nei comuni del Distretto di Ponente del patrimonio immobiliare ERP sfitto e non utilizzato in quanto necessitante di interventi di recupero/manutenzione per promuovere in via sperimentale iniziative di auto – recupero da parte dei futuri destinatari degli alloggi, al fine di attivare percorsi di responsabilizzazione attraverso la “presa in carico” e la rimessa a valore del patrimonio pubblico.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche del lavoro
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni, Acer, Associazioni proprietari, Sindacati
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 1

### **1°: numero di famiglie presenti nelle graduatorie comunali per l'accesso all'ERP**

**Descrizione:** numero di famiglie presenti nelle graduatorie comunali

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 250 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 240

- **Obiettivo 2019:** 230

- **Obiettivo 2020:** 220

# LA PRESA IN CARICO SANITARIA DI PERSONE STRANIERE, A SOSTEGNO DI PERCORSI INTEGRATI DI INCLUSIONE ED EQUITÀ'

Approvato

## Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

<b>Razionale</b>	Per la popolazione straniera, anche per coloro non ancora regolarmente accolti sul territorio, l'accessibilità ai servizi sanitari rappresenta uno snodo strategico per garantire l'inclusione, l'equità oltre che la salute pubblica.
<b>Descrizione</b>	La Unità Operativa Semplice di Medicina delle Migrazioni del Dipartimento delle Cure Primarie garantisce la presa in carico sanitaria degli stranieri presenti sul territorio provinciale, anche qualora non ancora in regola con le norme sul permesso di soggiorno, garantendo, secondo il disposto del Testo Unico dell'Immigrazione (D.L. 286/98), le cure urgenti ed essenziali. Inoltre l'attività sanitaria si sviluppa, in correlazione con il contesto sociale, offrendo servizi per fasce definite di stranieri, anche in accordo con partner istituzionali.
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stranieri non in possesso di tessera SSN</li> <li>• Richiedenti asilo</li> <li>• Minori stranieri non accompagnati</li> <li>• Vittime di tratta all'interno del Progetto Regionale Oltre la Strada</li> <li>• Persone con vulnerabilità psicologica</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	<p>STRANIERI NON REGOLARMENTE SOGGIORNANTI O NON IN POSSESSO DI TESSERA SSN: La Unità Operativa Semplice di Medicina delle Migrazioni garantisce attività di medicina essenziale. In particolare il personale sanitario provvede all'emissione del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) che consente l'accesso alle cure urgenti ed essenziali secondo quanto previsto dal D.L. 286/98. L'attività sanitaria, con caratteristiche di accesso a bassa soglia, si sviluppa quindi nell'ambito della medicina generica ed offre la possibilità di accedere a diagnostica e specialistica di I e II livello, ove ritenuto necessario.</p> <p>RICHIEDENTI ASILO: l'obiettivo è quello di offrire ai migranti richiedenti asilo, ospiti dei CAS della provincia di Piacenza, il corretto percorso sanitario, secondo le indicazioni regionali e le linee guida nazionali. Dall'Hub regionale (Centro Mattei di Bologna), dove avvengono le prime attività sanitarie, una quota percentuale di richiedenti asilo viene trasferita ai CAS presenti sul territorio provinciale. Tutti i migranti, a seguito di un protocollo siglato tra AUSL di Piacenza, Questura di Piacenza, Prefettura di Piacenza e ASP Città di Piacenza, vengono valutati presso la UOS Medicina delle Migrazioni. In questa sede vengono eseguiti gli screening per malattie trasmissibili (Rx torace - quando non disponibile dall'hub-, Mantoux, prelievi ematici per infezione da HIV, epatite B, epatite C, sifilide) e viene avviato il calendario vaccinale. Viene</p>

	<p>inoltre offerta, in attesa del rilascio di tessera SSN, l'attività di medicina essenziale e il consulto per problematiche sanitarie intercorrenti.</p> <p>MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI: L'inserimento in comunità dei MSNA che pervengono sul territorio del Comune di Piacenza, di Castelsangiovanni, Borgonovo e Bilegno, nell'immediatezza dell'accoglienza, richiede l'esclusione di malattie trasmissibili e l'attivazione del percorso vaccinale. Pertanto, tutti i minori presenti nel sistema di accoglienza MSNA (inclusi i richiedenti asilo ospitati nella struttura di Bilegno) vengono sottoposti a valutazione medica iniziale presso la UOS Medicina delle Migrazioni e agli adempimenti necessari per escludere malattie trasmissibili (TBC, infezioni a trasmissione sessuale, parassitosi), inclusi prelievi ematici e intradermoreazione di Mantoux. Al termine dei controlli, se non si ravvisano necessità di ulteriori approfondimenti specialistici, tutti i ragazzi vengono avviati al ciclo vaccinale, secondo le indicazioni regionali. Per tutti i MSNA l'ambulatorio resta a disposizione per le attività di medicina essenziale, in caso di intercorrenti problematiche di salute, sino all'ottenimento della tessera SSN.</p> <p>VITTIME DI TRATTA ALL'INTERNO DEL PROGETTO REGIONALE OLTRE LA STRADA: con il Progetto regionale Oltre la Strada le persone che agiscono la prostituzione sono state identificate come estremamente vulnerabili alle infezioni sessualmente trasmesse, anche per la fragilità sociale che le caratterizza (irregolarità, sfruttamento, etc.). Dal 1998 è attiva una collaborazione tra la AUSL di Piacenza e il Comune di Piacenza per le attività di riduzione del danno all'interno del Progetto regionale Oltre la Strada. In particolare la UOS Medicina delle Migrazioni offre, oltre al rilascio del tesserino STP/ENI, necessario per fruire di cure urgenti ed essenziali, l'esecuzione di esami di screening per le malattie a trasmissione sessuale, le terapie (ove necessario), l'indirizzamento a strutture di II livello e il counselling per una corretta prevenzione.</p> <p>PERSONE CON VULNERABILITA' PSICOLOGICA: la vulnerabilità psicologica può essere una delle problematiche di salute di maggiore complessità, in particolare per persone straniere con scarsi riferimenti sul territorio e/o difficoltà linguistico culturali. Se non affrontata precocemente, la vulnerabilità psicologica può essere soggetta a cronicizzazione e sfociare in patologia squisitamente psichiatrica, con le conseguenti ricadute in termini di salute e collettività. Dal 2015, presso la UOS Medicina delle Migrazioni, è stato attivato uno sportello di supporto psicologico, specificamente dedicato ai richiedenti asilo e parzialmente finanziato con fondi FAMI 2016-2018. Attraverso questa attività è stato possibile prendere in carico persone con vulnerabilità legata al percorso migratorio, vittime di soprusi, abusi, violenze e torture, accompagnando i casi più clinicamente espressi al consulto e alla terapia psichiatrica. Dal Giugno 2018 questo servizio sarà esteso a tutti gli stranieri non titolari di tessera SSN, ivi incluse persone vittime di tratta (progetto Oltre la Strada)</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>AUSL di Piacenza, Comune di Piacenza, Questura di Piacenza, Prefettura di Piacenza, ASP Città di Piacenza</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>AUSL Dipartimento Cure Primarie</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>Personale impiegato: 1 dirigente medico, 1 infermiere professionale, 1 operatore socio-sanitario, 1 psicologo</p>

**Totale preventivo 2018: € 82.810,00**

- Fondo FAMI: 82.810,00 €

**Indicatori locali: 0**



## Medicina di genere nell'approccio alla malattia cronica

Approvato

### Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

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

<b>Razionale</b>	<p>La medicina di genere ed il suo progressivo approfondimento rappresentano un approccio innovativo alle disuguaglianze di salute a partire dalle condizioni predisponenti, dall'insorgenza ed evoluzione della malattia, dai sintomi, dalla diagnosi e prognosi fino ai trattamenti farmacologici e non. Tali disuguaglianze hanno radici non solo in una differente appropriatezza diagnostico-prescrittiva, ma hanno origine anche da disuguaglianze sociali, culturali, psicologiche, economiche e politiche. In particolare per quanto concerne le malattie croniche che estendono il loro impatto per tutta la durata della vita un approccio multidisciplinare alle malattie stesse, con uno sguardo alla differenza di genere, è argomento di grande attualità che coinvolge in modo trasversale diverse professioni e discipline sanitarie ma si affaccia anche su determinanti della salute più tipici dell'ambito sociale. La percezione dello stato di salute sta acquisendo una sempre maggior importanza sia nella valutazione dell'impatto che una determinata patologia ha sulla qualità di vita delle persone, che nel determinare gli obiettivi terapeutici per giudicare l'efficacia di uno specifico trattamento.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>In partnership con AIDM (associazione scientifica nazionale che partecipa alla stesura dei LEA) si vuole affrontare nella formazione e nella rilevazione dei dati quanto l'aderenza ai percorsi di cura in ambito di malattia cronica sia condizionata dalle differenze di genere. E' un dato che le malattie croniche, che colpiscono i singoli individui, possono compromettere la qualità della vita. La prevenzione e il controllo di queste malattie avviene, in primo luogo, attraverso la riduzione dei fattori di rischio comuni e modificabili e attraverso un'adeguata adesione ai percorsi di cura. Un approccio integrato alle malattie croniche non può dunque prescindere dalle differenze di genere perché diverso fra uomini e donne il comportamento nei confronti dei fattori di rischio individuali, così come diversi sono anche gli effetti dei determinanti impliciti dello stato di salute. In questo contesto acquista sempre maggiore importanza riuscire ad identificare quali siano le differenze di genere nella prevenzione, nel decorso della malattia e nel trattamento terapeutico per migliorare qualità di vita e benessere sia a livello individuale che sociale. L'attività da svolgere riguarda la formazione specifica degli operatori del settore con tempi e momenti definiti e calendarizzati e a seguire la rilevazione dei fattori di rischio predisponenti e la tipologia di adesione ai percorsi di cura delle patologie croniche negli ambulatori della cronicità delle case della salute o delle medicine di gruppo</p>
<b>Destinatari</b>	<p>I destinatari delle attività sono per la formazione professionisti sanitarie e sociali, per l'analisi dei comportamenti agiti i pazienti con malattia cronica accedenti ai percorsi di cura Aziendali.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Gli ambiti d'intervento da prevedersi sono cinque:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Formazione dei professionisti dei PDTA cronicità</li> <li>2) Rilevazione dei fattori di rischio distinti per genere</li> <li>3) Rilevazione dell'aderenza ai percorsi distinti per genere</li> </ol>

	4) Analisi dei dati per identificare azioni di accompagnamento idonee distinte per genere 5) Diffusione del dato scientifico rilevato
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Si ritiene che all'interno di questo approccio AIDM rappresenti un interlocutore privilegiato, in grado di rendere concreta l'opportunità di garantire una più appropriata diagnosi, cura ed assistenza alla popolazione con malattia cronica afferente ai percorsi di cura. La stessa società scientifica si fa portavoce a livello sovra-aziendale dei risultati raccolti
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL, Case della Salute, AIDM
<b>Referenti dell'intervento</b>	DCP
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 3

### 1°: Eventi formativi

**Descrizione:** Numero degli eventi formativi sulla medicina di genere nel corso dell'anno professionisti dei PDTA cronicità

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2
- **Obiettivo 2019:** 3
- **Obiettivo 2020:** 4

### 2°: Fattori di rischio

**Descrizione:** Rilevazione dei seguenti fattori di rischio per malattia cronica distinti per genere: età, BMI, attività fisica, fumo di sigaretta

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 50%
- **Obiettivo 2019:** 60%
- **Obiettivo 2020:** 70%

### 3°: Adesione ai PDTA diabete e BPCO

**Descrizione:** Numero dei soggetti aderenti al percorso distinto per genere

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 60%
- **Obiettivo 2019:** 70%
- **Obiettivo 2020:** 80%



## Miglioramento dell'accesso ai percorsi di emergenza urgenza

Approvato

### Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute per i cittadini è avere la garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie anche in condizioni di urgenza e massima complessità. In quest'ottica risulta fondamentale il miglioramento della presa in carico complessiva in condizioni di emergenza urgenza, attraverso la rete dei Pronti Soccorso, fatta anche di continuità assistenziale e PPI, punti di primo Intervento. La risposta 'in urgenza' è stata negli ultimi anni elemento di approfondimento e specializzazione, che oggi ci fanno interpretare le funzioni del pronto soccorso non solo come servizio ad alta specializzazione per gestire bisogni altamente complessi, ma anche come servizio di prossimità, di raccordo tra servizi sanitari in acuto e i servizi territoriali.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>In Provincia di Piacenza La rete dell'emergenza-urgenza è attualmente costituita da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UU.OO.CC. 118 e Pronto Soccorso (PS) di Piacenza</li> <li>- UU.OO.SS.DD. di PS di Fiorenzuola</li> <li>- UU.OO.SS.DD. di PS di Castel San Giovanni</li> <li>- Punti di Primo Intervento (PPI) di Bobbio e Farini</li> </ul> <p>La diversa caratterizzazione degli Ospedali messa in nuce dal piano strategico Futuro in Salute (vedi scheda 2) ha impattato inevitabilmente anche sulla rete dell'emergenza-urgenza. In particolare, gli obiettivi principali per questa area sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concentrare l'emergenza grave ortopedica e chirurgica a Piacenza (ictus, infarto miocardico, traumi gravi, urgenze vascolari e sanguinamenti del tratto gastroenterico), con centralizzazione primaria dei casi gestiti dal 118;</li> <li>- concentrare l'urgenza e l'emergenza pediatrica a Piacenza, secondo percorsi predefiniti e con criteri correlati anche all'età;</li> <li>- mantenere i PS di Fiorenzuola e Castel San Giovanni H24, appoggiandosi alle UU.OO. specialistiche di Piacenza per le urgenze più gravi, in un'ottica di rete. Saranno potenziate le capacità di rispondere alle esigenze del bacino di riferimento;</li> <li>- mantenere il PPI di Bobbio H24;</li> <li>- organizzare un supporto ai trasporti urgenti con strutturazione di ALS medicalizzati, dando risposta a criticità già presenti e dovute al fatto che i territori della Val d'Arda e della Val Tidone dipendono sostanzialmente dall'ALS medico di Piacenza.</li> </ul> <p>Inoltre: specificatamente in ordine al tema violenza, si è proceduto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• violenza contro gli operatori – insieme al servizio di Prevenzione e Protezione abbiamo messo in atto una serie di modifiche strutturali, quali telecamere... pulsantiere, allarmi, la presenza notturna di una guardia giurata, ma soprattutto si è iniziato percorso virtuoso di formazione agli operatori (in collaborazione con la regione – vedi anche scheda 25)) su come l'operatore possa rafforzare l'assunzione di atteggiamenti per prevenire forme di aggressione, etc ....</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violenza di genere: l'ausl con i comuni capofila, centro antiviolenza Associazione Città delle Donne – Telefono Rosa, Tavolo provinciale contro la violenza alla donna, CIPM sezione piacenza, stanno partecipando fattivamente al percorso di formazione “Accoglienza e assistenza nelle reti dei servizi di emergenza urgenza e nelle reti dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza”, finanziato con delibera n. 1890 del 29 /11/2017, con cui la Regione promuove interventi formativi a sostegno dell'implementazioni delle reti locali in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione
<b>Azioni previste</b>	<p>Come si può evincere dal Piano delle Azioni approvato dalla CTSS nel 2018, alla rete dell'emergenza urgenza sono assegnate diverse priorità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ il potenziamento di 2 équipe infermieristiche di pronta partenza per trasporti da ospedale a ospedale</li> <li>☑ Trasporti interni PS Castel San Giovanni</li> <li>☑ Potenziamento triage notturno PS Piacenza</li> <li>☑ PS pediatrico: 1 infermiere durante il weekend per iperafflusso (assenza PLS) - da venerdì notte a domenica notte + 1 oss notte 7gg su 7.</li> <li>☑ Incremento posti letto a disposizione della Medicina d'Urgenza</li> <li>☑ Turno notturno auto infermieristica sede PPI Farini 7gg su 7</li> </ul> <p>Ampliamento copertura elisoccorso per trasporti notturni (dipendente da approvazione Programma regionale: entro il 2019 previste 17 nuove aree di atterraggio)</p> <p>Inoltre,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valorizzare il ruolo dei Ps nei percorsi aziendali, di gestione della cronicità quali PDTA Diabete e BPCO, ma anche percorsi specialistici, come per esempio con il sert etc..., per cui , nel momento in cui si intercettano pazienti che sono in PS per un problema riconducibile a specifiche patologie , oltre ad assicurare cure urgenti, abbiamo percorsi che ci permettono dimissioni veloci ed appropriate</li> <li>- continuare gli investimenti di questi anni in tema di comunicazione e umanizzazione del percorso del paziente</li> <li>- continuare nell'implementazione collaborazioni con i CCM aziendali e con le associazioni di volontariato presenti in tutti i PS aziendali (esempio GAPS)</li> <li>- aggiornamento PDTA violenza di genere</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 4

1°: 33.1 A Produzione di linee d'indirizzo per migliorare accessibilità e gestione dei percorsi 33.1 A

**Produzione di linee d'indirizzo per migliorare accessibilità e gestione dei percorsi**

**Descrizione:** Produzione di linee d'indirizzo per migliorare e monitorare accessibilità

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**2°: 33.1 B**

**Produzione di linee d'indirizzo per migliorare accessibilità e gestione dei percorsi**

**Descrizione:** N.

di aziende che hanno adottato le linee di indirizzo per migliorare accessibilità/N. aziende sanitarie della RER

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**3°: 33.2 Presenza**

**di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovrappollamento, appropriatezza, ecc.)**

**Descrizione:** Definizione e realizzazione di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovrappollamento, appropriatezza, ecc.)

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**4°: 33.3.A**

**Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)**

**Descrizione:** N.

aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. aziende sanitarie della RER

**Tipo:** Testuale

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

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



# Nuovo calendario vaccinale e attività a 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	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La Regione Emilia-Romagna ha recepito il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-19) e ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in esso proposto che deve essere attuato dalle Ausl. In particolare, considerato l'impatto del nuovo calendario, per alcune vaccinazioni è stata garantita l'offerta attiva e gratuita a partire dal 2017, mentre per altre l'offerta sarà implementata nel corso del 2018, fermo restando che i vaccini previsti nel nuovo PNPV 2017-19 sono comunque tutti ricompresi nei nuovi LEA.</p> <p>L' Azienda Usl dovrà garantire, l'offerta attiva delle vaccinazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contro il meningococco B ai nuovi nati;</li> <li>• contro la varicella in età pediatrica;</li> <li>• contro il Papillomavirus HPV con l'avvio della chiamata attiva della coorte dei maschi 2006</li> <li>• contro lo pneumococco alla coorte dei 65enni;</li> <li>• contro il rotavirus ai neonati con fattori di rischio;</li> <li>• contro la pertosse agli adulti e alle donne in gravidanza.</li> </ul> <p>Nel corso del 2018 dovranno inoltre garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati (a partire dai nati dal 1-1-2018);</li> <li>• l'introduzione della quinta dose di vaccino antipoliomielite nell'adolescente, a partire dalla coorte dei nati nel 2005;</li> <li>• l'avvio dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni.</li> </ul> <p>Inoltre deve essere data piena attuazione a quanto previsto dalla legge nazionale 119/2017 e dalla Circolare regionale n. 13 del 22-12-2017 che fornisce indicazioni in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Descrizione Nel corso del 2018, come previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19, occorre mantenere l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro lo pneumococco ai 65enni. Il calendario vaccinale prevede prima una dose di vaccino coniugato 13 valente, seguita dopo un intervallo di tempo (2 mesi-1 anno), da una dose di vaccino polisaccaridico 23 valente.</p> <p>Tale vaccinazione viene eseguita dai MMG e prende avvio contestualmente alla campagna antinfluenzale. Prosegue poi l'offerta alle persone di qualunque età a rischio per patologia. La copertura vaccinale post campagna 2017, è stata del 23.2% a fronte di una copertura regionale del 28.3% e di un obiettivo posto a livello nazionale per il 2017 era 40%. Per il 2018 è necessario rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione a tale vaccinazione. Nel 2018 occorre mantenere, come per il 2017:</p>

- la proposta della vaccinazione antipertossica a tutti gli adulti in occasione del richiamo con vaccino antitetanico o anti difterico- antitetanico, e monitorare l'adesione alla vaccinazione delle donne in gravidanza ( 27esima settimana di gestazione) secondo gli accordi presi nel 2017 con i ginecologi territoriale e ospedalieri.  
 -l'offerta attiva della la vaccinazione antitetanica-antidifterica alle donne nate nel 1953 e 1958, del vaccino MPR alle donne in età fertile con rubeo test negativo e ai ragazzi suscettibili nati nel 2000, della vaccinazione antitetanica-antidifterica-antipertossica e antimeningococcica con vaccino ACW135Y agli adolescenti della coorte del 2004 e 2005, della vaccinazione antinfluenzale agli ultra 65enni e ai soggetti affetti da patologie croniche:  
 -l'avvio dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni e ai soggetti dai 50 anni di età ad alto rischio.

Per migliorare l'adesione alle vaccinazioni da parte dei soggetti con patologie croniche, le lettere di dimissioni ospedaliere sono state integrate con le indicazioni sulle vaccinazioni consigliate in relazione alla patologia e viene mantenuto un ambulatorio presso il DSP dedicato con prenotazione diretta.

Per quanto riguarda l'età pediatrica 0-12 anni, nel 2017 l'introduzione del PNPV 2017-2019 insieme alla cospicua richiesta di appuntamenti per la vaccinazione antimeningococco B a pagamento ed alla legge 119 del 31.07.2017 (che ha aumentato il numero delle vaccinazioni obbligatorie ed ha normato un nuovo percorso per i soggetti inadempienti) hanno costretto a riprogrammare il numero delle sedute vaccinali per fornire un'adeguata risposta alla popolazione. Tale incremento dell'attività vaccinale dovrà esser mantenuto ancora nel lungo periodo.

Nel 2017 la vaccinazione antimeningococco B è stata proposta attivamente a tutti i nuovi nati, applicando il calendario a 4 dosi previsto per l'età (91° giorno, 151° giorno, 181° giorno, 14° mese). La proposta attiva proseguirà anche per il 2018 con le medesime modalità.

Nel 2017, sempre in occasione del primo appuntamento, è stata proposta attivamente anche la vaccinazione antirotavirus ai neonati con fattori di rischio (prematùrità, patologie croniche, migranti provenienti da paesi a rischio). Tale vaccinazione è stata comunque somministrata gratuitamente anche ai neonati senza fattori di rischio su richiesta dei genitori. Nel 2018 la vaccinazione è stata offerta attivamente a tutti i nuovi nati.

Nel 2017 la vaccinazione anti varicella è stata offerta ai soggetti suscettibili in occasione della prima dose della vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia al 13° mese, in occasione del richiamo previsto nel 5°-6° anno di vita o in caso di accessi presso gli ambulatori per altre vaccinazioni facoltative. E' stata inoltre eseguita gratuitamente in tutti i bambini suscettibili che ne hanno fatto richiesta.

La vaccinazione antivariella rientra nelle vaccinazioni obbligatorie previste dalla L.119/2017 per i nati 2017.

Per quanto riguarda la vaccinazione anti HPV nel 2017 è stata ultimata la vaccinazione delle femmine nate nel 2006 ed è iniziata la chiamata attiva tramite lettera della coorte dei maschi 2006 Nel 2018 verrà completata la coorte dei maschi 2006 e si procederà alla chiamata attiva tramite lettera della coorte 2007 (femmine e maschi).

Da settembre 2017 e per tutto il 2018 sono stati organizzati ambulatori dedicati ai soggetti inadempienti secondo la L119/2017 dove effettuare i recuperi vaccinali necessari per rientrare negli adempimenti di legge o svolgere i colloqui con i genitori secondo le indicazioni della normativa vigente e le successive circolari regionali attuative.

Per favorire l'informazione e migliorare l'adesione alle vaccinazioni è stato utilizzato e distribuito ai genitori il materiale informativo preparato dalla regione "Le vaccinazioni nell'infanzia e nell'adolescenza. Perché, quando e come: informazioni per i genitori".

Abbiamo inoltre aggiornato con informazioni e link utili il sito aziendale nella parte dedicata alle vaccinazioni pediatriche.

Come da indicazione della L119/2017 e successive circolari regionali sono state applicate le modalità di scambio dei dati tra le istituzioni del sistema nazionale d'istruzione, i servizi educativi per l'infanzia, i centri di formazione professionale regionale e le scuole private non paritarie e la nostra Azienda al fine di accertare la situazione vaccinale degli iscritti per l'Anno scolastico 2018/2019.

Anche nel 2018 dovranno essere attuate attività di informazione rivolte alla cittadinanza e attività di formazione rivolte agli operatori sanitari e mantenere le attività finalizzate all'applicazione di quanto disposto dalla L. 119 del 31 luglio 2017 in tema di obblighi vaccinali.

	Per il 2018 è necessario rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie.
<b>Destinatari</b>	Età pediatrica 0-16 anni; donne in gravidanza; coorte 65enni, adulti, soggetti affetti da patologie croniche
<b>Azioni previste</b>	Chiamata attiva delle coorti interessate; offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni; incremento delle sedute vaccinali; allestimento e mantenimento di ambulatori vaccinali dedicati alle vaccinazioni ai soggetti affetti da patologie croniche e all'attuazione della campagna vaccinale contro l'Herpes Zooster ai 65 enni; recupero dei soggetti 0-16 anni non correttamente vaccinati e mantenimento di ambulatori con sedute dedicate.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	PLS; MMG; Medici specialisti ospedalieri e del territorio
<b>Referenti dell'intervento</b>	dr.ssa Crevani Cristiana – direttore U.O. complessa di Igiene e Sanità Pubblica dr.ssa Barella Cristina - coordinamento e sviluppo delle attività dipartimentali della Pediatria di Comunità
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 8

### 1°: 1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA

**Descrizione:** copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 55.3% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** >=75%

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 2°: 2. monitoraggio delle vaccinazioni previste dalla norma vigente

**Descrizione:** Monitoraggio semestrale

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Dati disponibili in Regione e non divulgabili - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** n. di minori della coorte del 2002 non in regola con gli obblighi vaccinali (DTPa e MPR e dosi)

n. di minori non in regola con gli obblighi vaccinali con vaccinazioni in corso

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

**3°: 1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA**

**Descrizione:** copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 23,2% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** >=55%

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

**4°: 1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA**

**Descrizione:** copertura vaccinale anti Herpes-Zooster nella popolazione di età = 65 anni

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

**5°: 1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA**

**Descrizione:** copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia e adolescenza ( al 24 mese)

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

**6°: 1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA**

**Descrizione:** copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 60%

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** 75%

**7°: 1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA**

**Descrizione:** copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 75%

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

**8°: 1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e**

**raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA**

**Descrizione:** copertura vaccinazione contro HPV maschi coorte  
2006

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Da valutare in base all'adesione

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

## POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI DI ACCUDIMENTO NEI SERVIZI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI CASTEL SAN GIOVANNI</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La popolazione del Distretto di Ponente nella fase naturale di transizione rappresentata dalla nascita di un bambino, la famiglia affronta un momento critico di cambiamento, ricco di gioia ma anche di stress emotivo. I genitori cercano un nuovo equilibrio e accolgono una nuova "persona", e questo richiede grandi energie fisiche e psicologiche. Se intervengono altri fattori come isolamento sociale, difficoltà economiche o sociali, migrazione, giovane età di uno o entrambi i genitori, la prematurità grave del bambino o difficoltà come lutti, malattie, perdita del lavoro, il cambiamento può diventare difficile da affrontare e può rischiare di sopraffare i neogenitori. Il benessere psicologico ed emotivo dei genitori, ma soprattutto della mamma, influenza la loro capacità di "vedere" il bambino e di leggerne i segnali, per rispondere in modo adeguato e soddisfarne i bisogni. Quindi, se la mamma è sopraffatta dai problemi familiari o dalla propria sofferenza, se non ha nessuno accanto con cui parlare o che possa sostenerla, può trovare difficile empatizzare con il suo bambino, leggerne il pianto o i sorrisi, capirne e soddisfarne le richieste per accompagnare le normali fasi della crescita. E' stata ampiamente dimostrata da studi e ricerche l'importanza determinante del rapporto fra il bambino e la madre ( caregiver principale) nei primi anni di vita per il corretto sviluppo cognitivo, emotivo e sociale del bambino.. In particolare, viene sottolineato (Freud, 1905; Winnicott, 1965; Bowlby, 1969) che il tipo di legame affettivo o, in altri termini, il tipo di attaccamento (sicuro, insicuro-evitante, insicuro-ambivalente, disorientato/disorganizzato, secondo Ainsworth et al., 1978) che si crea tra la madre e suo figlio andrà ad influenzare i successivi legami affettivi che il soggetto instaurerà anche da adulto. Nonostante le sorprendenti capacità di resilienza mostrate da alcuni bambini, precisi comportamenti genitoriali, quali incuria, maltrattamento fisico, abuso psicologico o sessuale possono avere gravissimi esiti sullo sviluppo del bambino, in termini di difficoltà di socializzazione (e nella sfera sessuale in caso di abuso), bassa autostima, senso di inadeguatezza, mancanza di empatia, tutti sentimenti che potrebbero tradursi facilmente in agiti "devianti", quali abbandono scolastico, disturbi dell'alimentazione, tossicodipendenze, abuso di alcol, delinquenza, fino ai casi più gravi di abuso e maltrattamento agiti su altri minori, una volta diventati adulti. Alla luce di tali importanti considerazioni assume ruolo centrale la connessione tra i servizi sociali e sanitari per attivare misure di prevenzione nei confronti del nascituro. Nel Distretto di Ponente è stato attivato già dal 2010 un progetto di home visiting presso il centro per le famiglie (servizio a carattere distrettuale) che pone al centro la mamma gravida ritenuta fragile per segnalazione di servizi sociali e/o sanitari (consultori familiari, ospedali, ecc.). Esistono inoltre progetti di prevenzione legati agli stili di vita che trovano il punto di raccordo e coordinamento presso il centro famiglie: nati per leggere, home visiting,</p>
------------------	--

	<p>gruppo donne magrebine, raccolta indumenti per i bambini. Tali interventi riguardano anche la possibilità di creare reti e connessioni, confronti e conoscenze sostenendo pertanto l'ottica preventiva A Ponente.</p> <p>Il consultorio familiare è il servizio sanitario che maggiormente presiede questo periodo di vita: sul territorio di Ponente è presente in 5 sedi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Castel San Giovanni</li> <li>- San Nicolò</li> <li>- Borgonovo</li> <li>- Agazzano</li> <li>- Bobbio</li> </ul> <p>In particolare, i percorsi privilegiati dai consultori sono relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i progetti di integrazione sociale e sanitaria per le problematiche adolescenziali;</li> <li>- il percorso nascita, con particolare attenzione alle gravidanze multiproblematiche;</li> <li>- la prevenzione dell'abbandono e della depressione post-partum;</li> <li>- i progetti di integrazione ospedale-territorio nel sostegno dell'allattamento al seno;</li> <li>- il programma di assistenza alla coppia sterile;</li> <li>- la qualificazione dell'assistenza alla popolazione immigrata.</li> </ul> <p>I casi complessi e riconosciuti come idonei ad un progetto integrato con i servizi sociali vengono segnalati attraverso gli operatori consultoriali dedicati alle differenti attività.</p> <p>L'attività interdisciplinare trova naturale terreno di collaborazione nella realizzazione del progetto di home visiting con la partecipazione sia del personale del consultorio familiare e/o consultorio giovani che ha incontrato la madre gravida durante gli accessi che del personale della pediatria di comunità, servizio di accesso successivo alla nascita.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Descrizione</b></p>	<p>Gli interventi attivati relativamente ai primi 1000 giorni di vita trovano la sede di coordinamento e di attuazione al Centro famiglie che ricopre il bacino di utenza di tutto il distretto e sono meglio specificati nelle schede allegate:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nati per leggere. Il progetto si realizza grazie agli interventi dell'Associazione VitaminaL e vuole divulgare l'affezione alla lettura da parte degli adulti verso i piccoli uditori attraverso occasioni di lettura nei momenti di attesa presso le spazi adibiti all'attesa degli ambulatori vaccinali oppure presso gli studi pediatrici. Il progetto mira inoltre a coinvolgere i pediatri in uno studio per la valutazione dell'individuazione precoce di disturbi che coinvolgono il linguaggio e l'apprendimento attraverso la somministrazione di schede valutative in diversi periodi crescita. L'ultimo intervento attivato mira a coinvolgere soggetti afferenti ai benefici della L. 14 con buone capacità di lettura nell'associazione di volontariato per integrare bisogni e capacità differenti che portino al benessere della popolazione</li> <li>2) HOME VISITING il progetto individua genitorialità fragili e parte con il periodo di gravidanza per arrivare ad un accompagnamento educativo di sostegno alla relazione madre bambino fino ai due anni di vita del piccolo</li> <li>3) Sportello informafamiglie</li> <li>4) Sportello interculturale</li> <li>5) Fabbrica del riuso</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Destinatari</b></p>	<p>Bambini 0 – 3 anni e genitori</p>
<p style="text-align: center;"><b>Azioni previste</b></p>	<p>Interventi di home visiting per gravidanze segnalate, gruppi genitori/bambini connessi al programma P.I.P.P.I. che hanno sede al centro famiglie.</p> <p>Progetti Centro famiglie. (Schede allegate)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Gli interventi messi in atto sono ad alta integrazione con i servizi sanitari dedicati all'infanzia (consultori familiari e pediatria di comunità) e con i servizi sanitari per gli adulti (Psichiatria e Sert) nel caso in cui i genitori siano pazienti di tali servizi. Home visiting e Pippi riguardano inoltre altri servizi sociali comunali e/o statali nel caso in cui esistano motivi di collegamento (ad esempio UEPE, servizi sociali comunali che si occupano del RES e/o dell'inserimento lavorativo dei fragili)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>SERVIZIO SOCIALE MINORI (Asp Azalea, Unione Montana Valli Trebbia e Luretta, comune di Rivergaro, comune di Gossolengo)</p>

---

<b>Referenti dell'intervento</b>	RESPONSABILI UFFICIO DI PIANO E RESPONSABILI SERVIZI SOCIALI DISTRETTO DI PONENTE
<b>Risorse non finanziarie</b>	FAMIGLIE D'APPOGGIO INDIVIDUATE NELLO SVOLGIMENTO DEI PROGETTI

---

**Totale preventivo 2018: € 111.875,64**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **24.400,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **41.716,78 €**
- Centri per le Famiglie: **19.379,51 €**

**Risorse comunali: 26.379,35 € di cui:**

- Comuni Distretto di Ponente: **26.379,35 €**

---

**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

**Riferimento scheda distrettuale:** PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>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.</p> <p>Larete di cure palliative permette di assicurare le migliori sinergie tra i diversi setting (nodi della rete) in tutto il percorso assistenziale. La Regione ha da tempo indicato le cure palliative come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata dei pazienti, sostenendo negli anni lo sviluppo e il potenziamento della rete di cure palliative in tutte le sue articolazioni assistenziali. A seguito della L. 38/10 (e dei suoi provvedimenti attuativi) 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).</p>
<b>Descrizione</b>	<p>La RLCP è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'azienda USL.</p> <p>Costituiscono i nodi della Rete Locale di Cure Palliative l'ospedale, l'ambulatorio, l'hospice e il domicilio che erogano cure palliative in funzione dei bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso figure professionali con specifica competenza ed esperienza così come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del luglio 2014.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>A livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GRUPPO DI COORDINAMENTO RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE: TAVOLO DI LAVORO "IDENTIFICAZIONE DEI CRITERI PER LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DI BASE E SPECIALISTICHE" Attualmente in corso (aprile 2018)</li> </ul> <p>A livello locale: (Avvio percorso per ACCREDITAMENTO RLCP)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificare il professionista cui affidare la funzione di Coordinamento della rete, individuato tra i clinici palliativisti dell'azienda sanitaria che operano in una delle strutture che costituiscono la rete.</li> <li>- Identificare un organismo tecnico di coordinamento, costituito dai referenti dei singoli nodi, rappresentativo di tutte le figure professionali presenti nella rete di cure palliative al fine di definire gli strumenti utili all'integrazione e alle attività trasversali, per pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.</li> <li>- Identificare, per ogni Nodo (Ospedale, Hospice, Domicilio, Ambulatorio) un gruppo tecnico di lavoro che si occupi di sviluppare i criteri di accesso al nodo, le interfacce, i percorsi organizzativi che si realizzano dalla segnalazione/presa in carico all'exitus, prevedendo tutti gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici, le modalità di attivazione dell'equipe specialistica, gli strumenti per valutare la performance ed i percorsi formativi.</li> </ul> <p>Elemento di trasversalità della RLCP: Piani di Formazione</p> <p>In continuità con i significativi interventi formativi 2016 e 2017, si propone</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progetto di Formazione "NODO Ospedale": corso di formazione in CP di base per medici ed infermieri Ospedale di Piacenza, 1^ Edizione</li> <li>- Corso di formazione "NODO Territorio": corso di formazione in CP di base per MMG dei 3 Distretti (Piacenza, Levante, Ponente), già effettuate 3 edizioni (105 MMG formati), in programma nuova edizione primi mesi 2019</li> <li>- Formazione in CP di base per infermieri ADI in programma primi mesi 2019</li> <li>- Corso di Formazione in CP di Base per medici, infermieri ed OSS delle CRA dei 3 Distretti</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Programmi di divulgazione e di informazione ai cittadini sulle cure palliative: integrazione con mondo del volontariato locale e del non profit al fine di proseguire nell'organizzazione di eventi di sensibilizzazione, già calendarizzati per il 2018
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Raffaella Berté Responsabile U.O. Cure Palliative e Rete Cure Palliative – Dipartimento di Oncoematologia Coordinatore Regionale Società Italiana di Cure Palliative (SICP) Davide Cassinelli Case Manager Rete Locale di Cure Palliative
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 5

### 1°: N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla

**Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard**

**> 60%;**

**Descrizione:** Nd

**Tipo:** Numerico

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

**- Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**2°: Presenza**

**della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete;**

**Descrizione:** Nd

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**3°: Presenza**

**della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative;**

**Descrizione:** Nd

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** corso di formazione in cp di base x MMG (3 edizioni) e corso di formazione in cp di base x medici, infermieri ed oss di RSA "Vittorio Emanuele" - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** corso di formazione in cp di base per mmg ed infermieri adi corso di formazione in cp di base per medici ed infermieri del presidio unico
- **Obiettivo 2019:** corso di formazione in cp di base per mmg ed infermieri ADI corso di formazione in cp di base per medici ed infermieri del presidio unico corso di formazione in cp di base x medici, infermieri ed oss CRA di tutti i Distretti
- **Obiettivo 2020:** Nd

**4°: Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore);**

**Descrizione:** Nd

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Serate con cittadinanza organizzate da associazione volontari Hospice - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 3 edizioni (maggio/giugno 2018)
- **Obiettivo 2019:** 3 edizioni (maggio/giugno 2019)
- **Obiettivo 2020:** Nd

**5°: N. Aziende all'interno delle quali si è individuato il referente per le CP pediatriche e definito il percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP;**

**Descrizione:** Nd

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd



## PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

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

<b>Razionale</b>	<p>L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente, ed è stato accompagnato da campagne pubblicitarie particolarmente aggressive. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta; questo obiettivo può essere conseguito attraverso modifiche legislative nazionali o per quanto di competenza anche regionali volte a diminuire in modo significativo l'offerta di gioco, fornire maggiore autonomia e controllo agli Enti Locali e garantire maggiori tutele agli utenti al fine di evitare fenomeni di ludopatie. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovraindebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il Progetto prevede la realizzazione di due obiettivi.</p> <p>Obiettivo 1:</p> <p>a) azioni pubbliche: l'AUSL e gli Enti Locali coinvolgeranno esperti per supportare istituzioni pubbliche e private, operatori, cittadini, volontari e famiglie nel costituire una rete che si impegni a conoscere il gioco d'azzardo e a progettare azioni che possano contrastarne gli effetti negativi.</p> <p>Nei tre distretti proponiamo di avviare una ricerca-azione sul gioco d'azzardo, i suoi effetti e le azioni che le comunità possono intraprendere per supportare i propri membri che affrontano le difficoltà legate al gioco d'azzardo problematico o alla dipendenza e per avviare progetti di comunicazione pubblica.</p> <p>La ricerca prevede due step:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La realizzazione di gruppi di incontro e di dibattito per favorire il confronto e l'approfondimento degli aspetti peculiari del gioco d'azzardo problematico, momenti che porteranno alla costituzione di un tavolo per ciascun distretto.</li> <li>2. Percorso sulla comunicazione e sulla diffusione sul territorio di messaggi sul gioco d'azzardo attraverso l'utilizzo di metodologie specifiche e di ricercatori esperti.</li> </ol> <p>b) spazio sovra-indebitamento: Gli operatori del Ser.T. collaboreranno con esperti per formare un piccolo gruppo in grado di consigliare e supportare le scelte finanziarie dei pazienti del servizio: comprendere come ripianare i debiti è spesso centrale per permettere l'inizio di un vero percorso di terapia e astensione dal gioco d'azzardo.</p> <p>c) sostegno ai familiari: da realizzare sul territorio e in stretta connessione con il Ser.T, in un versante terapeutico, per supportare e curare le reti sociali e familiari.</p>

	<p>Obiettivo 2: scuole          Valorizzare gli strumenti e i metodi di lavori costruiti a seguito di una ricerca con l'associazione AND in collaborazione con il Centre du jeu excessif dell' Università di Lausanne.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Giocatori con dipendenza d'azzardo e loro familiari; operatori sociali; studenti; operatori del settore con "malattia professionale".</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Per l'obiettivo 1:          -costituzione di un tavolo distrettuale:          Per consentire di toccare le varie componenti della comunità e diffondere la coscienza dei problemi la ricerca organizzerà: gruppi di amministratori degli enti pubblici, di operatori sociali ed educatori, di operatori sanitari, di operatori economici, anche del settore gioco d'azzardo (con valorizzazione del marchio SLOT FREE ER), di volontari e cittadini impegnati a favore della comunità, gruppi aperti a cittadini in difficoltà, misti          Dai tavoli usciranno le progettazioni delle azioni comunicative e di supporto che coinvolgeranno i familiari e la comunità, e si potranno promuovere eventi pubblici distrettuali oppure provinciali realmente partecipati.          Le sedi dei tavoli potrebbero essere Piacenza, Fiorenzuola e Castel San Giovanni, e il lavoro dei gruppi dovrebbe essere il più diffuso possibile sul territorio provinciale. Uno dei problemi dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari è l'isolamento sociale, un altro è la vergogna che ne è alla base: si tratta quindi di disseminare la sensibilizzazione almeno quanto lo sono le slot.          Il lavoro dei tavoli è sinergico a quello necessario per l'attivazione dei punti d'ascolto distribuiti sul territorio.          -comunicazione e diffusione sul territorio di messaggi sul gioco d'azzardo: sarà facilitata da un esperto di media-education, che aiuterà i partecipanti a realizzare progetti di comunicazione pubblica sui differenti territori, sfruttando il tema del gioco d'azzardo per promuovere la maturazione della comunità e della consapevolezza dei cittadini rispetto a problemi complessi. Partecipare a piccoli progetti di comunicazione permetterà alle persone di collaborare, sperimentare la produttività dei gruppi misti (istituzioni, professionisti e cittadini di varie età) e di produrre messaggi positivi. La dimensione micro delle relazioni personali e del passaparola sarà sostenuta dalla competenza degli operatori esperti di gioco d'azzardo e dagli esperti di comunicazione per arrivare a progettare prodotti facilmente realizzabili.          Il percorso si propone di fornire competenze operative e abilità progettuali per utilizzare i media digitali e i social network nella costruzione di campagne di informazione e di prevenzione sull'azzardo che siano efficaci, sostenibili e disseminabili sul territorio. Offrirà inoltre competenze di tipo metodologico e tecniche:          * facilitare l'utilizzo dei media e dei contesti social tipici della contemporaneità identificando le molteplici opportunità di uso negli ambiti di riferimento;          *agevolare la mediazione tra le competenze presenti nei gruppi di lavoro e le attuali modalità di percezione dell'azzardo, con particolare attenzione alle esigenze territoriali;          * progettare interventi integrati comunicativi e di prevenzione nei contesti sociali e culturali di riferimento, identificando gli ambiti da coinvolgere e i risultati da raggiungere e i parametri di verifica utili per una valutazione d'impatto dell'intervento.          - Gli operatori del Ser.T. collaboreranno con esperti per formare un piccolo gruppo in grado di consigliare e supportare le scelte finanziarie dei pazienti del servizio: comprendere come ripianare i debiti è spesso centrale per permettere l'inizio di un vero percorso di terapia e astensione dal gioco d'azzardo.          Alcuni volontari esperti di gestione finanziaria supporteranno il gruppo in formazione.          Il rapporto con il Ser.T. è fondamentale per mantenere negli utenti la correttezza delle priorità.          Non verranno fornite consulenze a giocatori d'azzardo che non accettano la terapia.          - sostegno ai familiari          * Istituire punti d'ascolto sul distretto rivolti soprattutto ai familiari dei giocatori problematici e patologici che non ammettono di avere un problema e che non accettano la terapia ma possono ovviamente accogliere e sostenere anche quelli di persone in carico al Ser.T., che devono comunque lottare per anni per far fronte ai danni creati dal problema.          I familiari il cui parente rifiuta di curarsi sono difficili da intercettare e difficilissimi da aiutare. Gli Spazi Ascolto saranno il risultato di una progettazione partecipata a cui contribuiranno gli</p>

operatori sociali, socio-sanitari ed educativi, le istituzioni pubbliche e private, i volontari e i cittadini. Gli operatori del progetto finanziato saranno a fianco, in particolare, degli operatori dei servizi sociali per costruire con loro la rete che può supportare sia i familiari sia gli operatori stessi.

Gli Spazi Ascolto saranno organizzati sulla scorta delle esperienze italiane e internazionali con i familiari.

Il lavoro degli Spazi Ascolto avrà quindi due obiettivi iniziali, entrambi centrati sulla rete, che è praticamente indispensabile per sostenere i familiari:

- Supportare gli operatori sociali e costruire con loro la rete sociale perché riescano a individuare i familiari dei giocatori d'azzardo problematici o patologici
- Supportare i familiari che si presentano, in stretto collegamento con la rete professionale e sociale.

Gli operatori degli Spazi Ascolto accompagneranno i familiari nei 5 step:

1. Riconoscere l'impatto del gioco d'azzardo nella propria famiglia
2. Capire il gioco d'azzardo e i problemi che crea
3. Comprendere il proprio modo di affrontarli
4. Creare una propria rete di supporto
5. Cercare tutti gli aiuti necessari a sé e alla propria famiglia

\* I gruppi per i familiari sono uno strumento molto flessibile ed efficace per supportare i familiari nelle varie fasi del loro percorso di accompagnamento del familiare in trattamento.

- Cicli di gruppi di counselling per familiari che hanno un parente in cura al Ser.T.: gli incontri in gruppo accompagnano il loro percorso, valorizzando gli scambi e l'aiuto che riescono a darsi reciprocamente. Ogni ciclo prevede 6 incontri con due operatori formati e supervisionati. I cicli sono proposti a familiari provenienti da tutta la provincia.
- Gruppi tematici: il denaro e il controllo del denaro, l'inizio del percorso, le ricadute ecc. sono temi che si possono approfondire in gruppi specifici, che si prestano ad essere proposti anche a persone che hanno poco tempo libero.
- Familiari giovani: soffrono moltissimo per le situazioni in cui nascono e crescono e inoltre non hanno nessuno spazio per condividere riflessioni sulle situazioni che vivono. Progetteremo e realizzeremo azioni di prevenzione selettiva o indicata, rivolta ai familiari degli utenti del Ser.T. ed eventualmente a quelli segnalati dagli operatori dei servizi.
- I gruppi di pacificazione familiare sono utili ad accompagnare i familiari e giocatori d'azzardo al termine del percorso terapeutico. Sono piccoli gruppi multifamiliari e sono il modo migliore per prevenire la ricaduta, affrontando i nodi relazionali della famiglia travolta dall'azzardo.

Per l'obiettivo 2:

somministrazione di un questionario ai ragazzi delle scuole superiori, predisposto dagli esperti di AND (Azzardo e Nuove Dipendenze) in collaborazione con l'Università di Firenze e con l'Università di Losanna, che a differenza di tutte le ricerche scientifiche realizzate fino ad ora, sempre centrate solo su alcuni aspetti, è il primo strumento basato su tutta la letteratura scientifica sull'argomento.

La ricerca di AND indaga le idee e i comportamenti di gioco d'azzardo dei ragazzi, i fattori di rischio e i fattori protettivi.

Questa attenzione al contesto di vita e alle abitudini dei ragazzi (amicizie, interessi, relazioni con i pari e con gli adulti, idee sul futuro, propensione al rischio ecc.), unita alla proposta di suggerire idee su come aiutare chi è in difficoltà per il gioco d'azzardo, rende il questionario un'esperienza impegnativa e le conferiscono un valore in termini di sensibilizzazione. Il questionario permetterà infatti ai ricercatori di dedurre il contesto in cui le idee e i comportamenti si sono formati e si esprimono; coinvolgerà i dirigenti scolastici e gli insegnanti, che avranno la possibilità di riflettere su molti aspetti del problema. I genitori dovranno firmare le autorizzazioni e come tutti gli altri saranno infine invitati al convegno di restituzione.

totale risorse previste euro 232.140,00 così suddivise:

euro 71.675,00 quota sanitaria

euro 160.465,00 quota sociale (vedi riparto Distretti)

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL di Piacenza, Uffici di Piano Distrettuali, Associazione La Ricerca CEIS di Piacenza, Cooperativa L'Arco di Piacenza
<b>Referenti dell'intervento</b>	Maurizio Avanzi
<b>Risorse non finanziarie</b>	Personale formato attualmente impiegato nelle ore previste per l'ambulatorio: un dirigente medico, uno psicologo, quattro educatori professionali.

## Totale preventivo 2018: € 43.065,55

- Programma gioco d'azzardo patologico: 43.065,55 €

## Indicatori locali: 5

### 1°: Obiettivo 1/a

**Descrizione:** Ricerca- intervento e tavoli di coordinamento

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** attivazione di un tavolo per ogni distretto
- **Obiettivo 2019:** Mantenimento attività
- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività

### 2°: Obiettivo 1/b

**Descrizione:** Interventi in contrasto al sovra indebitamento

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Attivazione di un gruppo di consulenza provinciale
- **Obiettivo 2019:** Mantenimento attività
- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività

### 3°: Obiettivo 1/d

**Descrizione:** Interventi di sostegno alle famiglie dei giocatori eccessivi o patologici

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Potenziamento dell'attività in atto - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Attivazione centro di ascolto e di un gruppo familiari
- **Obiettivo 2019:** Mantenimento centro di ascolto e gruppo familiari. Proposta di due gruppi tematici semiresidenziali / anno
- **Obiettivo 2020:** Mantenimento centro di ascolto e gruppo familiari. Proposta di due gruppi tematici semiresidenziali / anno

### 4°: Obiettivo 2/a

**Descrizione:** Ricerca intervento negli istituti superiori di Piacenza

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Interventi puntiformi, da attivare una

programmazione strutturata - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Attivazione intervento in almeno 5 classi
- **Obiettivo 2019:** Implementazione attività in 15 classi
- **Obiettivo 2020:** Implementazione attività in 25 classi

#### **5°: Obiettivo 4/ a**

**Descrizione:** Potenziamento

sistema curante in atto: Attività clinica di intervento sui giocatori problematici e patologici e i loro familiari, interventi su operatori del settore

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Attività ambulatoriale attivata da prima del 2016. Interventi attualmente in atto: - Educatori 20 ore /mensili;

- Psicologo 8 ore mensili. - **Riferita al:** 31/12/2017
- **Obiettivo 2018:** Incremento: 12 ore settimanali figure educative; 40 ore settimanali figure psicologiche.
- **Obiettivo 2019:** Mantenimento attività
- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività

# PROGETTAZIONE SOCIALE INTEGRATA A FAVORE DI ADULTI IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'

Approvato

## Riferimento scheda regionale

- 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
- 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL PIACENZA (DSMDP - PSICHIATRIA DI COLLEGAMENTO)</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>A;B;C;</b>

<b>Razionale</b>	L'area degli adulti in condizione di fragilità è una delle problematiche "di confine", a scavalco tra Servizi, che richiede interventi ed accordi a diversi livelli. Trattasi di utenza multiproblematica che i Servizi faticano ad agganciare, che genera situazioni di emergenza sociale, in cui la condivisione di valutazione e presa in carico tra servizi sociali e sanitari è elemento fondante per l'efficacia degli interventi.
<b>Descrizione</b>	<p>Il lavoro con la fragilità adulta è espresso dal " PDTA adulti fragili" il cui obiettivo è l'inclusione sociale, partendo dalle istanze soggettive dell'utente e ricerca dei suoi contesti più prossimi. Il "Comitato di gestione fragilità" ( facente capo a Direzione Socio-sanitaria Azienda USL) si pone a garanzia del buon andamento del PDTA e del collegamento con gli Amministratori degli Enti locali e con i Comitati di Distretto.</p> <p>Rispetto all'operatività sulle situazioni l'intervento prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cambiamento del modo di lavorare con gli Adulti fragili da parte dei Servizi coinvolti in un'ottica di corresponsabilità sui problemi e con modalità d'aiuto e interventi non tradizionali e flessibili</li> <li>- gestione delle singole situazioni attraverso la presa in carico condivisa tra operatori ( ass. sociali/educatori) di diversa appartenenza ( Comune, Sert, Psichiatria di collegamento)</li> <li>- attenzione al contesto sociale dell'utente, per individuare e coinvolgere le risorse della comunità territoriale utili ad una prossimità solidale, utilizzando gli strumenti di valutazione e progettazione previsti dal PDTA</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<p>Soggetti adulti individuati nell'ambito dei " Gruppi territoriali Fragilità adulti" che si configurano nelle 4 tipologie di fragilità declinate nel" PDTA Fragilità adulta":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- di età compresa tra i 18 e i 64 anni</li> <li>- residenti nei Comuni della provincia di PC ( compresi soggetti Senza fissa dimora in carico ai Servizi territoriali)</li> <li>- in carico ai Servizi : Psichiatria di collegamento/Csm/Sert/ Comuni e/o Unione di Comuni che hanno aderito al Percorso</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione dell'attività dei Gruppi territoriali ( n. 5 Gruppi territoriali: 2 Ponente, 2 Levante, 1 Piacenza) composti da operatori del Servizio sociale Adulti dei Comuni e del DSM-DP per la progettazione /verifica delle situazioni in carico</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progetti individualizzati con utilizzo di strumenti d'aiuto non standardizzati e personalizzati con particolare attenzione alle situazioni che richiedono interventi tempestivi ed intensivi</li> <li>- Investimento nel contesto sociale dell'utente, per individuare e rendere attive le risorse della comunità territoriale utili ad una prossimità solidale</li> <li>- Attività di ricerca sull'efficacia del metodo attraverso approfondimenti delle situazioni.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Budget di salute</li> <li>- Azioni di supporto alla inclusione lavorativa/formazione</li> <li>- Azioni di supporto ai progetti abitativi</li> <li>- Azioni di supporto alla gestione del tempo libero</li> </ul>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl / EELL / utenti beneficiari / familiari e contesto / Terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	DSMDP/EELL aderenti al Percorso
<b>Risorse non finanziarie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori sociali del DSMDP e di Enti Locali che partecipano all'attività dei Gruppi territoriali</li> <li>- Soggetti del privato sociale da individuare nel contesto territoriale su specifico progetto individualizzato</li> </ul>

**Totale preventivo 2018: € 16.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **16.000,00 €**

**Indicatori locali: 0**

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

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Comune di Castel san Giovanni (PC)</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Gli adolescenti sono una popolazione prevalentemente sana. I tassi di malattia e mortalità, se confrontati con quelli della popolazione adulta, sono i più bassi. Tuttavia è proprio in questa età che il concetto di salute evidenzia una complessità più alta rispetto al resto della popolazione. Il processo di costruzione dell'identità è infatti uno dei compiti di sviluppo più impegnativi in adolescenza e gli esiti del processo, positivi o problematici che siano, hanno un impatto significativo sulla salute e la percezione del benessere psicofisico dell'adolescente. Lo stato di salute degli adolescenti è spesso influenzato da variabili di tipo emotivo, affettivo, relazionale e, in generale, dall'ambiente di vita. È quindi fondamentale prestare attenzione alla complessità dei fattori che possono modificare e autoregolare i comportamenti degli adolescenti. L'adolescenza è la fase di rielaborazione della propria identità, dovuta fra l'altro anche ai cambiamenti del proprio corpo, alla necessità di reintegrare e rivedere l'immagine di sé stessi, non solo attraverso lo sguardo dei genitori, ma anche quello dei propri pari e degli altri adulti di riferimento. Il tempo trascorso con i coetanei, al di fuori da contesti formali, senza supervisione degli adulti, diventa una vera e propria palestra di vita, dove i rapporti e le relazioni che si instaurano tra pari contribuiscono a rafforzare lo sviluppo delle proprie abilità sociali a costruire un proprio senso di identità ed un orientamento culturale al di fuori della famiglia. Gli adolescenti, infatti, frequentano spesso gruppi di coetanei, legati fra loro da una relazione intensa, con cui condividono esperienze e interessi ritenuti importanti non solo dai singoli ma dal gruppo stesso. I rapporti di amicizia diventano fondamentali per confrontarsi, identificarsi, sentirsi capiti ed accettati, vedere gli altri uguali ha spesso una funzione riparatoria rispetto alle proprie trasformazioni interiori. Dai dati emersi, I ragazzi cercano negli amici soprattutto compagni con i quali fare attività insieme (sportive o aggregative), mentre le ragazze attribuiscono maggiore valore allo scambio di confidenze con le amiche, al confronto e all'ascolto, alla comprensione degli stati di animo propri e altrui. L'adolescenza è un tempo di verifica delle proprie capacità, delle proprie attitudini, dei propri desideri, è un tempo in cui ci si prepara ad affrontare le scelte e i distacchi che il passare all'età adulta comporta e in questa fase di crescita oltre ai rapporti e le relazioni vissute in famiglia, a scuola e con i propri coetanei, possono avere anche molta influenza i modelli di genere e di relazioni proposti dalla cultura dominante attraverso i media. La ricerca di una propria identità, infatti, può causare anche una maggiore fragilità e un maggiore rischio di condizionamento rispetto ai modelli proposti dal contesto culturale e dai media, che oggi svolgono una funzione educativa rilevante, anche se spesso rischiosa. Le identità proposte dai media tendono a riempire i vuoti lasciati dalle istituzioni sociali proponendo modelli di massa stereotipati, modelli che possono non rispettare le caratteristiche individuali e legittimare atteggiamenti di rifiuto o di sopraffazione di chi appare diverso o più debole. Gli adolescenti rappresentano</p>
------------------	--

	<p>una risorsa fondamentale per il futuro di una società e per questo è importante promuovere le loro capacità di fare scelte autonome, rispettose di sé stessi e degli altri, è importante che abbiano opportunità di tutelare la propria integrità fisica e mentale e possano sviluppare la propria personalità, costruendo relazioni significative e trovando modelli di riferimento positivi.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>La Regione aiuta i servizi ad identificare gli interventi più incisivi con la popolazione sottolineando la necessità di un lavoro di rete, ci richiama all'interdisciplinarietà e alla costruzione di partnership locali, individuando come soluzione organizzativa la costituzione di un tavolo tematico a livello distrettuale. Nel Distretto di Ponente l'ambito in cui portare ad una unità progettuale è naturalmente il distretto di Ponente che ha sperimentato nel 2017</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Progetto psicologia distrettuale</li> <li>2) Gruppo sostegno ai genitori di ragazzi multiproblematici da parte di una psicologa dedicata</li> <li>3) La coprogettazione consultorio giovani e centro famiglie per quanto concerne le consulenze e la lettura dei bisogni</li> <li>4) Coordinamento interventi attivati a favore degli adolescenti nell'ambito del progetto psicologia distrettuale</li> </ol>
<b>Destinatari</b>	<p>Psicologi, assistenti sociali ,educatori ,neuropsichiatri dirigenti dei servizi socio-sanitari, popolazione target, famiglie popolazione</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Progetto psicologia distrettuale (vedi allegati) <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ridefinizione del gruppo: si ritiene importante che all'interno del gruppo istituito presso gli istituti comprensivi e i poli scolastici sia presente un'assistente sociale per una équipe che abbia a disposizione anche la conoscenza delle risorse socioambientali a disposizione del territorio</li> <li>b. Presenza nel gruppo interistituzionale anche di un educatore con compiti di osservazione e di intervento (sia diretto che di indicazioni) verso i genitori e gli insegnanti concordando nel gruppo quanto sia concretamente realizzabile</li> </ol> </li> <li>2. Gruppo a favore dei genitori (vedi scheda "Gruppo di sostegno per adulti di riferimento di adolescenti con esiti di esperienze sfavorevoli infantili (E.S.I., Felitti) parallelo al gruppo di psicoterapia per ragazzi (target clinico-sintomatico e pre-clinico/popolazione a rischio di psicopatologia e disadattamento")</li> <li>3. PROGETTO GIOVANI: SOSTEGNO C.A.G. (vedere progetto allegato) I Cag sono servizi a disposizione delle giovani generazioni che hanno prioritariamente questi obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere l'inclusione dei minori nella comunità favorendo forme di aggregazione spontanea e non emarginante tra i componenti del Centro, al fine di integrare ragazzi provenienti da ambienti socio-culturali diversi;</li> <li>• Migliorare la qualità di vita dei minori e delle loro famiglie favorendo l'armonico sviluppo della persona e delle relazioni sociali e familiari;</li> <li>• Promuovere lo sviluppo e/o il mantenimento delle capacità individuali in relazione all'impegno connesso con l'attività scolastica;</li> <li>• Riconoscere le risorse e le competenze educative delle famiglie e sostenerne il ruolo attivo;</li> <li>• Offrire percorsi formativi e ricreativi che sostengano i ragazzi nel cammino di crescita, nel rispetto degli interessi da loro espressi, delle loro possibilità e della realtà del territorio;</li> </ul> </li> <li>4. PROGETTO DI ANIMAZIONE RELAZIONALE (vedere progetto allegato): l'intervento è dedicato alla prevenzione all'interno prevalente delle scuola, che rappresenta oggi il luogo dove è possibile incontrare il bacino d'utenza più ampio della popolazione giovanile</li> <li>5. POTENZIAMENTO STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI EDUCATIVA DI TRANSITO (vedere progetto allegato): l'intervento educativo dedicato in prevalenza agli adolescenti. L'attività è molto flessibile per meglio rispondere ai bisogni espressi da questa popolazione; comprende attività svolte sul territorio, a domicilio, presso il centro adolescenti esistente, a scuola, negli ambiti frequentati dai ragazzi. Gli adolescenti spesso si esprimono in contesti diversi in maniera differente: l'educatore, condividendo e conoscendo i vari ambienti di vita, riesce a catalizzare ed a cogliere le risorse personali del ragazzo e la condizione in cui per lo stesso è più facile esprimerle ed utilizzarle</li> <li>6. SALUTE E VITA è un progetto attivato presso l'Endofap Don Orione che utilizza il movimento fisico come terreno in cui misurarsi con la propria fisicità, il rispetto delle regole,</li> </ol>

	<p>l'adeguatezza al contesto. Tale spazio è terreno fertile per proporre chiavi interpretative trasversali per concetti di educazione alla salute fisica e relazionale</p> <p>7. EDUCATORE A SCUOLA: nella scuola professionale i ragazzi si relazionano più facilmente con una figura esterna con capacità professionali di ascolto e comprensione. Il professionista è quindi in grado di raccordarsi con la rete dei servizi e convogliare i bisogni dei ragazzi, se necessario, verso i servizi che possono fornire risposte adeguate.</p> <p>Per i progetti 6. e 7. si rimanda agli allegati della scheda "RICONOSCERE E VALORIZZARE IL CRESCENTE CONTESTO PLURICULTURALE (rif. scheda regionale 12)</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl UONPIA, Ausl Psicologia di Base, Ausl Consultorio, Ausl Sert, Servizi sociali, scuole, centro famiglie, educatore professionale,
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano Distretto di Ponente, Responsabili Servizi Sociali Comuni del Distretto di Ponente
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Totale preventivo 2018: € 146.531,17

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **21.588,86 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **105.298,96 €**
- Altri fondi statali/pubblici (*residui anno 2017*): **3.596,00 €**

Risorse comunali: **16.047,35 €** di cui:

- Comuni del Distretto di Ponente: **16.047,35 €**

---

Indicatori locali: 0

---

## Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti. Consultorio giovani

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	Il consultorio Giovani svolge attività di prevenzione nelle scuole superiori presenti sul territorio.
<b>Descrizione</b>	<p><b>PROGETTO LOVE IN SCHOOL</b>  Destinatari Studenti del 2° e 3° anno degli Istituti superiori di secondo grado e classi 2° degli Istituti professionali</p> <p>Finalità ed articolazione del progetto. Il progetto si occupa di salute affettiva e sessuale, mira alla prevenzione di comportamenti a rischio in tale ambito, alla riflessione in merito a maternità/paternità responsabili, alla prevenzione di gravidanze indesiderate, di interruzioni volontarie di gravidanza, di malattie sessualmente trasmissibili.</p> <p>È stato verificato che la conoscenza diretta degli operatori e degli spazi del Consultorio Giovani favorisce l'accesso al servizio consentendo ai ragazzi di esprimere più spontaneamente le proprie richieste.</p> <p>Si propone di realizzare in ambito scolastico un intervento, condotto dagli operatori, di informazione capillare sull'attività del Consultorio Giovani, che permetta ai ragazzi e alle ragazze di riconoscere e orientare precocemente i propri bisogni e le proprie richieste verso il servizio.</p> <p>Prevede 2 incontri di 2 ore ciascuno con la classe, condotti da ostetrica/ginecologa e psicologa del Consultorio Giovani in compresenza</p> <p>I° INCONTRO: finalizzato a stabilire una relazione fra operatori e ragazzi, a far conoscere gli operatori e le attività del Consultorio Giovani, ad individuare i bisogni della singola classe per calibrare l'intervento successivo. Contenuti-stimolo per la discussione: funzione sessuale, affettività, identità personale, mondo relazionale, individuazione dei temi da approfondire e conseguente progettazione con la classe nel 2° incontro.</p> <p>II° INCONTRO: è mirato ad approfondire e/o affrontare contenuti significativi quali: sviluppo psicosessuale, contraccezione, malattie sessualmente trasmesse (MST), ruoli sessuali, identità sessuale e di genere, a partire dagli interessi e dalle domande poste dai ragazzi.</p> <p>Si richiede la disponibilità di n. 1-2 ore per il/i docente/i referente/i della classe coinvolta per 2 momenti di confronto con gli operatori: uno preliminare all'intervento in classe ed uno a posteriori.</p> <p>Al bisogno, è possibile per le scuole chiedere un incontro in classe con l'andrologo.</p> <p>Nel progetto COMING nel 2017 sono state coinvolte 10 classi per un totale di 216 studenti e sono stati attivati altre tre tipologie di percorsi di prevenzione da parte del Consultorio Giovani coinvolgendo complessivamente 29 classi per un totale di 636 studenti.</p> <p>Il Consultorio Giovani è in stretta connessione con il Centro Famiglie e con il servizio Tutela Minori in un'ottica di integrazione e di cooperazione sempre in essere</p>

<b>Destinatari</b>	Studenti scuole superiori del Distretto e Insegnanti
<b>Azioni previste</b>	Attivazione corsi di prevenzione e consulenza a libero accesso per adolescenti
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Gli interventi sono connessi alle altre attività esistenti sul territorio per gli adolescenti
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda AUSL
<b>Referenti dell'intervento</b>	MOLINAROLI MARIA CRISTINA, DELLAGLIO CHIARA
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

# PROGETTO DI VITA, VITA INDIPENDENTE, DOPO DI NOI

Approvato

## Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Comune di Castel San Giovanni</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Si</b>
Aree	<b>A;C;D;</b>

<b>Razionale</b>	Le persone con disabilità rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni eterogenei e complessi in riferimento alle diverse condizioni di vita ( rete sociale , condizioni di salute rete familiare, storia, età ecc... ) con maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita con il rischio di esclusione sociale. Inoltre , proprio per la situazione di disabilità , richiedono maggior attenzione nelle fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o all'invecchiamento. In ogni modo l'attenzione viene rivolta all'individuazione di progetti individualizzati in un approccio di integrazione e condivisione con il nucleo familiare valorizzando le risorse disponibili nel territorio.
<b>Descrizione</b>	Adozioni di misure efficaci e adeguate per permettere alle persone con disabilità uno sviluppo delle competenze, abilità e autonomie ed un inserimento nel contesto sociale di riferimento.
<b>Destinatari</b>	Persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima e loro nuclei familiari.
<b>Azioni previste</b>	<p>1) PRESA IN CARICO E PROGETTO DI VITA : Per poter personalizzare le risposte ai diversi bisogni che le persone disabili presentano e accompagnare le famiglie nel percorso dei servizi si sono attivate le seguenti azioni :</p> <p>a) ridefinizione del protocollo team di transizione ottenuto attraverso il lavoro di un gruppo integrato tra operatori dei servizi sociali e il personale sanitario per incrementare il livello di conoscenza e migliorare l' accompagnamento dei disabili minori e delle loro famiglie verso il cambiamento atteso con il passaggio all'età adulta .( vedi allegato )</p> <p>b) incremento della disponibilità oraria dei componenti dell'equipe multiprofessionale (UVM distrettuale ) per garantire la definizione di una progettualità maggiormente articolata e personalizzata e soprattutto per sviluppare il collegamento e il confronto con i vari interlocutori presenti all'interno dei servizi di pertinenza, affinché l'UVM si connoti sempre più come il riferimento progettuale per i vari Servizi .</p> <p>c) costituzione di un gruppo di lavoro permanente composto dalle varie realtà che a vario titolo sono coinvolte nel mondo della disabilità . ( famiglie, volontariato , associazioni, scuola, ecc...) al fine di istituire un canale di comunicazione che a partire dai bisogni espressi individui risposte coerenti con il possibile coinvolgimento di tutti i soggetti interessati .</p> <p>2) VITA INDIPENDENTE : i progetti attivati negli anni scorsi si sono sviluppati nella costituzione di percorsi occupazionali e altre prese in carico , nello specifico, per un gruppetto di persone autistiche è stato attivato, nell'anno in corso, un laboratorio diurno sperimentale con la finalità di consolidare le autonomie presenti e le abilità sociali in continuità con quanto intrapreso in precedenza. Gradualmente verrà ampliata l'offerta di apertura oraria del servizio con il conseguente graduale aumento dei partecipanti.</p>

	<p>3 ) DOPO DI NOI : Attivazione di progetti rivolti a persone disabili prive del sostegno familiare o con familiari non in grado di provvedere alle loro necessità per favorire la vita autonoma, secondo quanto riportato dalla Legge n.112/16 e la DGR 733/17 ( vedi allegato ). Rispetto a quanto già illustrato nel progetto inviato in Regione si sta valutando la possibilità di offrire un'esperienza / laboratorio di apprendimento di competenze domiciliari in appartamento attrezzato disponibile anche per pernottamento con la presenza di personale qualificato.</p> <p>4) PERSONE CON GRAVISSIME DISABILITA' : le persone affette da gravissima disabilità acquisita manifestano bisogni diversificati non sempre relativi alla sola residenzialità ( a tal proposito il territorio dispone di 4 posti collocati presso una CRA ) quindi si rende necessario individuare interventi diurni di supporto alla domiciliarità che a seconda dei casi potrebbero avvalersi della presenza di personale assistenziale o educativo domiciliare oppure attraverso l'inserimento all'interno delle realtà socio sanitarie semiresidenziali presenti sul territorio. Per favorire tali percorsi si sono organizzati incontri con il personale sanitario di riferimento e i referenti sociali dei vari comuni , con la decisione assunta di garantire ,fin dall'inizio del percorso , la presa in carico integrata.</p> <p>5) AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO : Programmazione di incontri di informazione/ formazione rivolti ai disabili e loro familiari per la conoscenza della figura dell'amministratore di sostegno effettuati in diversi ambiti del Distretto. Dar seguito agli incontri rappresenta un obiettivo anche per i prossimi anni per estendere l'informazione ad un numero sempre maggiore di famiglie .</p> <p>6)SVILUPPO DI INTERVENTI A FAVORE DI DISABILI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (vedi anche progetto Laboratorio Autismo allegato)</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche del lavoro, dei minori
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi Sociali, Neuropsichiatria, Psichiatria, Psichiatria di collegamento, Scuola, Associazioni di Volontariato, Centro per l'impiego.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile ufficio di Piano, Referente Area Disabili
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 294.635,00**

- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **20.000,00 €**
- FRNA: **265.166,00 €**
- FNNA: **9.469,00 €**

**Indicatori locali: 0**



## Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Approvato

### Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	

<b>Razionale</b>	<p>Connesse al tema dell'equità di accesso sono le azioni di razionalizzazione delle liste di attesa che rappresentano un obiettivo prioritario per un sistema sanitario orientato a rimuovere gli ostacoli all'universalismo delle cure e a scongiurare il rischio che l'inquadramento diagnostico e le terapie siano ingiustificatamente procrastinati, compromettendo la prognosi e la qualità della vita e generando ulteriori disuguaglianze nella salute dei diversi gruppi di popolazione. Pur consapevoli che le liste di attesa rappresentino un problema diffuso e di difficile soluzione, con effetti finali contraddistinti da un cronico eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte di limitate risorse, con pazienti e cittadini che percepiscono tale condizione come un importante disservizio, l'AUSL di Piacenza è impegnata nella definizione, adozione e miglioramento degli strumenti finalizzati all'affermazione del diritto dell'utente all'accesso ai servizi entro gli standard definiti dalla normativa nazionale e regionale e nella definizione dei percorsi e delle regole di accesso.</p> <p>Gli ambiti prioritari di intervento sono: il governo della domanda di prestazioni e la promozione dell'uso appropriato dei servizi sanitari con il ricorso a percorsi basati su criteri di priorità clinica; l'ottimizzazione e l'adeguamento dell'offerta in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali emergenti dal territorio (bisogni), sia della domanda espressa; la responsabilizzazione dei Dipartimenti nella gestione dei processi ed il coinvolgimento dei professionisti nelle azioni di governo del delicato equilibrio fra domanda e offerta di prestazioni; un sistema di monitoraggio, controllo e programmazione che, supportato da un efficiente sistema informativo, promuova trasparenza, renda possibile la rendicontazione e consenta il mantenimento di condizioni di equilibrio fra i diversi regimi di erogazione (istituzionale e libero-professionale); un piano di comunicazione esterna utile a fornire notizie relative al sistema dell'offerta, alle modalità di accesso, ai tempi di attesa ed ai criteri di accesso differenziato alle prestazioni, anche allo scopo di responsabilizzare gli utilizzatori ad un corretto approccio ai servizi.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>La gestione del fenomeno dei tempi di attesa, nella provincia di Piacenza, è particolarmente impegnativa: oltre 580.000 di prestazioni effettuate nel 2017 tra visite ed esami diagnostici (a cui vanno sommati 1.500.000 di prestazioni di laboratorio, attività terapeutica e di riabilitazione), complessivamente da Strutture dell'Azienda USL e del Privato accreditato (Case di cura).</p> <p>L'abbattimento dei tempi di attesa per visite ed esami specialistici è un risultato consolidato dalla fine del 2015 (ben oltre la soglia del 90%). Nel gennaio 2018 l'Azienda USL di Piacenza aveva un indice di performance &gt; del 90% in tutte le prestazioni monitorate.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione

<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Anche nel 2017 e nel primo semestre 2018 i risultati sono stati ottenuti grazie alla collaborazione e sinergia dell'Azienda con le Strutture Private Accreditate e con l'impegno degli specialisti ambulatoriali relativamente all'ampliamento / mantenimento dell'offerta , e dei MMG/PLS coinvolti nelle azioni sull'appropriatezza delle prescrizioni. Le azioni e l'impegno dell'Azienda USL di Piacenza sono stati in particolare rivolti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuo monitoraggio e governo della produzione</li> <li>- incremento dell'offerta di prestazioni disponibili a CUP , con ampliamento dell'accesso sia in termini di fasce orarie giornaliere che all'occorrenza delle giornate del sabato / domenica</li> <li>- integrazione della produzione con le Case di Cura Accreditate e con le altre Strutture Private Accreditate</li> <li>- acquisizione di risorse umane a fronte di diverse assenze e posti resisi vacanti a diverso titolo</li> <li>- sviluppo di soluzioni informatiche a supporto della prenotazione:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Invio sms di ricordo appuntamenti agli utenti prenotati</li> <li>o Ampliamento dei canali di disdetta appuntamenti (nuovo numero verde aziendale che consente la disdetta on demand h24 e 7/7gg con rilascio di notifica automatica)</li> <li>o Cruscotto Offerta specialistica CUP prestazioni monitorate</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Stefano Fugazzi, Responsabile unitario dell'accesso e tempi di attesa, s.fugazzi@ausl.pc.it</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 4

### 1°: % delle prenotazioni effettuate entro i tempi standard sul totale delle prenotazioni - target >=90%

**Descrizione:** % delle prenotazioni effettuate entro i tempi standard sul totale delle prenotazioni - target >=90%

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** <=90 (anno 2015) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 2°: % interventi erogati entro i tempi previsti per le classi di priorità - target >=90%

**Descrizione:** % interventi erogati entro i tempi previsti per le classi di priorità - target >=90%

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**3°: N. sanzioni per mancata disdetta**

**Descrizione:** N. sanzioni per mancata o tardiva disdetta

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 8.637 (anno 2016), 8634 (anno 2017) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

**4°: monitoraggio della presa in carico diretta delle prestazioni secondarie**

**Descrizione:** numero di prescrizioni dematerializzate da parte degli specialisti

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 317.428 (anno 2016), 378.412 (anno 2017) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Nd
- **Obiettivo 2019:** Nd
- **Obiettivo 2020:** Nd

# 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	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	

<b>Razionale</b>	<p>In Italia negli ultimi decenni sono intervenuti profondi cambiamenti culturali sociali e demografici che hanno determinato un posticipo della transizione alla genitorialità. L'età media per la prima gravidanza nel 2016 è infatti 31 anni in Italia e 32 in Emilia Romagna. Ciò contribuisce significativamente a un aumento del gap tra fecondità desiderata e fecondità effettiva per l'avvicinarsi, per il primo figlio, a quelle età che sono anche il limite biologico alla procreazione.</p> <p>Inoltre sono ormai consolidate in letteratura le evidenze scientifiche che comprovano, ai fini della preservazione della fertilità</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>l'importanza di conoscere e aver cura della propria salute riproduttiva e sessuale fin dall'adolescenza</li> <li>la criticità derivata dall'attuale carenza di informazione, in particolare di quella "referenziata" (a vantaggio invece, di un'ampia disponibilità di dati "spazzatura" accessibili sul web),</li> <li>la diagnosi precoce di alcune patologie ginecologiche che se tempestivamente diagnosticate e trattate, possono essere curate con successo</li> <li>l'adozione di comportamenti sessuali responsabili e di corretti stili di vita proteggono la fertilità.</li> </ul> <p>Nell'ambito della rete delle cure primarie, le sedi consultoriali costituiscono un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psicorelazionale della popolazione, sono un servizio a bassa soglia di accesso e utilizzato in modo privilegiato dagli utenti giovani. Per questo motivo uno spazio finalizzato alla preservazione della fertilità e alla promozione della salute sessuale relazionale e riproduttiva nei giovani adulti si colloca quindi nella nostra azienda all'interno del consultorio Familiare in continuità di metodologia e di approccio con l'esperienza del Consultorio Giovani, avvalendosi dell'esperienza ultradecennale di professionisti già formati,</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Secondo le indicazioni della DGR 1722/17, lo Spazio Giovani Adulti che ha come obiettivo generale la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli dei giovani adulti da 20 a 34 anni e la preservazione della fertilità. Gli obiettivi specifici sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informare sull'evoluzione della capacità riproduttiva nel corso della vita e su come proteggerla, evitando comportamenti che possono metterla a rischio;</li> <li>• promuovere attivamente stili di vita sani a protezione della salute riproduttiva e della fertilità;</li> <li>• fornire un'assistenza sanitaria qualificata per la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie dell'apparato riproduttivo femminile e maschile endometriosi, MST e PID, PCOS,</li> </ul>

	<p>malformazioni uterine, criptorchidismo, infiammazioni delle vie seminali, varicocele, alterazioni ormonali;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• effettuare una consulenza contraccettiva al fornire gli strumenti idonei alla pianificazione familiare consapevole.</li> </ul> <p>Tale spazio è stato identificato all'interno del consultorio familiare di Piazzale Milano, 6 a Piacenza, ad accesso libero(senza impegnativa del medico) tramite appuntamento. Le/gli utenti da ogni sede consultoriale dei distretti periferici sono indirizzati dall'ostetrica ( con prenotazione contestuale) all'ambulatorio specifico per richiesta diretta oppure dopo una visita ginecologica dopo una valutazione iniziale, in casi definiti da un protocollo concordato. In questo spazio si offre l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nei seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie sessualmente trasmissibili e prevenzione AIDS;</li> <li>• Pianificazione familiare;</li> <li>• Stili di vita e salute riproduttiva;</li> <li>• Preconcezione;</li> <li>• Patologie ginecologiche specifiche (endometriosi,PCOS);</li> <li>• Patologie andrologiche più frequenti in età giovanile;</li> <li>• Problematiche sessuali/relazionali e di coppia;</li> <li>• Infertilità di coppia.</li> </ul> <p>I professionisti che costituiscono l'équipe base sono ginecologa/o, psicologa/o e ostetrica/o; l'andrologo garantisce periodicamente la sua presenza per le consulenze maschili. E' prevista la possibilità dell'invio diretto a professionisti dedicati quali dermatologo, infettivologo, urologo e al secondo livello diagnostico in casi specifici.</p>
<b>Destinatari</b>	Giovani di età compresa tra 20 e 34 anni
<b>Azioni previste</b>	<p>Istituire lo spazio Giovani Adulti c/o il Consultorio Familiare di Piazzale Milano,6 a Piacenza con accesso diretto su appuntamento e definire l'invio da parte dei professionisti consultoriali</p> <p>Definire e redigere i protocolli di attività clinica dei professionisti dell'équipe di base riguardanti la presa in carico la consulenza e la cura per i principali temi trattati e la metodologia del lavoro dell'équipe.</p> <p>Progettare e redigere in modo integrato con i professionisti di riferimento protocolli e percorsi facilitati per le consulenze specialistiche e per l'accesso ai secondi livelli diagnostico-terapeutici.</p> <p>Organizzare un evento formativo sul tema in integrazione con i professionisti del dipartimento materno-infantile rivolto ai medici di medicina generale e agli operatori della casa della salute</p> <p>Organizzare interventi informativi rivolti alla popolazione generale per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità, della prevenzione della sterilità e la pubblicizzazione del servizio.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda USL/centri per le famiglie /centri di aggregazione giovanile/terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Molinaroli Maria Cristina
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € 0,00

---

## Indicatori locali: 4

---

**1°: 1.**

**realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni realtà aziendale;**

**Descrizione:** evento

formativo sul tema infertilità, MST, endometriosi in integrazione con i professionisti del dipartimento materno-infantile rivolto ai medici di medicina generale e agli operatori della casa della salute

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Pianificazione della formazione aziendale sui rischi da MST e sulla diagnosi di endometriosi

- **Obiettivo 2019:** Svolgimento della formazione

- **Obiettivo 2020:** Nd

**2°: 2. progettazione di una campagna informativa per**

**la cittadinanza sulla tutela della fertilità maschile e femminile;**

**Descrizione:** Organizzare

interventi informativi rivolti alla popolazione generale per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità, della prevenzione della sterilità e la pubblicizzazione del servizio.

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Campagna informativa e conferenza stampa per l'apertura dello spazio

- **Obiettivo 2019:** Campagna informativa per la cittadinanza sui temi specifici

- **Obiettivo 2020:** Nd

**3°: 3. apertura**

**di almeno uno spazio giovani adulti per distretto;**

**Descrizione:** Istituzione

dello spazio Giovani Adulti a Piacenza  
protocolli

clinici per i principali temi trattati con percorsi facilitati per le consulenze specialistiche e per l'accesso ai secondi livelli diagnostico-terapeutici.

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Apertura spazio giovani adulti

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

**4°: . % di utenti 20-34 anni/utenti totale dei CF.**

**Descrizione:** Numero utenti da 20 a 34 anni/numero totale utenti del consultorio

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 30%

- **Obiettivo 2019:** 32%

- **Obiettivo 2020:** Nd



## Promozione di strategie condivise per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere

Approvato

### Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere  
33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Comune di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	Si intende promuovere, consolidare e potenziare le collaborazioni stabili tra servizi, istituzioni e soggetti del privato sociale per rafforzare la rete dei servizi e renderla sempre più in grado di affrontare, pur nella specificità delle funzioni di ciascuno, il fenomeno della violenza contro le donne, con obiettivi comuni e modalità condivise a livello provinciale, nel quadro del Piano regionale contro la violenza di genere approvato con DAL n. 69/2016.
<b>Descrizione</b>	I Comuni capo distretto, l'Ausl e il Centro Antiviolenza Associazione Città delle Donne – Telefono Rosa sottoscriveranno uno specifico protocollo d'intesa volto a identificare gli impegni di ciascuno, le risorse necessarie e le modalità di collaborazione tra il Centro Antiviolenza e i servizi sociali territoriali, nonché a promuovere le azioni coordinate finalizzate al monitoraggio, alla prevenzione, emersione e contrasto del fenomeno della violenza di genere, alla formazione permanente degli operatori impegnati a vario titolo e con varie professionalità sul tema. A seguito di tale Protocollo, Il Comune di Piacenza, individuato come capofila, stipulerà la nuova convenzione per il sostegno economico, con il concorso di tutti i distretti del territorio provinciale, all'attività del Centro Antiviolenza, comprensivo della Casa Rifugio. A conferma di tale percorso, Ausl, comuni capofila, centro antiviolenza Associazione Città delle Donne – Telefono Rosa, Tavolo provinciale contro la violenza alla donna, CIPM sezione piacenza, parteciperanno fattivamente al percorso di formazione "Accoglienza e assistenza nelle reti dei servizi di emergenza urgenza e nelle reti dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza", finanziato con delibera n. 1890 del 29 /11/2017, con cui la Regione promuove interventi formativi a sostegno dell'implementazioni delle reti locali in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere
<b>Destinatari</b>	Donne vittime di violenza, operatori dei servizi sociali e sanitari.
<b>Azioni previste</b>	Sono previste le seguenti azioni: - Rinnovo protocollo di intesa provinciale e coordinata collaborazione al PDTA-S aziendale (vedi scheda 33) per la valorizzazione della rete provinciale, sia dei percorsi di tutela in emergenza che di prevenzione del fenomeno violenza di genere; - Centro Antiviolenza, comprensivo della gestione della Casa Rifugio (per un totale di 17 posti nelle varie articolazioni di ospitalità in emergenza, seconda accoglienza, casa ad indirizzo secretato) e del servizio di reperibilità telefonica - Attività di formazione degli operatori sociali, sanitari e delle forze dell'ordine

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivazione ospitalità per donne presso il Comune di Castel San Giovanni: la sede è in fase di ristrutturazione e nel triennio verrà destinata al sostegno delle donne in momenti di difficoltà o che abbisognano di un supporto anche abitativo per sostenere le risorse</li> <li>- Ospitalità madre/bambini Oasi a Borgonovo Val Tidone (presso la sede Andreoli di Asp Azalea)</li> <li>- Cose da donne il gruppo è composto da donne migranti con figli ed l'obiettivo più generale che si intende raggiungere è quello di raccontarsi e confrontarsi sui temi relativi alla quotidianità, all'integrazione, alla famiglia, alla gestione dei figli. L'intento primo del progetto è di vincere il senso di solitudine e inefficacia che molte donne straniere vivono e non lamentano, unitamente al tentativo di ricercare, di sollecitare la creazione di nuove reti tra donne, di far conoscere al meglio le risorse esistenti nel territorio, di offrire opportunità per sentirsi utili e valorizzate anche fuori dal contesto familiare. Le attività svolte sono di carattere concreto: alcuni momenti sono dedicati a laboratori, altri alla gestione ed organizzazione del corso di cucina. Tali incontri svolgono una funzione preventiva e costituiscono un ponte con i servizi a cui rivolgersi con fiducia quando si dovessero verificare momenti di grave difficoltà;</li> <li>- Attività di formazione degli operatori sociali, sanitari dell'associazionismo locale e delle forze dell'ordine</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche e interventi contro le discriminazioni.</p> <p>Interventi di contrasto alla povertà e inclusione sociale e lavorativa.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Distretti Città di Piacenza, Levante e Ponente, Ausl, Questura, Prefettura, Terzo Settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Ufficio di Piano
<b>Risorse non finanziarie</b>	ASP Città di Piacenza mette a disposizione, a costi calmierati, adeguata struttura per la Casa Rifugio.

## Totale preventivo 2018: € 76.667,09

- Centri Antiviolenza: **44.625,67 €**
- Altri fondi regionali : **8.000,00 €**

Risorse comunali: **24.041,42 €** di cui:

- Comune di Piacenza: **24.041,42 €**

## Indicatori locali: 2

### 1°: Costituzione gruppo di coordinamento e monitoraggio per l'attuazione del Protocollo d'Intesa

**Descrizione:** Al gruppo partecipano un referente tecnico di ciascun distretto, un referente Ausl e i referenti Centro Antiviolenza

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S
- **Obiettivo 2019:** S
- **Obiettivo 2020:** S

### 2°: Numero di iniziative formative rivolte agli operatori

**Descrizione:** Iniziative formative organizzate nell'ambito del Protocollo d'intesa e rivolto agli operatori a vario titolo impegnati sul tema, valorizzando le competenze del Centro Antiviolenza

**Tipo:** Numerico

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

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

## Qualificare la rete dei Servizi per la rilevazione, l'accoglienza e il trattamento dei bambini e degli adolescenti nell'ambito della protezione e della tutela.

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>Il progetto si colloca nella programmazione territoriale a supporto degli interventi sociali, educativi e psicologici rivolti ai bambini e agli adolescenti che vivono in condizioni di fragilità familiare, esposti a situazioni di maltrattamento e abuso. L'approccio multi professionale alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, già radicato nella storia dei Servizi della nostra provincia, va implementato e rinnovato alla luce dell'aumentata complessità delle situazioni trattate. La compresenza di problematiche sociali, educative, di disfunzionalità nelle relazioni di cura espongono le persone di minore età a situazioni di pregiudizio con ripercussioni sullo sviluppo psico-fisico e rischio psicopatologico. Le forme di maltrattamento nell'infanzia e nell'adolescenza sono di diversa natura ed entità, impattano sullo stato di salute dei minori in crescita e se non riconosciute e trattate costituiscono un terreno favorente la trasmissione transgenerazionale delle dinamiche maltrattanti.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>La DGR 1677/2013 "Linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso" ha fornito ai Servizi socio – sanitari una cornice di riferimento teorico e operativa finalizzata all'adozione di modelli di intervento più omogenei a livello regionale.</p> <p>La necessità di dare attuazione alla successiva DGR 1102/14 "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni sociosanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento" ha visto la costituzione di un tavolo tecnico interistituzionale e multi professionale che ha costruito e redatto l'Accordo provinciale che è stato assunto dall'AUSL di Piacenza e da tutti i Comuni e Unioni dei Comuni e divenuto operativo a partire da giugno 2017.</p> <p>La parte qualificante per gli aspetti organizzativi è la costituzione delle Equipe territoriali integrate (ETI) di ambito distrettuale e la costituzione della UVM provinciale.</p> <p>L'obiettivo è quello di uniformare i percorsi di presa in carico integrata e fornire risposte assistenziali rispondenti ai bisogni di casi complessi di minori allontanati o a rischio di allontanamento dal proprio contesto familiare nelle tre tipologie indicate dalla normativa regionale: minori con disabilità accertata, minori con diagnosi psicopatologica, minori vittime di maltrattamento fisico, sessuale e psicologico, trascuratezza grave e violenza assistita.</p> <p>Il miglioramento delle collaborazioni professionali nell'ambito delle ETI ha inoltre lo scopo di intercettare precocemente le situazioni di rischio familiare con interventi di sostegno alla genitorialità e di supporti psico-educativi ai minori individuali e di gruppo.</p> <p>La funzione dell'UVM concerne l'analisi e la validazione dei progetti presentati dalle ETI anche per l'ammissione alle prestazioni economiche da parte degli Enti.</p>

<b>Destinatari</b>	Psicologi, assistenti sociali ,educatori ,neuropsichiatri dirigenti dei servizi socio-sanitari, scuola, operatori della Giustizia.
<b>Azioni previste</b>	<p>1. Potenziare l'integrazione socio-sanitaria prevista dalla DGR 1102/14 attraverso una formazione condivisa tra le varie figure professionali coinvolte.</p> <p>2. Ridefinizione/aggiornamento di protocolli di collaborazione tra i Servizi , con la scuola e le Forze dell'Ordine al fine di potenziare l'efficacia della rete di protezione istituzionale a tutela dei minori in situazioni di maltrattamento e abuso.</p> <p>3. Monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale e nello specifico dei minori allontanati e a rischio di allontanamento (reportistica della casistica trattata in integrazione , reportistica UVM minori)</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	E' stata istituita una riunione di raccordo tra Servizio Sociale Asp Azalea e UONPIA a cadenza mensile durante il calendario scolastico per poter condividere interventi sui casi afferenti ad entrambi i servizi anche se non in possesso dei requisiti necessari alla presentazione della scheda ETI
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Psicologi, assistenti sociali ,educatori ,neuropsichiatri dirigenti dei servizi socio-sanitari, scuola, operatori della Giustizia.
<b>Referenti dell'intervento</b>	UONPIA, Psicologia di base, Responsabili Servizi Sociali
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 4

### 1°: Formazione socio sanitaria integrata specifica per l'attuazione della DGR 1102/2014

**Descrizione:** Attività formativa che qualifichi le modalità di collaborazione e gli strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi so-ciali, educativi, psicologia di base , neuropsichiatria infantile, altri servizi sanitari territoriali e osped

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Attive equipe Eti e UVM come da DGR - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Partecipazione di operatori sanitari ospedalieri e del territorio alla formazione in Area vasta Nord e ricaduta distrettuale nel secondo semestre ( tema violenza di genere e violenza assistita)

- **Obiettivo 2019:** Attuazione percorsi formativi integrati mirati all'implementazione della DGR 1102/14

- **Obiettivo 2020:** Dare continuità alle iniziative formative anche attraverso formazioni sul campo integrate tra i diversi servizi coinvolti o tramite supervisione

### 2°: Definizione /aggiornamento dei protocolli di collaborazione con le rete istituzionale di protezione e tutela minori sul tema del maltrattamento

**Descrizione:** Compilare/aggiornare documenti di collaborazione tra i diversi soggetti, pubblici e privati, che

compongono la rete di protezione, nell'analisi del bisogno e nella programmazione di obiettivi di miglioramento del sistema di protezione, tutela ed accoglienza;

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Esistenza di documenti obsoleti - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Aggiornamento protocolli
- **Obiettivo 2019:** Aggiornamento protocolli
- **Obiettivo 2020:** Concludere aggiornamento protocolli

**3°: Monitoraggio del numero di minori trattati  
(valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione  
multiprofessionale e reportistica UVM minori**

**Descrizione:** Compilare semestralmente fogli excel con i dati utili al monitoraggio distrettuale e rendicontazione UVM minori

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Esistenza di fogli excel distrettuali - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Mantenimento e aggiornamento dei fogli excel
- **Obiettivo 2019:** Mantenimento e aggiornamento dei fogli excel
- **Obiettivo 2020:** Mantenimento e aggiornamento dei fogli excel

**4°: Ampliamento équipe 1102/14**

**Attraverso riunioni di rete mensili al fine di una condivisione e  
coprogettazione tra servizi**

**Descrizione:** SPERIMENTAZIONE Incontri mensili con UONPIA Psicologia di Base e Servizio Sociale Asp Azalea

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Ampliamento del tavolo di coprogettazione al servizio Sert
- **Obiettivo 2019:** Ampliamento e proposta al Servizio DSM
- **Obiettivo 2020:** Valutazione risultati di rete ottenuti

## RICONOSCERE E VALORIZZARE IL CRESCENTE CONTESTO PLURICULTURALE

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Comune di Castel San Giovanni (PC)</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sostenere e qualificare interventi per l'accesso (servizi sociali e socio-sanitari) con particolare riferimento a specifiche e mirate azioni di mediazione culturale a sostegno degli operatori dei servizi e ad attività di informazione/consulenza e accompagnamento per cittadini stranieri</li> <li>- Garantire apprendimento e alfabetizzazione attraverso corsi di lingua italiana/educazione civica, con particolare riferimento alle donne e a i neo-arrivati</li> <li>- Favorire l'integrazione scolastica e la partecipazione sociale dei minori e delle famiglie migranti</li> <li>- Contrastare il disagio e favorire una presa in carico integrata con programmi educativi personalizzati, con particolare riferimento ai profili più fragili e vulnerabili (MSNA, neo-maggiorenni senza rete familiare, madri sole, o-arrivati..)</li> </ul>
<b>Descrizione</b>	<p>Si tratta di andare ad incidere su tre aree principali di bisogno andando a creare azioni mirate e specifiche per ogni area attraverso un lavoro di rete tra operatori e servizi sociali, scolastici, socio-sanitari, formativi/di orientamento e terzo settore rivolti a infanzia, adolescenza, giovani adulti e famiglie.</p> <p>Le tre aree di bisogno individuate sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mediazione interculturale nei servizi e sul territorio</li> <li>- alfabetizzazione, formazione e orientamento per minori e adulti</li> <li>- realizzazione di percorsi e progetti di vita e lavoro</li> </ul> <p>Gli operatori del territorio possono attivare al bisogno i mediatori culturali che sono gestiti e coordinati da una Cooperativa Sociale per l'ambito territoriale Val Trebbia (n. 10 Comuni) e da un'Associazione per l'ambito territoriale Val Tidone/Val Luretta (n. 11 Comuni).</p> <p>Gli Istituti Scolastici avviano interventi di accoglienza, orientamento e linguistici per alunni neo-arrivati; tali azioni sono coordinate a livello distrettuale tramite una figura di sistema interna all'Ufficio di Piano.</p> <p>La programmazione degli interventi linguistici per adulti è disposta annualmente dall'Ufficio di Piano sulla base delle esigenze del territorio ed in collaborazione con il CPIA distrettuale.</p> <p>Il Distretto si occupa in questo ambito anche del MSNA secondo la nuova normativa accennata per punti</p> <p>Per Minore Straniero non accompagnato si intende il minore non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione Europea che, non avendo presentato domanda di asilo, si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato privo di assistenza e rappresentanza da parte di genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili..." (DPCM 535/99 art. 1).</p> <p>1. Un sistema organico e specifico di accoglienza, con strutture dedicate alla prima accoglienza-identificazione dei minori (in cui il tempo di permanenza massima è dimezzato –</p>

	<p>da 60 a 30 giorni) e il successivo trasferimento nel sistema di seconda accoglienza in centri che aderiscono al Sistema per richiedenti asilo e rifugiati (Sprar)</p> <p>2. Standard omogenei per l'accertamento dell'età e l'identificazione con la presenza di un mediatore culturale durante i colloqui, creando così una tanto attesa procedura uniforme a livello nazionale.</p> <p>3. La protezione dell'interesse del minore, tramite: L'istituzione di regole più chiare per la nomina dei tutori con l'istituzione dell'albo dei tutori volontari a cura dei tribunali per i minorenni. La legge dà inoltre la priorità all'affidamento in famiglia come principale strada di accoglienza rispetto alle strutture; Il ricorso a due unici tipi di permessi di soggiorno, quello per minore età e quello per motivi familiari, che potranno essere richiesti direttamente alla questura competente anche in assenza della nomina del tutore; L'attenzione ai ricongiungimenti familiari attraverso indagini da parte delle autorità competenti nell'interesse del minore, i cui esiti saranno comunicati sia al minore sia al tutore; Il passaggio della competenza sul rimpatrio assistito al Tribunale per i minorenni, organo costituzionalmente dedicato alla determinazione dell'interesse del minore, al contrario del precedente organo competente (Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del ministero del lavoro e delle politiche sociali).</p> <p>4. Il diritto alla salute e all'istruzione, con misure che superano gli impedimenti burocratici che precedentemente non consentivano ai minori soli di goderne a pieno ed effettivamente.</p> <p>5. Il diritto all'ascolto per i minori stranieri non accompagnati nei procedimenti amministrativi e giudiziari che li riguardano (anche in assenza del tutore) e all'assistenza legale, avvalendosi del gratuito patrocinio a spese dello Stato. Per tali interventi, a seguito di rendicontazione opportuna e richiesta, si gode di un finanziamento ministeriale pari a € 45 die per accoglienza dei minori succitati Il Distretto ha inoltre aderito al Progetto FAMI CASPER 2014-2020 gestito a livello provinciale da una Cooperativa Sociale, attraverso le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. orientamento nella costruzione di percorsi e progetti di vita e di lavoro</li> <li>b. orientamento ai servizi del territorio</li> <li>c. potenziamento mediazione interculturale c/o Centro per le Famiglie</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Destinatari</b></p>	<p>Stranieri residenti nel Distretto di Ponente, con particolare riferimento alle donne, alle famiglie con minori, agli adolescenti e agli adulti in carico ai servizi sociali; alunni frequentanti le scuole del Distretto; neo-arrivati; MSNA</p>
<p style="text-align: center;"><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione sportello interculturale e servizio di mediazione interculturale presso Centro per le Famiglie distrettuale: i mediatori culturali sono componenti stabili dell'équipe del Centro e partecipano a tutte le attività di programmazione, monitoraggio e verifica. Sono coinvolti al bisogno anche in altri progetti del Centro (home visiting, gruppi di genitori, gruppi di adolescenti, attività nelle scuole..). Si rimanda alla scheda 15 "POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI DI ACCUDIMENTO NEI SERVIZI" per i progetti del Centro per le Famiglie allegati.</li> <li>- gestione servizio di mediazione interculturale in Val Trebbia: realizzazione momenti formativi su temi interculturali per operatori dei servizi; realizzazione di incontri periodici di confronto, socializzazione ed alfabetizzazione rivolti alle donne (vedere allegato)</li> <li>- mediazione interculturale a scuola: attività di prima accoglienza ed orientamento a scuola degli alunni neo-arrivati e delle loro famiglie; attività di facilitazione dei rapporti scuola-famiglia; laboratori di educazione interculturale e/o di approfondimento di tematiche connesse all'intercultura per le classi; percorsi formativi per insegnanti e genitori su temi legati all'intercultura; consulenza ai docenti su casi complessi (vedere allegato)</li> <li>- avvio gruppi di apprendimento dell'italiano come L2: il progetto "Tutti a scuola" supporta le scuole per la prima alfabetizzazione degli alunni stranieri neo-arrivati con la possibilità di utilizzare personale esterno qualificato e formare i propri docenti sul tema della didattica interculturale (vedere allegato)</li> <li>- supporto all'alfabetizzazione ed integrazione degli adulti: implementazione e coordinamento dell'offerta di corsi nel territorio distrettuale diversificando i livelli e garantendo omogeneità di accesso con il coinvolgimento delle Associazioni/Cooperative del territorio e del CPIA (vedere allegato)</li> </ul>

	<p>- accoglienza, sostegno, progettazione interventi, predisposizione degli atti giuridici ed amministrativi necessari al collocamento (raccordo con Forze dell'Ordine, Uffici Giudiziari, Agenzia delle Entrate Azienda Usl, rendicontazione a Prefettura) realizzazione, gestione e monitoraggio interventi predisposti. L'implementazione di tutti gli interventi necessari all'accoglienza dei MSNA implica avere un operatore dedicato in grado di intervenire tempestivamente (non esiste una programmazione degli arrivi) per il collocamento, una capacità di mantenere una rete con tutte le istituzioni coinvolte, l'inserimento nei corsi di italiano presenti nel territorio e in progetti formativi. A conclusione del percorso occorre individuare una possibile strategia di permanenza sul territorio italiano, oppure la modalità di rimpatrio, tenendo conto che i finanziamenti ministeriali si concludono con il compimento della maggiore età</p> <p>- orientamento adolescenti stranieri progetto predisposto presso l'Endofap Don Orione, luogo particolarmente accogliente e spesso individuato per il percorso foormativo dei MSNA (vedere schede allegate).</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per l'inclusione sociale, per l'integrazione dei cittadini stranieri e formative
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi Sociali Unione/Comuni, Istituti scolastici, Privato Sociale (Cooperative Sociali e Volontariato), CPIA, Centro per le Famiglie, Endofap Don Orione di Borgonovo
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano, Referente Area Adulti e Referente Area Minori
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori dei Servizi Sociali comunali e del Centro per le Famiglie, insegnanti referenti per ciascun Istituto Scolastico

**Totale preventivo 2018: € 58.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **35.047,74 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **404,00 €**
- Centri per le Famiglie: **5.000,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici (*Residui anno 2017*): **6.548,26 €**

**Risorse comunali: 11.000,00 € di cui:**

- Comuni del Distretto di Ponente: **11.000,00 €**

**Indicatori locali: 0**



# RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA

Approvato

## Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Negli ultimi anni la AUSL di Piacenza ha dimostrato una buona capacità di adattamento ai bisogni della popolazione di riferimento, raggiungendo livelli di risposta molto soddisfacenti in termini di appropriatezza: gli indicatori di qualità e di performance tradizionali, ad esempio quelli del metodo "Bersaglio", sono buoni e in linea con la media regionale. La sfida che la nostra Azienda, e più in generale il nostro Sistema Sanitario Regionale, si troverà ad affrontare nel breve-medio periodo è quella di mantenere gli elevati standard di risposta raggiunti, costruendo al contempo una offerta adeguata e appropriata ai nuovi bisogni complessi, che derivano in buona parte dai trend anagrafici e, conseguentemente, dalla crescita esponenziale della prevalenza degli stati cronici. La domanda di ricoveri in calo, la necessità di garantire l'aggiornamento tecnologico e l'accesso ai nuovi farmaci, il forte incremento di bisogni legato alle cronicità e l'esigenza di specializzare e caratterizzare sempre di più i nostri ospedali sono le principali dinamiche da affrontare. A tale contesto si aggiunge la necessità di mantenere livelli di efficienza gestionale coerenti con le risorse a disposizione.</p> <p>In questo quadro, l'Azienda deve necessariamente trasformare la propria rete di offerta e l'organizzazione interna basando la propria evoluzione su alcuni concetti-chiave:</p> <p>☒ Far crescere il Sistema: la prospettiva della crescita è intesa principalmente in antitesi all'immobilismo o al mantenimento dello stato dell'arte, troppo spesso erroneamente identificati come difesa del sistema. Per garantire un vero futuro in salute ai nostri cittadini è fondamentale crescere ed evolvere in modo da rispondere efficacemente ai nuovi e più complessi bisogni di salute. La sanità del futuro deve essere dinamica e offrire al cittadino la miglior risposta possibile: in questo senso, i luoghi di cura e trattamento canonici (Ospedale, Territorio, Domicilio) devono essere interrelati nel segno dell'integrazione e della continuità, mettendo al centro il paziente, e rafforzando le attività di prevenzione primaria, promozione di salute e stili di vita sani ed empowerment dei pazienti.</p> <p>☒ Essere protagonisti nella nuova rete ospedaliera di Area Vasta: in recepimento del D.M. 70/2015 e della DGR 2040/2015, e in risposta all'evoluzione della medicina e degli standard clinici, l'Azienda deve ragionare in ottica di rete provinciale e regionale, organizzando le proprie strutture sulla base della specializzazione. La riorganizzazione degli ospedali del territorio nell'ottica della specializzazione significa garantire una appropriata concentrazione della casistica, raggiungendo migliori livelli di clinical competence e, di conseguenza, controllando e diminuendo il rischio clinico.</p> <p>☒ Servizi territoriali e prossimità: è fondamentale garantire la prossimità dei servizi di primo e secondo livello, ovvero, principalmente, medicina generale, diagnostica di base, specialistica ambulatoriale. Questo rappresenta la base per ridurre le diseguaglianze tra i diversi territori di riferimento e, di conseguenza, per assicurare migliori livelli di equità di accesso ai servizi. L'azione principale per aumentare la prossimità dei servizi e ampliare le</p>
------------------	---

possibilità di accesso è investire nell'attivazione delle Case della Salute (CdS), da intendersi come i principali punti di riferimento della comunità per i servizi di primo e secondo livello.

☒ **Medicina di iniziativa, responsabilità e presa in carico:** i professionisti del futuro non si limitano ad applicare corrette procedure mediche e di trattamento, ma devono essere in grado di gestire appropriatamente i casi più complessi e sempre più prevalenti, i malati cronici, a partire dalla presa d'atto del dato più importante: quasi la metà dei cronici oggi non segue i percorsi di cura fino a quando non sorgono le prime importanti complicanze, o addirittura anche più tardi. In altre parole, il sistema deve garantire una organizzazione che intercetti in modo proattivo i pazienti, che diventi responsabile dell'arruolamento, e che gestisca il percorso di cura in base a specifici Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), in cui sono coinvolti diversi tipi di professionisti (MMG, specialisti, medici ospedalieri, infermieri, assistenti sociali, etc). In questo senso, la CdS è il luogo in cui avviene la presa in carico dei pazienti più complessi nel segno della medicina di iniziativa, con la contestuale attivazione dei servizi più appropriati alla specifica situazione clinica del singolo paziente, anche attraverso la costruzione di Percorsi Assistenziali Individuali (PAI) per i casi pluri-patologici.

☒ **Mantenere la sostenibilità economica:** aggiornamento tecnologico, nuovi farmaci, potenziamento del territorio e gestione strutturata della cronicità richiedono significative risorse in investimenti, beni e, soprattutto, personale. La sostanziale non-crescita delle risorse dedicate al sistema sanitario, prospettata almeno nel medio periodo, rende imperativo proseguire negli sforzi di razionalizzazione, in termini di efficienza, appropriatezza e soprattutto coerenza fra l'offerta di servizi e bisogni di salute: l'ammodernamento della rete ospedaliera, sia dal punto di vista infrastrutturale sia dal punto di vista clinico/organizzativo, contribuirà a tale sforzo di razionalizzazione. Inoltre, l'Azienda deve proseguire, sviluppare e rafforzare i processi di reingegnerizzazione e riorganizzazione dei servizi amministrativi. Tali principi sono il frutto di un percorso di condivisione ampio e concertativo, che da luglio 2015 ad marzo 2017 ha interessato gli operatori e i professionisti della sanità piacentina, gli attori istituzionali e i rappresentanti della società civile, e che va sotto il nome di "Futuro in Salute".

La motivazione principale alla base di questo Piano sta nella evoluzione della normativa di riferimento del Sistema Sanitario Nazionale. Il recente Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70 (di seguito D.M. 70/2015) disegna il "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera" e uno degli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda USL di Piacenza è "riorganizzare la rete ospedaliera secondo quanto previsto dal D.M. 70/2015 e dalla DGR 240/2015", delibera regionale in attuazione del decreto.

Nello specifico, il D.M. 70/2015 prende atto dei significativi cambiamenti nei bisogni di assistenza che stiamo sperimentando in questi anni e stabilisce la necessità di evoluzione e cambiamento dell'intero sistema sanitario in modo da rispondere in modo efficace ai nuovi bisogni e di garantire appropriati livelli di sicurezza ai pazienti.

Il Decreto assume come criterio prioritario quanto provato dalla letteratura scientifica, per cui esiste una forte correlazione tra volumi ed esiti per una grande parte delle prestazioni sanitarie. In altre parole, esiste un rapporto tra numerosità delle prestazioni erogate e indicatori di esito, e, nello specifico, più è alto il numero di casi trattati più è probabile che l'esito per il paziente sia buono. Per questa ragione, il Decreto e la DGR 2040/2015 prescrivono che l'evoluzione della rete dei servizi sanitari debba basarsi sulla specializzazione delle strutture: le Aziende sanitarie devono ripensare alla propria rete ospedaliera in primo luogo attraverso la concentrazione della casistica nei diversi stabilimenti del territorio di riferimento, in modo da:

- migliorare le competenze cliniche (clinical competence) dei professionisti
- diminuire il rischio clinico
- garantire maggiore sicurezza delle cure
- migliorare la qualità del servizio
- dare una vocazione precisa a ciascun ospedale, in modo valorizzare le eccellenze già presenti
- evitare sovrapposizioni e duplicazioni nella rete
- migliorare l'efficienza della rete

In particolare, rispetto all'ultimo punto, il D.M. 70/2015 e la DGR 2040/2015 stabiliscono che attraverso la specializzazione e la concentrazione della casistica le Aziende sanitarie devono portare la dotazione di posti letto totali a rispettare il rapporto di 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie tenuto conto

	<p>del saldo di mobilità. Per la AUSL di Piacenza, questo significa un massimo di 1.100 posti letto, partendo da una situazione attuale di 1.146 posti letto.</p> <p>In base alla DGR 2040/2015, inoltre, la riorganizzazione della rete provinciale passa anche attraverso un forte potenziamento del territorio, attraverso la riorganizzazione delle Case della Salute con i contenuti per affrontare il tema della cronicità e dei percorsi di cura che avvengono, e avverranno sempre di più, al di fuori dell'ospedale. Questa riorganizzazione è necessaria per mantenere sostenibile l'attività dell'Azienda: ospedali non specializzati con piccoli volumi e piccoli bacini di utenza hanno un costo per caso trattato maggiore di quelli specializzati, a parità di posti letto. Il sistema ha bisogno di risorse per nuovi farmaci e dispositivi, nuove tecnologie e per potenziare il territorio: la riorganizzazione della rete ospedaliera consentirà anche di liberare risorse, da destinare, finalmente, ai nuovi bisogni dei nostri cittadini.</p>
<p><b>Descrizione</b></p>	<p>La rete ospedaliera della AUSL di Piacenza è costituita da tre ospedali, quello generale di Piacenza, quello di Castel San Giovanni e quello di Fiorenzuola d'Arda, dall'Ospedale di Comunità (OsCo) di Bobbio e dall'Unità Spinale di Villanova d'Arda e serve un bacino di utenza di circa 300.000 abitanti, di cui un terzo residenti in città. Di seguito viene descritto il quadro attuale della rete in termini di offerta e criticità. (per i dettagli quali quantitativi si rimanda Piano Strategico dell'Azienda Usl di Piacenza)</p> <p>L'obiettivo principale della riorganizzazione proposta è quello di assicurare alla popolazione della provincia il mantenimento dei quattro ospedali, di cui uno di comunità, che siano in grado di assolvere in maniera autonoma e qualificata ai bisogni più frequenti, maggioritari e prevalenti del bacino di riferimento, in particolare della componente anziana. Il Piano di organizzazione e sviluppo della rete ospedaliera si basa innanzitutto sulla specializzazione dei quattro ospedali: la concentrazione dei servizi, infatti, consente da un lato di creare dei poli ad altissima competenza clinica ed elevati standard di sicurezza e qualità, dall'altro di dare una forte identità, immediatamente riconoscibile, a ciascuna struttura, unica garanzia di sopravvivenza nel medio-lungo periodo. Inoltre, questo sviluppo nel segno della specializzazione garantisce alla popolazione provinciale punti di offerta al più alto standard di qualità e sicurezza e conferisce potere di attrattività ai nostri ospedali, sia verso i professionisti, sia verso i pazienti.</p> <p>La proposta è quella di rendere i quattro ospedali in rete perfettamente complementari, così da rispondere in modo migliore alle esigenze di garanzia di equità di accesso ai diversi servizi e, al contempo, di operare in un contesto più sicuro per i pazienti stessi. Nel nuovo sistema ospedaliero ogni struttura del territorio viene valorizzata in quanto nodo in una rete di offerta complessiva di elevata qualità, senza sovrapposizioni, diseconomie e inefficienze.</p> <p>In termini generali, la riorganizzazione riguarda le quattro aree ospedaliere principali: area chirurgica, area dell'emergenza-urgenza, area medica e area della riabilitazione.</p> <p>La priorità per l'area chirurgica è quella di concentrare maggiormente la casistica, in modo da diminuire il rischio clinico correlato alle attività tipiche di questa area e, quindi, da garantire la sopravvivenza delle specialità interessate, in particolare quelle caratterizzate da una casistica limitata. Al fine di migliorare le liste d'attesa chirurgiche, tema molto importante per la regione Emilia-Romagna, l'area chirurgica sarà organizzata in modo da separare le attività legate all'urgenza e quelle relative all'attività programmata: in questo modo si acquisirà anche un maggior livello di sicurezza e qualità.</p> <p>La rete dell'emergenza-urgenza è attualmente costituita da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UU.OO.CC. 118 e Pronto Soccorso (PS) di Piacenza</li> <li>- UU.OO.SS.DD. di PS di Fiorenzuola</li> <li>- UU.OO.SS.DD. di PS di Castel San Giovanni</li> <li>- Punti di Primo Intervento (PPI) di Bobbio e Farini</li> </ul> <p>La diversa caratterizzazione degli Ospedali impatterà inevitabilmente anche sulla rete dell'emergenza-urgenza. In particolare, gli obiettivi principali per questa area sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concentrare l'emergenza grave ortopedica e chirurgica a Piacenza (ictus, infarto miocardico, traumi gravi, urgenze vascolari e sanguinamenti del tratto gastroenterico), con centralizzazione primaria dei casi gestiti dal 118;</li> <li>- concentrare l'urgenza e l'emergenza pediatrica a Piacenza, secondo percorsi predefiniti e con criteri correlati anche all'età;</li> <li>- mantenere i PS di Fiorenzuola e Castel San Giovanni H24, appoggiandosi alle UU.OO. specialistiche di Piacenza per le urgenze più gravi, in un'ottica di rete. Saranno potenziate le capacità di rispondere alle esigenze del bacino di riferimento;</li> <li>- mantenere il PPI di Bobbio H24;</li> </ul>

- organizzare un supporto ai trasporti urgenti con strutturazione di ALS medicalizzati, dando risposta a criticità già presenti e dovute al fatto che i territori della Val d'Arda e della Val Tidone dipendono sostanzialmente dall'ALS medico di Piacenza.

La riorganizzazione dell'area medica ha come obiettivo quello di mantenere (dove esiste) e creare (dove non esiste ancora) la possibilità di gestire la massima complessità possibile data dal contesto specifico. L'area medica è chiamata inoltre a stabilire una reale integrazione con i servizi territoriali, per una gestione più efficace e appropriata delle patologie più complesse (cronicità, oncologia); in altre parole, la finalità della riorganizzazione dell'area medica è quella di garantire autonomia distrettuale anche attraverso le strutture ospedaliere.

In fine, l'area della riabilitazione va completamente potenziata poiché occorre colmare un vero e proprio vuoto di offerta, che riguarda la provincia piacentina insieme alle province di Pavia, Lodi, fino a Parma e Reggio Emilia.

Il D.M. 70/2015, e la DGR 2040/2015, stabiliscono che le Aziende sanitarie del Sistema Sanitario Nazionale dovranno investire sul potenziamento del territorio, al fine di rispondere in modo efficace ai bisogni dei cittadini e, al contempo, recuperare efficienza e qualità. I servizi territoriali sono ormai da due decenni equivalenti ai servizi ospedalieri, in termini di peso sul bilancio delle ASL e, anche, dal punto di vista dell'importanza strategica nella programmazione dell'attività sanitaria.

Questa è forse la sfida più difficile che siamo chiamati ad affrontare, proprio per l'eterogeneità delle attività che devono essere governate e per la diversa tipologia di professionisti che devono essere guidati e orientati verso gli stessi obiettivi comuni. Specialisti dipendenti, Medici di Sanità Pubblica, sumai, infermieri (dipendenti e non), Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, assistenti sociali, personale tecnico e di supporto che lavorano insieme per offrire il miglior servizio possibile alla utenza di riferimento. La progettazione di una struttura organizzativa efficace e l'attivazione di meccanismi organizzativi e operativi flessibili sono le chiavi di successo per raggiungere il livello di integrazione e coordinamento necessari.

I servizi territoriali in essere nel prossimo futuro si concretizzano in una proposta di riorganizzazione degli stessi che si basa sostanzialmente sulle Case della Salute, struttura fisica che diventa anche un riferimento organizzativo funzionale all'integrazione dei diversi servizi e dei professionisti.

La AUSL di Piacenza, nella sua evoluzione, deve necessariamente considerare lo sviluppo di queste macro-strutture organizzative come un pilastro fondamentale della riorganizzazione dell'offerta dei servizi specialistici e delle nuove modalità di presa in carico dei pazienti sul territorio, attraverso soprattutto i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, quali parte integrante del sistema sanitario territoriale.

La programmazione proposta prevede di attivare un totale di 11 Case della Salute, organizzate così come descritto sopra, dislocate come di seguito:

- Piacenza
- Fiorenzuola
- Bobbio
- Lugagnano
- Carpaneto (CdS già attiva)
- Cortemaggiore (CdS già attiva)
- Monticelli (CdS già attiva)
- Bettola (CdS già attiva)
- Podenzano (CdS già attiva)
- San Nicolò (CdS già attiva)
- Borgonovo (CdS già attiva)

L'attivazione delle Case della Salute, con i fondamentali coinvolgimenti dei MMG e la costituzione degli ambulatori infermieristici, è uno dei passaggi chiave per realizzare l'approccio proattivo della medicina di iniziativa. Infatti, il bisogno di presa in carico dei nostri pazienti più complessi è cambiato, così come i loro bisogni di cura e di assistenza: quella che occorre attuare oggi è una presa in carico totale, trasversale, che riguarda tutti gli aspetti del paziente. Il driver di successo nel trattamento delle cronicità sta nella capacità di tenere il paziente stabile, il più a lungo possibile: questo obiettivo si raggiunge solo se tutti i professionisti coinvolti nella gestione del paziente seguono una stessa "strategia". Accanto alla costituzione delle nuove Case della Salute, è prioritario disegnare e applicare efficaci Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali e, soprattutto, diffonderli e condividerli con tutti i professionisti interessati alla specifica patologia cui il PDTA si riferisce.

	Il PDTA è, infatti, uno strumento di presa in carico, funzionale alla continuità della cura e al raggiungimento di un maggior livello di appropriatezza nella gestione delle patologie più complesse, soprattutto quelle croniche, attraverso l'azione integrata e coordinata dei diversi professionisti coinvolti.
<b>Destinatari</b>	Cittadini pazienti del Servizio Sanitario Regionale e i suoi professionisti
<b>Azioni previste</b>	Per la sintesi delle azioni previste, si rimanda al piano delle azioni approvato in Conferenza Territoriale Socio Sanitaria il 20 luglio 2018 – <a href="http://www.ausl.pc.it/ctss/">http://www.ausl.pc.it/ctss/</a>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 3

### 1°: adeguamento dei posti letto come indicato dal DM

**70/2015, target 100%**

**Descrizione:** adeguamento dei posti letto come

indicato dal DM 70/2015, target 100% adeguamento dei posti letto come indicato dal DM 70/2015, target 100%

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 2°: definire il riassetto delle discipline incluse nelle reti Hub&Spoke attraverso proposte dei gruppi di lavoro appositamente istituiti, target 100%

**Descrizione:** n. reti Hub&Spoke ridefinite/totale reti Hub&Spoke identificate dalla DGR 2040/2015

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 3°: valutazione dei diversi modelli fin qui sviluppatasi con lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali (evidenza documento, target 100%)

**Descrizione:** documento di valutazione dei diversi modelli fin

qui sviluppatasi con lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

## Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/ i 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	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Piacenza</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	<p>La nascita non è un evento puntiforme anche se, per convenzione, ciascuno è identificato da una serie di coordinate (ora e luogo sono certificati dall'anagrafe), non avviene in un minuto, in realtà si tratta di una fase dell'esistenza, di lungo percorso che si sviluppa in un anno, dal concepimento al puerperio. Garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza al parto e al puerperio, significa quindi strutturare le prestazioni definendole all'interno di un percorso secondo la logica di presa in carico e attenzione in tutte le fasi, in quanto è noto che co questi momenti sono delicati e predittivi delle condizioni di forza o di debolezza che caratterizzeranno poi la vita del piccolo.</p> <p>Il percorso Nascita aziendale, comprensivo degli indicatori e della descrizione delle interfacce principali tra il territorio e l'ospedale, è attivo come PDTA dal gennaio 2015 .Il gruppo di lavoro costituito dai Direttori di Dipartimento delle Cure Primarie e Materno-Infantile, dai direttori delle U.U.O.O. maggiormente coinvolte (Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Psicologia Di Base), dai Responsabili Assistenziali di Dipartimento, dalle coordinatrici delle U.U.O.O. è coordinato dal direttore dell'U.O. Consultori Familiari, referente provinciale del percorso, si riunisce con cadenza trimestrale su tematiche di tipo clinico-assistenziale e gestionale e per la valutazione/monitoraggio degli indicatori.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il Punto nascita di Piacenza, attualmente unico a livello provinciale è un centro spoke con un volume di circa 1800 parti/anno e pertanto è allineato con i requisiti indicati nell'accordo Stato-regioni del 2010.</p> <p>Obiettivi del percorso sono la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in gravidanza e il corretto ricorso al taglio cesareo.</p> <p>Gli obiettivi specifici per il prossimo triennio sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONSOLIDARE E MONITORARE L'ATTUALE ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA AL PARTO E AL PUERPERIO SECONDO PROFILI ASSISTENZIALI BASATI SUI BISOGNI.</li> <li>• MONITORARE I PROTOCOLLI DI INTERFACCIA DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA E DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE CON IL PUNTO NASCITA E CON LE UNITÀ OPERATIVE MAGGIORMENTE COINVOLTE.</li> <li>• PROMUOVERE EQUITÀ DI ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI IN GRAVIDANZA E IN PUERPERIO , IN PARTICOLARE AI CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA E ALLO SPAZIO MAMMA-BAMBINO</li> <li>• MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DEL RICORSO AL TAGLIO CESAREO IN PARTICOLARE NELLE CLASSI I, IIB E IVB, V DI ROBSON</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FAVORIRE L'APPROCCIO INTEGRATO SOCIALE E SANITARIO AL TEMA DELLA NASCITA ATTRAVERSO IL CONSOLIDAMENTO DELLE COLLABORAZIONI CON I CENTRI DELLE FAMIGLIE DISTRETTUALI</li> <li>• PROMUOVERE LA DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELL'IMPORTANZA DELLA NASCITA E DELL'ALLATTAMENTO MATERNO E DEI PRIMI ANNI DI VITA PER LA SALUTE DEL BAMBINO ATTRAVERSO INIZIATIVE SPECIFICHE RIVOLTE ALLA POPOLAZIONE</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Donne, coppie in gravidanza e nel post parto e i loro bambini/e, professionisti del percorso nascita.
<b>Azioni previste</b>	<p>Coordinamento aziendale del Percorso Nascita attraverso incontri periodici trimestrali del gruppo di lavoro costituito dai direttori e dalle coordinatrici delle U.O. Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Psicologia di base.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrazione puntuale dei dati, Rilevazione e Analisi almeno semestrale, con il gruppo di lavoro, dei risultati riferiti agli indicatori definiti</li> <li>- Pianificazione e Implementazione delle eventuali azioni correttive/di miglioramento condivise in funzione dei risultati rilevati</li> <li>- Validazione annuale, con eventuale modifica del documento PDTA</li> <li>- Offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita e prenotazione visita post-partum per tutte le gravide seguite nei consultori attraverso la compilazione della scheda scelte per il parto.</li> <li>- Offerta attiva e prenotazione di incontri in gravidanza allargati alla famiglia, in presenza delle mediatrici, il sabato mattina, quindi in orari più fruibili e con taglio prevalentemente informativo.</li> <li>- Partecipazione al progetto regionale l'amore a colori</li> <li>- Partecipazione progetto Regionale sulla prevenzione alla diagnosi cura e assistenza della sindrome depressiva post partum</li> <li>- Completamento della formazione specifica sul riconoscimento della violenza di genere e avvio dello screening per tutte le gravide</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento della collaborazione con i centri per le famiglie distrettuali</li> <li>- Promozione di un appropriato ricorso al Taglio Cesareo attraverso             <ul style="list-style-type: none"> <li>- induzione programmata al travaglio di parto</li> <li>- epoca di ammissione al travaglio di parto spontaneo</li> </ul> </li> <li>- sviluppo dell'attitudine di pazienti e professionisti verso il parto vaginale dopo taglio cesareo</li> <li>- programmi di addestramento dei professionisti nel rivolgimento per manovre esterne (ECV) e parto operativo vaginale</li> <li>- audit sulla appropriatezza nell'uso e competenza nell'interpretazione del monitoraggio elettronico fetale(EFM)</li> <li>- valorizzazione del ruolo dell'ostetrica al sostegno emotivo in travaglio di parto</li> <li>- corretto utilizzo e timing dell'anestesia epidurale in travaglio</li> <li>- presenza di un medico dedicato alla sala travaglio-parto, senza altra responsabilità oltre a quella delle donne in travaglio</li> </ul> <p>Pianificazione, in collaborazione con i centri delle famiglie, le associazioni di incontri pubblici e di seminari dedicati alle tematiche del Percorso Nascita destinati ai professionisti e al pubblico</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali Servizi specialistici in caso di patologie specifiche

<b>Referenti dell'intervento</b>	Molinaroli M.Cristina, Responsabile dell'UO consultori familiari dell'Azienda USL di Piacenza
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 4

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

**Descrizione:** PDTA del Percorso Nascita aziendale attivo nei tre distretti comprensivo di indicatori per il monitoraggio e delle interfacce

Verbali delle riunioni trimestrali

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Attivato nel 2015 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Revisione e validazione annuale con eventuali modifiche e integrazioni

- **Obiettivo 2019:** Revisione e validazione annuale con eventuali modifiche e integrazioni

- **Obiettivo 2020:** Revisione e validazione annuale con eventuali modifiche e integrazioni

### 2°: 2. % ricoveri per parto in punti nascita < 1000 parti/anno;

**Descrizione:** Non applicabile

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** Nd

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

### 3°: 3. % parti cesarei nella classe 1 di Robson;

**Descrizione:** Percentuale

di parti

cesarei nella classe 1 di Robson

N. parti cesarei con travaglio spontaneo NTSV / N.

parti con travaglio spontaneo .

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** La percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson è in calo,10,36% a fronte del 13% nel 2016, sebbene sempre al di sopra della media regionale - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** < = 9,4

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

**4°: 4. % allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi;**

**Descrizione:** percentuale di bambini

allattati in modo completo rilevato durante l'accesso per le vaccinazioni

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Il tasso di allattamento

completo rilevato nel corso delle vaccinazioni obbligatorie è in costante aumento e si colloca al di sopra della media regionale.

63%

a tre mesi

46% a cinque mesi - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** >dei valori degli anni precedenti

- **Obiettivo 2019:** Nd

- **Obiettivo 2020:** Nd

## SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO\COMUNITÀ)

Approvato

### Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Comune di Castel San Giovanni</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Si</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il modo in cui guardiamo le cose, le modalità con cui costruiamo e coltiviamo i rapporti affettivi e sociali, lo stile comunicativo che usiamo per interagire con chi ci circonda, influenzano in modo significativo la nostra relazione con il mondo esterno. Il modo più efficace per modificare qualcosa nelle proprie relazioni interpersonali pertanto, non è chiedere all'altro di cambiare, ma cambiare il proprio atteggiamento nei confronti dell'altro. Non è all'esterno che bisogna chiedere un cambiamento, ma a se stessi. Gli incontri con la popolazione hanno posto al centro dei bisogni del territorio proprio la povertà relazionale che si sta diffondendo e che non permette di poter evidenziare le valenze positive che esprime la comunità. La scuola esprime fortemente questo disagio quando si trova ad affrontare, come impone il suo ruolo, le tematiche pedagogiche ed educative che si confanno al suo mandato istituzionale. I servizi hanno un'elevata capacità quando si tratta di individuare gli aspetti di fragilità e meno allenati a cercare le positività che sono i pilastri su cui si può costruire. Il P.I.P.P.I. è un progetto sperimentale che contiene, sperimenta, programma interventi anche su questo principio fondamentale. Gli interventi di sostegno economico oppure di inserimento lavorativo, se non godono di una visione globale della situazione diventano frammenti di sostegni che rischiano di produrre, come esito non sperato, la dipendenza e non autonomia, la deprivazione e non il benessere, la sedazione delle proprie capacità e non l'esaltazione delle risorse di una famiglia.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il Distretto di Ponente ha scelto pertanto di fare proprie le linee guida parallele di strumenti quali il Res il Rei il Pippi la Legge 14 istituendo gruppi di lavoro che tengono conto dell'intero carico che sopporta la famiglia quando più fragilità coesistono.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Per quanto concerne i minori il Distretto, frammentato territorialmente, ha scelto di aderire al progetto in modo unitario portando gli operatori, geograficamente lontani, a condividere obiettivi e metodologie, con sforzi quotidiani.</li> <li>2) Esiste inoltre una commissione che si occupa più in specifico del Rei per uniformare le prestazioni sul territorio e per crescere come operatori attraverso il confronto.</li> <li>3) La legge 14 gode inoltre di un'altra equipe dedicata che ovviamente si interseca continuamente con le altre dedicate.</li> <li>4) Gli operatori referenti degli adulti e disabili partecipano ad una supervisione/formazione creata sugli stimoli provenienti direttamente da chi si occupa in prima linea dei problemi.</li> <li>5) I beneficiari di tali scelte metodologiche sono le famiglie che possono vedere nelle modalità operative espresse dagli operatori.</li> <li>6) Rete SOSTengo che vede cooperare le diverse associazioni di volontariato per la costruzione di una rete solidaristica verso i più deboli anche attraverso la fornitura di alimenti e colloqui di sostegno.</li> </ol>

	7) Centro famiglie quale punto di raccordo distrettuale che garantisce consulenze psicologiche ai genitori, mediazioni familiari e interventi di supporto avendo, oltre all'accesso diretto, come soggetti segnalanti anche il Consultorio e il servizio sociale.
<b>Destinatari</b>	Operatori socio-sanitari, amministratori, popolazione e famiglie
<b>Azioni previste</b>	<p>1) Consolidamento azioni attivate sul territorio con il coordinamento centro famiglie (vedere progetti allegati alla scheda "POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI DI ACCUDIMENTO NEI SERVIZI)</p> <p>2) Implementazione del P.I.P.P.I con la partecipazione della psicologa del Centro famiglie e della psicologa del consultorio familiare</p> <p>3) Gruppi per donne e bambini con inclusione delle donne partecipanti al progetto Home visiting</p> <p>4) Corso formazione dedicato a diverse professionalità e a differenti servizi che a vario titolo si occupino di famiglie e minori</p> <p>5) TANTO TEMPO COMUNI: è attraverso questo progetto che i minori con difficoltà possono partecipare alle attività estive extrascolastiche godendo di un sostegno che diventa mediatore tra le attività e le esigenze specifiche del minore (vedere allegato)</p> <p>6) TANTO TEMPO TUTELA il progetto prevede interventi dedicati alla popolazione minorile con fragilità genitoriali nella dimensione del piccolo gruppo ed interventi di sostegno finalizzati a valorizzare le risorse (vedere allegato)</p> <p>7) LABORATORIO AUTONOMIE PER MINORI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO finanziato dalla UONPIA e teso a raggiungere l'obiettivo, attraverso il piccolo gruppo, delle autonomie necessarie nella vita quotidiana (vedere allegato)</p> <p>8) SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE (SED) A SOSTEGNO DI MINORI E DELLA GENITORIALITA' A RISCHIO. Il sostegno a domicilio ha il valore di intervenire sul sistema famiglia: è un servizio rivolto a minori in situazioni di disagio sociale ed a rischio di emarginazione, ed alle loro famiglie, quando queste si trovino in difficoltà nelle svolgimento delle funzioni genitoriali ed educative, per impedimenti oggettivi (temporanei o strutturali), per privazione socio – economica e culturale, per limitazioni fisiche o psichiche. L'intento generale di questo tipo di intervento è di salvaguardare la qualità del rapporto genitori – figli, al fine di evitare l'allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare (vedere allegato).</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Il Centro Famiglie e il Pippi sono interventi distrettuali, gli altri interventi necessitano per la realizzazione di un raccordo tra servizi differenti per la realizzazione.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi Sociali Territoriali, Azienda Usl (Neuropsichiatria Infantile, Sert, Dsm) Saa, Servizi Tutela Minori, Comuni – Pubblica Istruzione.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile Ufficio di Piano Distretto di Ponente, Responsabili Servizi Sociali
<b>Risorse non finanziarie</b>	SOS TENGO mette a disposizione beni alimentari per la popolazione della Val Tidone ed esperienze similari esistono in altre aree territoriali del distretto così come la raccolta e distribuzione di abiti per bambini e signore. Queste attività sono gestite da volontari.

**Totale preventivo 2018: € 293.391,64**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **77.891,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **119.716,78 €**
- Centri per le Famiglie: **19.379,51 €**

**Risorse comunali: 76.404,35 € di cui:**

- Comuni del Distretto di Ponente: **76.404,35 €**

---

## Indicatori locali: 3

---

### 1°: Attivazione percorsi dedicati alla genitorialità

**Descrizione:** Progetto P.I.P.P.I .programma sperimentale per la prevenzione dell'istituzionalizzazione

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Adesione al progetto PIPPI7 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** IDENTIFICARE 10 FAMIGLIE A RISCHIO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE
- **Obiettivo 2019:** SEGUIRE MODALITA' SPERIMENTAZIONE PROGETTO
- **Obiettivo 2020:** COINVOLGERE LE FAMIGLIE TARGET NELLA PROGETTAZIONE INTERVENTI E NELLA CONCLUSIONE DEL PROGETTO

### 2°: monitoraggio affido e adozione delibera RER 1904/2011 ed integrazioni 1106/2014

**Descrizione:** Attivazione gruppo di lavoro dedicato a livello azienda Usl di Piacenza

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Programmazione gruppi di lavoro dedicati - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Identificazione operatori dedicati ai temi affido e adozione
- **Obiettivo 2019:** Individuazione dei bisogni e predisposizione piani attuativi coerenti
- **Obiettivo 2020:** Gestione e realizzazione azioni coerenti con i bisogni

### 3°: Coprogettazione con volontariato

**Descrizione:** Attivazione coordinamento operatori/volontariato per sostegno genitorialità

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Programmazione incontri sul territorio - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Identificazione calendario incontri e coinvolgimento
- **Obiettivo 2019:** Individuazione microprogettazioni condivise
- **Obiettivo 2020:** Verifica risultati e ampliamento progetti per il territorio

## SUPPORTO E SOSTEGNO AL CAREGIVER

Approvato

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano  
 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA  
 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>SAF: Comune CAFFE' ALZHEIMER: ASP</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Si</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il caregiver familiare è una risorsa per il sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, il caregiver familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico. In Emilia-Romagna è stata approvata la Legge Regionale n. 2/2014 dedicata al riconoscimento e al sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) nell'ambito degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.</p> <p>Il Patto per il Lavoro (sottoscritto dalla Regione il 20 luglio 2015) ha previsto la redazione di linee guida in grado di fornire indicazioni alle Aziende USL ed ai Comuni per l'attuazione dei principi sanciti dalla Legge Regionale n. 2/2014, nella direzione di un welfare di comunità che valorizzi anche l'esperienza e l'apporto degli Enti del terzo settore. Nel mese di luglio 2016 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha costituito un apposito gruppo di lavoro, composto da parti sociali, associazioni di pazienti e familiari e professionisti delle Aziende USL e dei Comuni con l'obiettivo di elaborare la proposta di linee guida attuative della Legge Regionale n. 2/2014, che sono state approvate con DGR n. 858 del 16 giugno 2017.</p> <p>L'automutuoaiuto si basa sulla condivisione di esperienze tra persone che hanno lo stesso problema o la stessa malattia. Si basa sulla convinzione che il gruppo racchiuda in se stesso le potenzialità di favorire un aiuto reciproco tra i propri membri. L'automutuoaiuto permette l'espressione dei bisogni profondi delle persone che affrontano esperienze difficili: il bisogno di essere ascoltati e accolti senza giudizi; quello di vedere la propria esperienza riconosciuto come risorsa e non solo come problema; quello di uscire dall'isolamento, condividendo la propria esperienza con altre persone; quello di riprendere in mano la propria condizione, superando una condizione passiva o prevalentemente assistenziale.</p> <p>Il concetto di automutuoaiuto presuppone quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assunzione di responsabilità personale sulla propria condizione di disagio, il bisogno di superare l'isolamento;</li> </ul>
------------------	---

	<p>- che ogni persona sia considerata sì come portatrice di sofferenza, ma anche e soprattutto come risorsa, ognuno come massimo esperto del proprio disagio;</p> <p>- l'ascolto dell'altro come metodologia fondamentale;</p> <p>- l'obiettivo di cambiare se stessi più che le strutture esterne.</p> <p>Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di automutuoaiuto significa mettere a disposizione dei cittadini uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma e all'isolamento, di empowerment di comunità.</p> <p>A livello regionale sono presenti numerosi programmi di valorizzazione dell'aiuto tra pari. Si identificano alcuni di questi, per il valore del loro obiettivo intrinseco ma anche in quanto esperienze esemplari, potenzialmente trasferibili ad altri settori di attività (Centri incontro demenze, automutuoaiuto, utenti esperti e facilitatori sociali in salute mentale, gruppi di automutuoaiuto nelle dipendenze da alcol e gioco di azzardo). A livello locale si sono comunque sviluppate esperienze e gruppi di automutuoaiuto collegate a numerosi altri ambiti.</p>
<p><b>Descrizione</b></p>	<p><b>PROGETTO "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE"</b></p> <p>Il progetto prevede azioni concrete di incoraggiamento, sostegno, affiancamento ai caregivers che prestano volontariamente assistenza, in situazioni di grave stress e burn out.</p> <p>Questo Progetto vuole riconoscere e promuovere l'impegno del caregiver familiare, ovvero colui che presta continuamente, in modo gratuito e responsabile, assistenza alla persona cara in condizioni di non autosufficienza.</p> <p>Si intende cioè sostenere colui che presta assistenza al domicilio della persona cara in difficoltà, attraverso azioni di cura del malato e del suo ambiente di vita. Il caregiver familiare è anche colui che supporta la persona nella vita di relazione, concorrendo in tal modo al suo benessere psicofisico e sociale. È, inoltre, colui che aiuta e consente alla persona gli spostamenti al di fuori dell'ambito domestico ed il compimento delle pratiche amministrative necessarie.</p> <p>Tale impegno di cura e di assistenza rappresenta il fondamento del valore della solidarietà nell'ambito delle famiglie di gravi malati e costituisce un bene prezioso per l'intera comunità di cui la famiglia fa parte.</p> <p>La perdita di autonomia dovuta ad una malattia o ad un fatto traumatico è un evento che destabilizza il funzionamento e l'equilibrio della famiglia, portando con sé situazioni di forte stress emotivo e psicologico sia nel malato sia in coloro che volontariamente si attivano e si coinvolgono nella sua cura.</p> <p>Questo Progetto si rivolge proprio alle situazioni familiari toccate da malattie difficili che compromettono in modo severo l'autonomia della persona, comportano un gravoso carico assistenziale e possono costituire un rischio per la tenuta della famiglia.</p> <p>Si pensi per esempio a patologie importanti come il deterioramento cognitivo, la patologia oncologica, la condizione invalidante a seguito di incidenti e/o traumi o le patologie gravi ad andamento cronico.</p> <p>In questi casi si evidenzia come il gravoso carico assistenziale sottoponga il caregiver familiare ad elevati livelli di stress che possono compromettere il suo benessere, ma anche il piano di cura stesso.</p> <p>La sensazione di un carico eccessivo da parte del caregiver può comportare il peggioramento della sua qualità di vita. Intervengono in tal senso fattori emotivi, psicologici e finanziari.</p> <p>Si è osservato in questi anni come il caregiver possa essere colpito da uno stato di apatia e abbandono di interessi dal rischio di isolamento sociale o dalla riduzione del proprio reddito (ciò è dovuto alla compromissione e/o alla ridefinizione della posizione lavorativa e al costo della cura al domicilio della persona assistita).</p> <p>Le azioni di sostegno al caregiver familiare dovranno quindi tendere a tutelare e sostenere concretamente i suoi bisogni, in sintonia con le esigenze della persona assistita, mettendolo al riparo dai rischi sopra evidenziati.</p> <p>Nel complesso delle azioni possibili individuate dalla vigente normativa (l.reg.2/2014, dgr 990/2016) questo Progetto intende sostenere la figura del caregiver familiare mediante un insieme di azioni informative e formative volte a qualificare il suo lavoro di assistenza e cura e, contestualmente, a contrastare il rischio di isolamento e burn-out in presenza di situazioni assistenziali particolarmente complesse.</p> <p>L'esperienza maturata negli anni di lavoro con le famiglie di malati gravi e con i diversi servizi della rete territoriale e ospedaliera (Medici di Medicina Generale, Presidi Ospedalieri, Hospice, Centri Disturbi Cognitivi e Demenze, Servizio Assistenza Anziani e Assistenza Domiciliare Integrata) ha portato ad individuare, in particolare, due situazioni critiche che</p>

ricorrono frequentemente e nelle quali il caregiver necessita di aiuto e sostegno: la dimissione protetta e i disturbi cognitivi.

In riferimento ai disturbi cognitivi, si prevede nel corso degli anni 2019 e 2020 corsi di formazione specifici agli operatori, da effettuarsi con i professionisti dell'AUSL che hanno maturato esperienza nel campo della demenza, con l'obiettivo di avere un servizio di qualità.

**CRITERI DI EROGAZIONE DEL S.A.F.**

Il S.A.F. (Sostegno all'Assistenza Familiare) si configura come un intervento efficace all'interno dei due suddetti ambiti, poiché è:

- FACILMENTE ACCESSIBILE

Attivazione del servizio fluida, senza la necessità di adempiere a pratiche amministrative/burocratiche complesse.

- TEMPESTIVO

Di immediata attivazione, in risposta all'emergenza.

- TEMPORANEAMENTE GRATUITO

Servizio gratuito per un periodo di tempo definito (1 mese per l'ambito dimissione protetta e di tre mesi per l'ambito disturbi cognitivi), in modo da non gravare sul bilancio familiare.

- SUPPORTATO DA PERSONALE SPECIALIZZATO DI AREA SOCIO-SANITARIA

Il personale sanitario (ADI) e sociale (OSS) interviene a supporto del caregiver formandolo "sul campo" e mettendolo, così, in grado di svolgere al meglio il suo ruolo di assistenza nei confronti del familiare malato.

**PROCEDURA DI ATTIVAZIONE E GESTIONE DEL PROGETTO S.A.F.**

Il SAA, di concerto con i Servizi dell'Azienda USL e con i Responsabili del Caso comunali, definisce le procedure per l'attivazione del progetto.

**REQUISITI DEL SERVIZIO**

Per l'erogazione del servizio si fa riferimento ai requisiti già previsti dalla DGR 514/09 . Alla luce del carattere sperimentale del progetto ed al fine di valutare la completa efficacia sono da prevedersi incontri di verifica tra i soggetti gestori ed il Servizio Assistenza Anziani con cadenza almeno annuale in particolare riferimento alla definizione del PAI e alla formazione coerente con l'intervento in atto.

**TARIFFE**

In sede di prima applicazione ed alla luce della precipuità del servizio si ritiene idonea l'applicazione della seguente tariffa:

Euro 23,00 all'ora di servizio effettivo a cui aggiungere le ore di trasferimento/coordinamento ed il rimborso chilometrico fissato per l'anno 2018 in euro 0,30 al KM, pari a 1/5 del costo della benzina da rivedere annualmente.

Mensilmente i soggetti gestori dovranno rendicontare su appositi moduli le ore effettuate, tenendo distinti gli interventi relativi alla dimissione protetta ed ai disturbi cognitivi.

**PROGETTO CAFFÈ ALZHEIMER**

Il Caffè Alzheimer non è semplicemente un locale, una specie di bar per persone affette da demenza. Il Caffè Alzheimer è un percorso di attenzione e di supporto ad anziani e caregivers attraverso interventi di:

- ☐ informazione sulla malattia
- ☐ sostegno psicologico al caregiver
- ☐ momenti di confronto e di condivisione
- ☐ momenti di svago e di sollievo
- ☐ formazione e consulenza specialistica
- ☐ organizzazione di gruppi di sostegno e auto aiuto

Il Caffè è un luogo informale, non ha nulla a che vedere con un ospedale o con una struttura protetta. Ma è strettamente collegato alla rete dei servizi per anziani, in primis al Consultorio disturbi cognitivi e ai servizi domiciliari.

E' un punto di ritrovo, il crocevia di proposte rivolte alle famiglie e alle persone malate, ma anche alle associazioni di volontariato, alla comunità intera con un progetto culturale di inclusione e di valorizzazione dell'identità delle persone, nonostante la malattia, a basso costo e ad alta efficacia sociale.

Mutuando dall'esperienza di altre realtà, anche questo progetto si pone l'obiettivo "di migliorare l'integrazione nel territorio contrastando l'isolamento e lo stigma, incrementare il sostegno e il senso di sicurezza dei familiari, di promuovere l'apprendimento di strategie per la gestione dei disturbi psico-comportamentali e ridurre lo stress dei caregiver dando risposte mirate alle loro proposte e alle loro esigenze informative"

(dal comunicato dell'Ausl di Piacenza, relativo alla inaugurazione del Caffè Alzheimer di Piacenza)

Il Caffè Alzheimer, l'Albesani, la Rete

	<p>La struttura pubblica che eroga servizi ad anziani in residenza, in semiresidenza e a domicilio nel distretto di ponente è la CRA Albesani di Asp Azalea, istituzione storica, vissuta come la maggior parte delle residenze come contenitore di sofferenza, apprezzato quando serve, ma in genere temuto perché evoca la vecchiaia patologica, la morte, la solitudine. Il pregiudizio verso strutture come l'Albesani istituisce una sorta di isolamento che non fa bene a nessuno e per questo occorre interrompere quest'idea e approntare strategie in grado di generare continuità vitale tra dentro (la struttura) e fuori (la comunità).</p> <p>Il Caffè è un modello di intervento che consente di sviluppare contatti e percorsi di avvicinamento alla residenza, andando oltre l'idea di contenitore, puntando sull'idea di cura. Nel Manuale di coordinamento degli Alzheimer Caffè della Lombardia orientale il prof. Marco Trabucchi, medico da anni impegnato in ambito geriatrico, dice a tale proposito: "…il contenitore può essere chiuso, la cura invece richiede apertura, rispetto, relazione. In questo modo si garantisce al fruitore una prospettiva normale, nel cui ambito si cerca di leggere il bisogno per darvi risposte adeguate. Talvolta la costruzione di servizi chiusi è un riflesso di difesa in mancanza della capacità di capire le reali esigenze dell'anziano che, per quanto fragile e limitato nelle espressioni psicofisiche, è sempre portatore di una domanda di senso. Anche la persona con compromissione delle funzioni cognitive pone a chi lo assiste continue domande – implicite o verbalizzate – su dove si vuole arrivare con gli atti di cura. Il Caffè Alzheimer è una risposta possibile in questa direzione".</p> <p>L'Albesani oltre alla Casa Residenza Anziani (CRA) gestisce da un decennio i servizi di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti, tra cui il "progetto demenze" rivolto alle famiglie con anziani affetti da demenza a cui vengono offerti interventi di sollievo e di aiuto concreto.</p> <p>L'esperienza di questi anni ci ha portato dentro tante storie di difficoltà, nelle quali la malattia dell'anziano si intreccia inscindibilmente con la fatica del familiare. Abbiamo rilevato un bisogno forte da parte delle famiglie intercettate. Lo stress collegato all'assistenza continuativa di una persona con demenza può diventare una vera e propria malattia. Una signora ha dichiarato che stare a casa con il marito con una diagnosi di demenza è come vivere in croce, tutto diventa difficile e in alcuni momenti insopportabile. Eppure questa signora vuole bene al marito, lo rispetta, si prende cura di lui, ma quando si comporta in modo strano, quando diventa aggressivo e intrattabile lei non lo riconosce più e si domanda "Perché queste reazioni? Come devo comportarmi? Chi mi può aiutare?".</p> <p>Sono domande pesanti, che non trovano una soluzione esatta, ma possono trovare una risposta che aiuta.</p> <p>Noi vogliamo collocarci in questo spazio: quando la domanda prende forma e diventa richiesta di aiuto e di rispetto. Rispetto per i diritti del malato e per i diritti del caregiver. Nella malattia e nella cura del malato la vita continua, purchè sia sgravata dallo stigma sociale che la connota e sia vissuta in un clima di normalità.</p> <p>Vi è un altro riferimento essenziale nella progettazione di un Caffè Alzheimer: la rete dei servizi.</p> <p>Non può nascere un servizio come il Caffè Alzheimer se non dentro una sinergia concreta con la rete dei servizi, che sul territorio ha strutturato i percorsi, le modalità, le interazioni utili per un sistema di presa in carico dell'anziano e della sua famiglia che ci coinvolge efficacemente.</p> <p>Dentro la rete gli interlocutori sono sia i servizi che le specifiche figure professionali con le quali si collabora sistematicamente.</p> <p>Nella rete includiamo anche altre esperienze già avviate con successo, nella nostra regione e in altri territori, perché dalle esperienze si impara e si costruisce un sapere che ricade sulla comunità intera.</p> <p>PROGETTO "AVO"</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Caregiver familiari e persone accudite, famiglie, assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>PROGETTO "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE":</p> <p>1) LA DIMISSIONE PROTETTA – CONTINUITÀ ASSISTENZIALE</p> <p>La dimissione protetta prevede una valutazione da parte del Nucleo UVM I livello composta da A.S. e Infermiere Territoriale, in previsione di una dimissione da un reparto di degenza ospedaliero di un paziente che ha problemi sanitari o socio-sanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi al fine di garantire la continuità assistenziale domiciliare. La continuità della cura, infatti, è una strategia finalizzata a migliorare la qualità assistenziale ed a rispondere in modo efficace ai bisogni, alle complessità organizzative, ed alle difficoltà della</p>

famiglia; il ricovero ospedaliero impatta fortemente sulla stabilità familiare mutandone gli equilibri sia della persona bisognosa di cura che dei caregivers.

Per tale motivo la dimissione protetta si concretizza con l'intervento integrato del personale ospedaliero, dove la persona è degente, dei servizi sociali territoriali, del medico di medicina generale del servizio ADI e della famiglia.

La dimissione protetta pertanto, garantisce al caregiver familiare un affiancamento temporaneo – e tempestivo, ossia presente immediatamente dopo la dimissione dal reparto ospedaliero - da parte di personale specializzato in grado di assistere il paziente e, contestualmente di formare il caregiver rispetto a tutte le pratiche concernenti lo svolgimento del lavoro di cura a domicilio.

Tale azione si configura, quindi, come un intervento di sostegno al caregiver familiare nel periodo di maggiore criticità (la dimissione da reparto, con la conseguente esigenza di organizzare l'assistenza del proprio caro a domicilio), con finalità più generali di sostegno alla domiciliarità del paziente.

In concreto, dalla valutazione di I livello verrà redatto un Piano Assistenziale Individualizzato in cui sarà possibile prevedere l'intervento di personale socio-assistenziale specializzato (OSS o figure equipollenti) e/o di personale infermieristico.

## 2) I DISTURBI COGNITIVI

Altra situazione di forte criticità è quella della presenza in casa di un familiare affetto da disturbi cognitivi e demenza. Come specificato anche nella DGR 990/2016 "Aggiornamento Progetto regionale Demenze", il tema delle demenze "nella nostra Regione interessa più di settantamila persone (oltre centomila se si considerano anche i familiari che se ne prendono cura) costituendo, nell'ambito della programmazione locale, uno dei terreni di maggiore impegno di tutte le politiche territoriali".

Le persone affette da disturbi cognitivi e demenza rappresentano un forte carico assistenziale e possono essere fonte di depressione per i caregivers. Recenti ricerche evidenziano come le persone che assistono in modo continuativo pazienti con demenza siano sottoposte ad alti livelli di stress. Tale condizione è spesso associata alla percezione nel caregiver di un carico eccessivo nel piano assistenziale, denominato *burden*.

Per tale motivo gli interventi nel settore non devono essere solamente riferiti agli aspetti terapeutici specialistici bensì anche al sostegno ed all'accompagnamento dell'intero nucleo familiare lungo tutto il percorso di cura.

A tale proposito vi è la necessità che sia garantito un approccio globale, non esclusivamente farmacologico, attraverso la messa a disposizione di interventi rivolti al malato ed al caregiver. Occorre prevedere un insieme articolato di percorsi assistenziali in considerazione del fatto che i soli piani terapeutici e farmacologici impiegati nella cura della malattia degenerativa non sono risolutivi.

In particolare, il sostegno ai familiari che si prendono cura di persone affette da disturbi cognitivi deve prevedere un insieme di interventi articolati su più attività (informative – formative – di sostegno - ecc.) erogati lungo un arco temporale minimo garantito, effettuati da personale specializzato ad interagire ed assistere persone affette da demenza e ad accogliere e sostenere lo stato emotivo del caregiver familiare.

Tale supporto costituisce un aiuto concreto diretto al malato, ma rappresenta soprattutto un sostegno al caregiver ed al nucleo familiare che assiste a domicilio il proprio caro malato.

In concreto, si intende fornire al caregiver un percorso di accompagnamento e formazione alla cura del proprio caro affetto da demenza, mediante l'intervento gratuito a domicilio di personale sanitario e socio-assistenziale altamente qualificato e specializzato sui disturbi cognitivi. L'intervento di supporto all'assistenza familiare promuove la permanenza al domicilio del paziente e contrasta il rischio di *burn-out* del caregiver.

Il progetto formativo prevede la presenza a domicilio per un tempo limitato (indicativamente: un periodo di due mesi, flessibili in base al bisogno) – e per un monte ore concordato nel progetto di assistenza familiare definito dai servizi - di un infermiere dell'ADI e di un OSS attivato dai Servizi Sociali territoriali, per attività di educazione e formazione ai familiari e sollievo al caregiver.

A livello operativo il progetto è destinato esclusivamente ad utenti in carico ai "Centri per la demenza" e prevede l'intervento a domicilio dell'OSS "qualificato S.A.F." per un pacchetto di max 48 ore per utente, con accessi settimanali concordati con la famiglia e con i servizi. Nella prima fase, della durata di circa un mese, l'operatore del S.A.F. interviene con continuità ed approfondisce la conoscenza della famiglia e dell'utente demente, supportando i servizi nella

	<p>definizione di un progetto individualizzato di assistenza e cura; anche l’infermiere dell’ADI interviene a domicilio per quanto di sua competenza, sostenendo/formando il caregiver al fine di garantire la continuità dell’intervento.</p> <p>Nella seconda fase, se il progetto di assistenza prevede l’attivazione del SAD, l’operatore S.A.F. interviene a domicilio con un’azione di formazione, tutoraggio e supervisione/sostegno al caregiver.</p> <p>Entro il termine previsto dal progetto occorre inviare al SAA il PAI/RELAZIONE FINALE relativa all’utente da cui emergano gli obiettivi raggiunti durante l’intervento e se del caso, le ipotesi progettuali per la presa in carico da parte dell’Operatore SAD .</p> <p>Si tratta di un breve, ma fondamentale affiancamento a chi, poi, si prenderà cura della persona.</p> <p>Si prevede, inoltre, la possibilità per i familiari del malato di partecipare a gruppi di sostegno condotti da uno psicologo specializzato nel campo dei disturbi cognitivi oppure di accedere al “Consultorio Demenze” per colloqui di sostegno finalizzati ad una migliore gestione delle dinamiche di relazione con il malato.</p> <p><b>PROGETTO CAFFÈ ALZHEIMER</b></p> <p>Il programma di attività del Caffè Alzheimer andrà sviluppato in collaborazione con il Centro per i disturbi cognitivi del distretto. Il Caffè, come dimostrano le esperienze già avviate in diverse realtà della nostra regione e non solo, richiede un’organizzazione leggera e soprattutto personale preparato. Si ipotizza una fase di avvio del centro con aperture mensili e orari da definire, che potranno essere incrementate strada facendo.</p> <p>Andranno progettati i percorsi per la individuazione dei fruitori del Caffè e la scelta di programmi mirati.</p> <p>Le attività tipiche del Caffè possono variare in funzione delle competenze e delle risorse disponibili e della sensibilità locale. Punto fermo resta la destinazione del progetto ad anziani e caregiver.</p> <p>Il programma può contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-incontri formativi con esperti (medico geriatra, psicologo, infermiere, fisioterapista) con calendario di appuntamenti mensili</li> <li>-incontri di supporto psicologico individuali (su richiesta del caregiver) e di gruppo</li> <li>- attività riabilitative e relazionali per piccoli gruppi (ginnastica dolce, sedute di riabilitazione multisensoriale, percorsi di arteterapia e musicoterapia, gruppi di dialogo)</li> <li>-incontri ludici e sociali anche finalizzati alla sensibilizzazione della comunità sul tema e per l’attivazione di volontariato</li> </ul> <p>Le attività andranno calendarizzate tenendo conto delle reali possibilità di frequenza da parte dei fruitori, scegliendo giorni e orari adatti.</p> <p>Premessa necessaria all’attivazione del progetto sarà la FASE DI SENSIBILIZZAZIONE della cittadinanza attraverso la creazione di un gruppo di lavoro condiviso con rappresentanti del territorio, in primis il Comune di Castel San Giovanni – Assessorato alle Politiche sociali e il Consultorio dei disturbi cognitivi, con campagne di sensibilizzazione a mezzo stampa, con la creazione di eventi dedicati, interviste a testimonial, valorizzazione del progetto “Bricolage del cuore”, pubblicazione di brochure informativa, avvio di percorsi formativi per il personale coinvolto nel progetto.</p> <p><b>PROGETTO "AVO"</b></p> <p>Affiancare i caregiver nel percorso di dimissione protetta attraverso l'aiuto di volontari. Questo progetto ha già visto l'avvio sperimentale nella sub area Unione Montana Alta Val Trebbia Val Luretta. L'obbiettivo è di svilupparlo su tutto l'ambito distrettuale.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Politiche sanitarie, inclusione sociale</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>PROGETTO SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE:</p>

	personale ospedaliero, dove la persona è degente, dei servizi sociali territoriali, del medico di medicina generale del servizio ADI e della famiglia. "Centri per la demenza", "Consultorio Demenze" Il SAA, di c
<b>Referenti dell'intervento</b>	1. SAF: ASP e Comuni 2. CAFFE' ALZHEIMER: ASP 3. AVO
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 132.350,00**

- FRNA: **66.842,00 €**

- FNNA: **65.508,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## SEZIONE POVERTA'

Definire la povertà non è operazione semplice, i primi tentativi risalgono al dopoguerra fino ad arrivare al 2016, con la definizione di povertà relativa che in realtà risale agli anni 80, in cui emerge che il 10,6% della popolazione, pari al 14% della popolazione residente, consuma meno della media pro-capite dei consumi nazionali. A partire dalla seconda metà degli anni 90, l'Istat ha iniziato a parlare di povertà assoluta, intesa come l'impossibilità per una famiglia di accedere ad un paniere di beni e servizi "socialmente accettabile". Nel 2016 si trovava in tale condizione il 6.3% della popolazione pari al 7.9% della popolazione residente.

In ambito europeo si è affermato un indicatore di povertà relativa inizialmente denominato incidenza di "basso reddito" poi ribattezzato "rischio povertà" secondo il quale è a rischio una famiglia il cui reddito è inferiore al 60% del reddito mediano equivalente nazionale, nel 2016 coincideva con il 20.6%.

Alla fine dello scorso decennio sono stati accompagnati a tale indicatore altre due misurazioni di povertà ed esclusione sociale: la grave deprivazione materiale pari al 12.12% nel 2016 e l'incidenza delle persone in famiglia a molto bassa intensità lavorativa 12.8% della popolazione.

Ad oggi le persone che sono in una situazione di basso reddito e di deprivazione materiale sono il 5.6% della popolazione, un dato non lontano da quello della povertà assoluta. Oltre a questi indicatori, negli ultimi anni, l'ISTAT ha sviluppato una misurazione multisettoriale del Benessere Equo e Sostenibile (BES), nella quale sono compresi alcuni indicatori di fragilità: l'indicatore di bassa qualità dell'abitazione che caratterizza il 7,6% della popolazione e la grande difficoltà economica, soggettiva, che si attesta sul 10.9%.

Sulla base di questo scenario, si ipotizza che il target della politica come il REI sembra identificarsi in un intervallo tra il 5% e l'8%, rimane però fuori un 20% di popolazione che rimanda ad altre sfere di intervento più dirette a contrasto della povertà.

Quanto sopra esposto lo riscontriamo anche a livello distrettuale e il Distretto di Ponente, rispetto al tema della povertà, ha lavorato su due dispositivi a contrasto di tale problematica denominati "Progetti di autonomia per soggetti fragili" finanziati con delle risorse economiche del Fondo Sociale Locale.

L'intervento supporta i Servizi Sociali dei Comuni/Unioni nella gestione dell'utenza adulta che presenta situazioni di grave disagio economico e/o socio-relazionale. Il programma distrettuale di sostegno al reddito e all'abitare per nuclei e persone in difficoltà economica finanzia progetti di servizio sociale finalizzati a pagare quote di affitto, utenze domestiche, spese per il sostentamento (integrazione al reddito) e per spese straordinarie (es. mediche) che gli utenti non sono in grado di fronteggiare. Il dispositivo si rivolge sia ai "nuovi poveri" figli della crisi di questi anni (progetti di contrasto all'impoverimento), sia agli utenti "cronici" dei Servizi Sociali territoriali (progetti di contrasto alle situazioni di grave povertà ed esclusione sociale): adulti fragili, senza un reddito, in situazione di povertà conclamata, spesso soli o componenti di famiglie multiproblematiche, sovente in carico al Servizio Sanitario per problemi di varia natura (es. dipendenze, problemi di salute mentale, malattia), i quali hanno come principale riferimento e supporto proprio il Servizio comunale.

Nell'ambito del piano attuativo 2017 i servizi sociali territoriali di Ponente hanno presentato i propri progetti con richieste di finanziamento in due distinti momenti: al 31/10/2017 e, successivamente, al 30/04/2018.

Nell'Attuativo 2017 i nuclei famigliari intercettati sono stati:

Domande I tranche			
Comune Residenza	Dispositivo 1	Dispositivo 2	Totale domande
Agazzano	1	0	
Borgonovo	9	8	
Calendasco	3	0	
Castel San Giovanni	16	15	
Comune Alta Val Tidone	0	6	
Gazzola	1	0	
Gossolengo	1	1	
Gragnano	2	6	
Rivergaro	8	1	
Rottofreno	8	7	

Sarmato		5	
Unione montana	1	3	
Ziano Piacentino		4	
	50	56	106

Domande II tranche			
Comune Residenza	Dispositivo 1	Dispositivo 2	Totale domande
Borgonovo	6	11	
Calendasco	1	1	
Castel San Giovanni	23	8	
Comune Alta Val Tidone	4	5	
Gazzola	1	1	
Gossolengo	4	0	
Gragnano	4	0	
Rivergaro	4	2	
Rottofreno	18	8	
Sarmato	2	4	
Unione montana	6	0	
Ziano Piacentino	2	3	
	75	43	118

Il Distretto di Ponente da diversi anni sta affrontando, attraverso l'attivazione di questi progetti ed interventi mirati, gli effetti del proliferarsi della crisi socio-economica e lavorativa al fine di contenerne gli effetti di deriva sociale.

Di recente, a supporto del suddetto impegno, si sono aggiunti i dispositivi regionali e statali di contrasto alla povertà e di avvicinamento al lavoro delle persone fragili e vulnerabili che rappresentano importanti strumenti di lavoro. (vedere Schede Intervento 22/23 in allegato)

Sul distretto di ponente, al 15/07/2018 sono state presentate le seguenti domande:

Domande	Presentate	Accolte
SIA	73	33
RES	83	30
REI	213	39

Nel contempo anche l'aspetto d'integrazione con i servizi sanitari e specialistici si è modificato, allargandosi e modificandosi sia in senso qualitativo che quantitativo: più persone in età adulta necessitano di percorsi personalizzati socio-sanitari per il superamento di momentanee situazioni di difficoltà e bisogno e sempre più si vanno a sommare nello stesso individuo problematiche di fragilità sociale con il manifestarsi di disturbi di natura psico-patologica.

Ci troviamo quindi di fronte ad una nuova realtà, ad un concetto di VULNERABILITA' della persona diffusa e trasversale sia per quanto riguarda le diverse fasce d'età e i cicli di vita di ognuno sia per quanto riguarda la popolazione nel suo complesso; siamo transitati da un'attenzione al DISAGIO al concetto di FRAGILITÀ per giungere poi a quello di VULNERABILITA'.

Occorre ad oggi fare sistema, creare un nuovo e diverso contenitore che tenga insieme tanti contenuti, operando con sempre maggior attenzione su:

- progettualità integrate e centrate sulla persona
- coinvolgimento attivo della comunità.

Il progetto prevede che tutti gli interventi/azioni/dispositivi di contrasto alla povertà e sostegno/avvicinamento alla vulnerabilità/fragilità vengano messi in rete andando ad individuare percorsi operativi omogenei, integrati e condivisi da tutti gli operatori/servizi coinvolti: è pertanto necessario giungere all'utilizzo di medesimi strumenti di lavoro e ad una maggiore condivisione nelle fasi d'intervento.

1. Definizione di priorità rispetto al rafforzamento su base TRIENNALE del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, di cui all'articolo 7 comma 1 del Dlgs 147/17, finanziabili attraverso quota del Fondo Povertà.

All'interno di questo scenario il servizio sociale territoriale rappresenta lo snodo centrale per l'attivazione e la realizzazione di misure di contrasto alla povertà, costituisce il perno attorno a cui ruota tutto l'impianto di attivazione e inclusione sociale. Dal momento dell'accesso si avvia il percorso di conoscenza, valutazione, progettazione condivisa. E' pertanto importante che il servizio possa essere garantito a tutti i cittadini in un livello minimo in modo uniforme su tutto il territorio regionale, pertanto il legislatore che in legge di bilancio 2018 a tal fine stabilisce che possano essere effettuate assunzioni di assistenti sociali con rapporto di lavoro a tempo determinato in deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale, nei limiti di un terzo delle risorse attribuite a ciascun ambito a valere sulla quota del Fondo povertà per interventi e servizi sociali.

Il SST distretto di Ponente è così organizzato:

1. ASSETTO ORGANIZZATIVO SST PONENTE

ENTE	ASS.SOC. PER ATTIVITA' SERVIZIO SOC. PROFESSIONALE	TOT. ORE SETTIMANALI effettive	RAPPORTO ASS.SOC./ POPOLAZIONE EX DGR 1012/14
ASP AZALEA	2 dip. T.ind. + 6 dip. T.det.	202	1 ASSISTENTE SOCIALE OGNI 7.740 ABITANTI A LIVELLO DISTRETTUALE
UNIONE MONTANA			
COMUNE ALTA VALTIDONE	1 dip. T. ind.	15	
AGAZZANO	1 dip. T. ind.	21	
BORGONOVO	1 dip. ASP T. det.	21	
CALENDASCO			

CASTEL SAN GIOVANNI			
GAZZOLA			
GOSSOLENGO			
GRAGNANO	1 dip. T. ind.	13	
PIANELLO VALTIDONE	1 ass. sociale in convenzione con il Comune Alta Val Tidone	12	
RIVERGARO	1 dip. T. ind.	30	
ROTOFRENO	1 dip T. ind.	36	
SARMATO	1 dip. ASP t. det.	8	

2. OPERATORI BANDO PON

OPERATORI BANDO PON	
RUOLO PROFESSIONALE	MONTE ORE
Educatore	15 a settimana
Educatore	15 a settimana
Assistente Sociale	6 a settimana
Assistente Sociale	12 a settimana

3. OPERATORI DEDICATI ALL'ATTIVITA' DI SPORTELLO (ACCOGLIENZA, ASCOLTO, INFORMAZIONE, ORIENTAMENTO, SEGRETARIATO SOCIALE,...)

COMUNE/UNIONE	ORE settimanali ASS.SOCIALE DEDICATI SPORTELLO SOCIALE	ORE settimanali PERSONALE AMMINISTRATIVO DEDICATO SPORTELLO SOCIALE	ORE settimanali ALTRI OPERATORI DEDICATI SPORTELLO SOC.	ALTRI OPERATORI SOCIALI: TIPO DI FIGURA	TOT. ORE SETTIMANALI PERSONALE SPORTELLO SOCIALE
AGAZZANO	7	4	6	OSS	17
BORGONOVO	9	18			27
CALENDASCO	6	6			12
CASTEL SAN GIOVANNI			36	OSS	36
COMUNE ALTA VALTIDONE	5	8			13
GAZZOLA	3	5			8
GOSSOLENGO	12	8			20
GRAGNANO	5	4	3	OSS	12
PIANELLO VALTIDONE	4	5	2	OSS	11
RIVERGARO	6	6	6		18
ROTOFRENO	30	6			36
SARMATO		18			18
UN.MONTANA VALLI TREBBIA E LURETTA	12	20			32
ZIANO	3	10			13
ASP AZALEA (per conto di 1240					40

Comuni, Tutela Minori)					
<b>TOTALE</b>	<b>142</b>	<b>118</b>	<b>53</b>		<b>313</b>

Le tabelle rappresentano una fotografia comprensiva di tutte le assistenti sociali impiegate nel Servizio sociale territoriale sia pubblici dipendenti che personale operante in servizi appaltati dall'Ente Pubblico. La volontà di evidenziare la differenziazione tra pubblico e privato nasce dall'importanza di mettere in luce il significato di una presa in carico pubblica. Tale presa in carico garantisce stabilità del personale ed elevata professionalità a tutela del sistema complesso di interventi necessari per intervenire sullo stato di vulnerabilità, fragilità e povertà presente nei nostri territori. Occorre fare sistema e creare un coordinamento distrettuale che tenga insieme interventi/progetti/attività nuovi, in fase di sperimentazione e già consolidati

Le linee guida regionali (DGR 1012/2014) già auspicavano la presenza di un assistente sociale ogni 5000 abitanti in tutti gli ambiti distrettuali, pertanto vista la scopertura riscontrata sul nostro territorio scopertura sarà necessario tenere il seguente schema come riferimento:

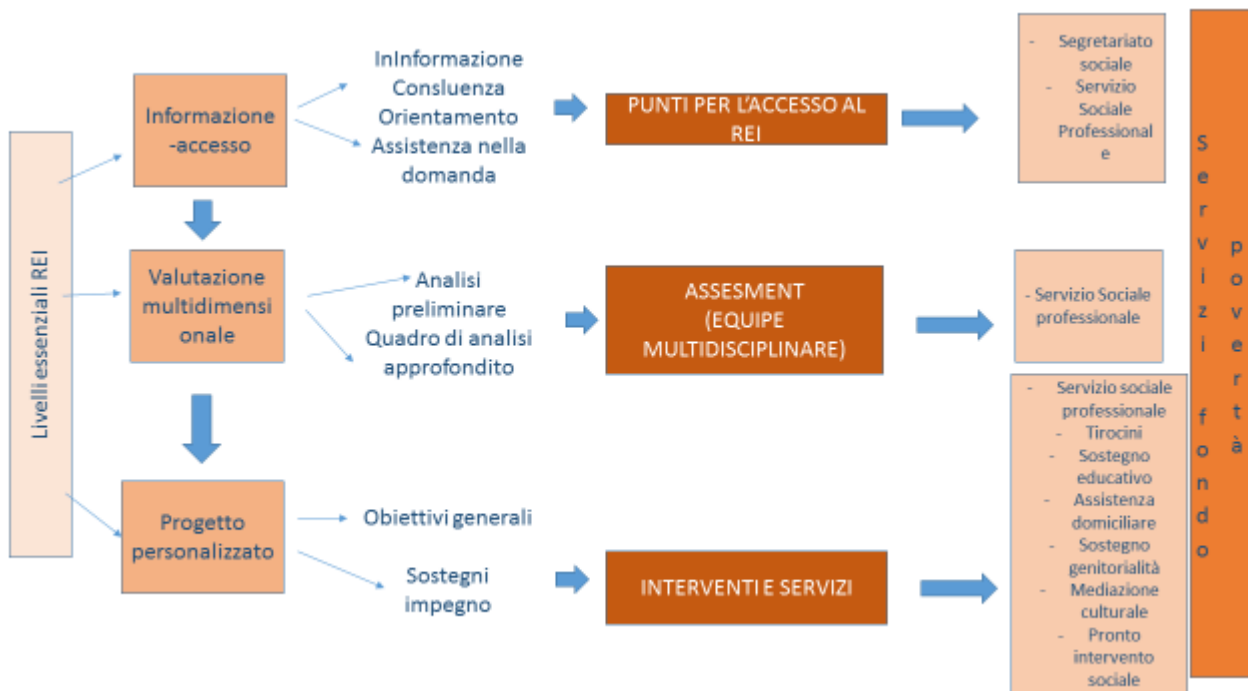
Criteri	Risorse
Meno di 1 assistente sociale ogni 20.000 abitanti	Almeno il 60%
Meno di 1 assistente sociale ogni 10.000 abitanti	Almeno il 40%
Meno di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti	Almeno il 20%
Almeno 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti	Requisito soddisfatto

Il Distretto di Ponente pertanto si è orientato al rafforzamento del Servizio sociale territoriale prevedendo **l'assunzione di due assistenti sociali a tempo pieno** al fine di rafforzare il sistema di accesso, valutazione e presa in carico di ambito distrettuale, finanziate a valere sulla quota del Fondo Povertà.

Altro obiettivo del Piano nazionale è il raggiungimento di una dotazione minima di punti di accesso e informazione quale livello essenziale, è necessario quindi, oltre al rafforzamento quantitativo, la

condivisione delle pratiche di lavoro dei servizi. Si auspica perciò che le pratiche fino ad ora diffuse nel contesto socio- sanitario si estendano su tutta la rete del territorio in modo tale da condividere con tutti i soggetti coinvolti il progetto personalizzato di presa in carico dell'utente.

L'implementazione dell'organico è particolarmente necessario pertanto per potenziare, omogeneizzare e rendere efficace su tutto il territorio del distretto le attività di informazione, consulenza, orientamento, assistenza nella domanda, analisi preliminare (in condivisione con l'Assistente Sociale Responsabile del caso) delle richieste di misure di contrasto alla povertà.



Per quanto riguarda le situazioni di bisogno complesse è stata posta particolare attenzione alla predisposizione dei progetti personalizzati puntando su un'unica équipe multiprofessionale distrettuale integrata:

- con personale e monte ore dedicati, che rappresentano la specificità di tutto il territorio distrettuale;
- composta da diverse figure professionali: assistenti sociali, educatori, operatori dell'Agenzia del lavoro;

- trasversale alle diverse politiche: sociali, educative, lavorative, abitative, socio-sanitarie e riabilitative.

Per la creazione di tale équipe, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con Decreto Direttoriale del 03 agosto 2016, ha adottato l'Avviso Pubblico n. 3/2016 per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Sociale Europeo programmazione 2014-2020, **P.O.N.** Inclusione Assi 1 e 2, per la presentazione di proposte di intervento per l'attuazione del Sostegno per l'Inclusione Attiva (S.I.A.). Nell'ambito del suddetto Avviso Pubblico, il Comune di Castel San Giovanni, in qualità di capofila per l'ambito territoriale di Ponente, ha presentato in data 28/12/2016, prot. 26893, la domanda di ammissione della propria proposta progettuale per l'attuazione di interventi previsti nell'Asse 1 del PON "Inclusione", "Sostegno a persone in povertà e marginalità estrema (Regioni più sviluppate)" e in particolare dell'azione 9.1.1 – "Supporto alla sperimentazione di una misura nazionale di inclusione attiva che prevede l'erogazione di un sussidio economico a nuclei familiari in condizioni di povertà condizionale alla adesione ad un progetto di attivazione sociale e lavorativa attraverso il rafforzamento dei servizi di accompagnamento e delle misure di attivazione rivolte ai destinatari". Il progetto presentato dall'Ufficio di Piano del distretto di Ponente, finalizzato ad implementare le risorse umane dedicate alla realizzazione del progetto nel triennio 2017-2019, finanziato a valere sul Fondo Sociale Europeo è vincolato alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- 1. rafforzamento dei servizi per l'accesso che si occupano dell'accoglienza delle domande SIA e dei servizi sociali professionali che attuano la presa in carico degli utenti beneficiari;
- 2. costituzione di un'équipe multidisciplinare integrata (sociale – lavoro – sanità nei casi di pertinenza) in grado di sostenere i servizi sociali territoriali, dal momento dell'accoglimento della domanda del cittadino richiedente il SIA, fino alla realizzazione di un progetto complessivo sul nucleo familiare finalizzato al superamento delle condizioni di povertà, all'inserimento lavorativo ed all'inclusione sociale di tutti i suoi componenti.

Tale équipe è formata, per la parte sociale, da assistenti sociali ed educatori qualificati, con esperienza e ampia conoscenza del territorio e dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e per l'inclusione socio-lavorativa al fine di creare progetti integrati per le persone prese in carico. Per la creazione di tale équipe l'Ufficio di Piano del Distretto di Ponente ha palesato, ai fini dell'attuazione

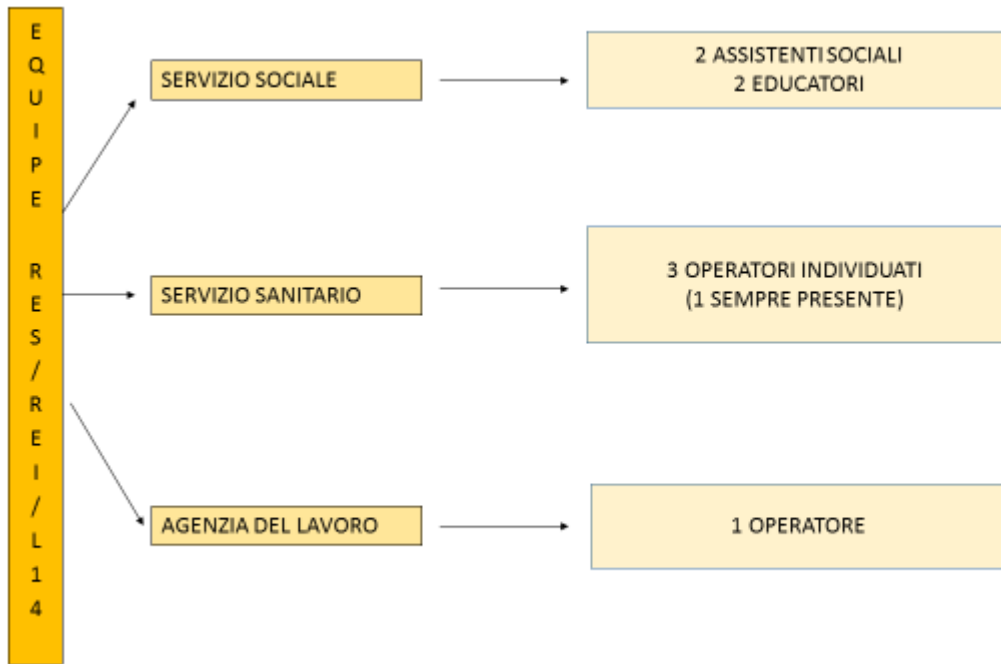
del progetto, l'esigenza di reperire il personale aggiuntivo a supporto degli operatori dei Comuni chiedendo ai gestori distrettuali dei servizi per l'inclusione socio-lavorativa (ovvero ASP Azalea e i Comuni di Castel San Giovanni e Gossolengo) di verificare la possibilità di mettere a disposizione operatori in possesso dei requisiti professionali richiesti, al fine di avviare sperimentalmente il progetto.

L'equipe, pensata per creare una rete di supporto al territorio, è così composta:

<b>ENTE GESTORE</b>	<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>MONTE ORE PROGETTO</b>
ASP AZALEA	EDUCATORE	15 ORE A SETTIMANA
ASP AZALEA	ASSISTENTE SOCIALE	6 ORE A SETTIMANA
COMUNE DI GOSSOLENGO	ASSISTENTE SOCIALE	12 ORE A SETTIMANA
COMUNE DI CASTEL SAN GIOVANNI	EDUCATORE	15 ORE A SETTIMANA

Nel caso del Distretto di Ponente l'equipe multidisciplinare coincide sia per la gestione dei casi REI/RES che per la gestione delle domande di L.14/05. Le sedute dell'equipe hanno cadenza settimanale, presso la sede del Centro per l'impiego, alla presenza dei tre enti coinvolti (lavoro, sanità, sociale). Il personale del Servizio Sociale, oltre a partecipare alle sedute dell'equipe, è preposto, tramite una suddivisione territoriale, all'assistenza tecnico/pratica presso i vari Comuni del Distretto mediante l'utilizzo di un monte a loro disposizione a supporto dei Servizi Sociali dei Comuni e delle singole progettazioni locali in un'ottica di potenziamento e qualificazione del loro di rete. Gli operatori del Servizio Sociale facenti parte dell'equipe hanno inoltre partecipato al corso in Regione "RES, accompagnare il lavoro sociale che cambia", al fine di implementare le loro competenze in materia di assistenza al territorio.

L'equipe è così composta:



Sulla base del decreto legislativo 147/2017 l'equipe procede secondo le seguenti modalità:

L'equipe si occupa della stesura del progetto personalizzato di presa in carico in condivisione con l'assistente sociale di riferimento; i principi che ispirano la definizione del progetto sono: proporzionalità, adeguatezza e non eccedenza rispetto alle necessità e alle risorse del nucleo familiare rendendo ogni progetto calato sul singolo e specifico.



Il progetto viene steso dall'equipe, in una prima fase, in condivisione con l'Assistente sociale referente del caso, e successivamente viene coinvolto con l'utente beneficiario.

Nel momento della sottoscrizione del progetto, l'utente diventa protagonista attivo, e aderendo al progetto è sottoposto al monitoraggio da parte dell'Assistente sociale che a sua volta, riferisce all'equipe l'andamento del progetto attraverso una breve relazione scritta. In caso di mancata adesione al progetto da parte dell'utente, l'assistente sociale procede a chiudere il beneficio e a informarne l'equipe.

## 2. Sintesi del Piano integrato territoriale dei servizi pubblici, del lavoro, sociali e sanitari, ai sensi della LR14/15 e così come previsto nella DGR 73/2018

In riferimento alla Legge Regionale 14/2015 e alle "linee di programmazione integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociale e sanitario" approvate con DGR 1229/2016, tenuto conto delle caratteristiche del territorio e del periodo di attuazione del piano, si prevedono interventi volti a favorire l'ingresso e/o il re-ingresso nel mondo del lavoro per circa 70 utenti con caratteristiche di fragilità, disabilità e vulnerabilità con progetti individualizzati e personalizzati di durata variabile, comunque non superiore ai 12 mesi.

Il contesto di riferimento è quello del Distretto di Ponente, formato da piccoli centri dislocati lungo tre vallate (Val Tidone, Val Trebbia, Val Luretta). Diverse le realtà – specialmente quelle montane

- caratterizzate da bassa densità di popolazione e difficoltà negli spostamenti a causa delle lunghe distanze.

Il Distretto di Ponente è, inoltre, un territorio caratterizzato dalla forte presenza di cittadini stranieri, che costituiscono infatti quasi il 13% della popolazione totale del territorio distrettuale.

La mancanza o la precarietà del lavoro è, direttamente o indirettamente, il principale problema degli utenti che si rivolgono non solo ai servizi per il lavoro, ma anche ai servizi sociali comunali per chiedere contributi economici, agevolazioni e misure nazionali di sostegno al reddito (es. REI, RES).

La disoccupazione a Ponente si conferma essere un tema rilevante, specialmente per le fasce di popolazione in condizione di fragilità, con bassi livelli di scolarizzazione, reti sociali inadeguate o assenti, con le difficoltà aggiuntive legate alla geografia del territorio, con particolare riferimento alle profonde difficoltà di spostamento.

In questo quadro di riferimento, al fine di contrastare queste situazioni di vulnerabilità diffuse, il Piano Integrato Territoriale di Ponente individua i seguenti obiettivi:

- favorire l'inserimento e/o il re-inserimento socio-lavorativo di persone in condizione di fragilità/vulnerabilità e disabilità – sole o con famiglia - mediante l'attuazione di misure di intervento adatte alle caratteristiche ed alla geografia del territorio.
- continuare a promuovere il lavoro di rete e l'integrazione fra servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari mediante l'attività di un'equipe multiprofessionale rappresentativa del diversificato sistema di gestione dei servizi per l'inserimento lavorativo presente attualmente a livello distrettuale, che si occupa della presa in carico integrata degli utenti fragili beneficiari delle misure di intervento locali e nazionali.

Il Piano prevederà la possibilità di attivazione di 48 progetti personalizzati in collaborazione con l'Ente gestore. I progetti personalizzati, permetteranno l'avvio di tirocini di tipo C e D al fine di riattivare al mondo del lavoro i soggetti beneficiari.

(Vedi PIT allegato)

### 3. Governance distrettuale

A livello distrettuale si consolida quanto già avviato a livello di governance del Comitato integrato: è infatti il Comitato di distretto, composto da tutti i sindaci e dal Direttore di Distretto, ad aprirsi e integrarsi con un referente del Centro per l'impiego per assolvere alla funzione di articolazione della Rete della protezione e dell'inclusione sociale distrettuale. Il Comitato stabilisce quanto disposto dalla normativa regionale (Dgr 142/2017) e deciderà le modalità di partecipazione, consultazione di parti sociali e organismi del terzo settore.

L'Ufficio di piano coordinerà tecnicamente l'azione programmatica e organizzativo-gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello di ambito distrettuale, in stretta connessione con il centro per l'impiego, al fine di garantire omogeneità nell'applicazione delle norme ed equità di trattamento per i cittadini.

### 4. Modalità e strumenti per la partecipazione e confronto con i soggetti del terzo settore a livello distrettuale, così come previsto nel "Protocollo per l'attuazione del RES e delle misure a contrasto di povertà ed esclusione sociale in Emilia- Romagna"

A livello regionale, al fine di affrontare collettivamente la sfida del contrasto alla povertà e mettere a sistema ruoli e risorse si è stipulato, un "Protocollo per l'attuazione del RES e delle misure a contrasto di povertà ed esclusione sociale in Emilia- Romagna" con le principali componenti della società civile impegnate nella lotta alla povertà.

Uno dei punti del protocollo prevede l'individuazione la costruzione di relazioni stabili tra i referenti dei Comuni e i referenti del terzo settore al fine di facilitarne il raccordo a livello distrettuale. Tali azioni si concretizzano nel:

- la promozione, ove opportuno, collaborazione e inserimento di attività nei progetti personalizzati previsti dalle misure di sostegno al reddito e dalla LR14/15;
- avvio di percorsi di integrazione, anche nell'ambito della marginalità estrema e della vulnerabilità;
- rafforzamento delle reti locali e delle relazioni che costituiscono il presupposto degli interventi di inserimento sociale e riattivazione.

Il Distretto di Ponente, in continuità rispetto alle indicazioni Regionali, all'interno del suo assetto organizzativo ha individuato un referente dell'Area Adulti che si occupa delle persone adulte e della povertà al quale è stato affiancato, di recente, una figura dedicata che faciliti i rapporti con il terzo settore.

Per coinvolgere il terzo settore è stato inizialmente previsto un momento di confronto con il centro di servizio per il volontariato provinciale durante il quale l'Ufficio di Piano ha riportato i bisogni emersi con maggior forza nei tavoli tematici territoriali, e, sempre sulla base delle risorse disponibili per il territorio distrettuale, è stata definita la possibilità di stesura di 2 progetti distinguibili per tematica e/o territorio da definire in relazione alla partecipazione delle ODV ed APS interessate.

Al termine di questo lavoro preparatorio, sono stati presentati due progetti:

- Il primo prevede di proporre una serie di iniziative volte ad individuare situazioni di fragilità e criticità all'interno di nuclei familiari che ancora non sono seguiti dai Servizi Sociali Territoriali o lo sono in misura non ancora conclamata o molto avanzata (Famiglie fragili) e ad attivare iniziative di sostegno e supporto sia alla gestione della vita familiare, sia all'esercizio del ruolo genitoriale, per evitare l'aggravarsi della situazione che potrebbe portare a situazioni più gravi di disagio sociale e familiare. Il progetto intende focalizzarsi sui temi della responsabilità sociale e sulla solidarietà tra le persone e in particolare tra le famiglie, attivando risorse relazionali. La creazione della rete di supporto tra volontari/famiglie/associazioni, anche di comuni diversi, è inteso come modalità innovativa e sperimentale per il territorio per affrontare la fragilità familiare attraverso l'attivazione dei cittadini in pratiche di mutualità e sostegno reciproco. Inoltre il progetto svolge un importante ruolo di "sentinella" di situazioni fragili che difficilmente potrebbero trovare altre forme di aiuto;
- Il secondo progetto si propone di realizzare una serie di iniziative volte a individuare situazioni di fragilità e criticità che per diversi motivi non sono seguiti dai Servizi territoriali (di tipo Sociale e/o Sanitario) ma necessitano di un supporto più o meno specifico, e ad attivare iniziative che accolgano questi bisogni, per evitare l'aggravarsi della situazione. Per il coinvolgimento della cittadinanza (funzionale al raggiungimento dei possibili destinatari) si utilizzeranno innanzitutto le opportunità e i canali già in essere da parte delle singole

associazioni (singoli eventi, Pagine Facebook, newsletter centro famiglie, ecc.) in un'ottica di cross-marketing (promozione reciproca), ma ci si adopererà anche per creare nuove occasioni e nuovi canali (eventi ad hoc, una nuova pagina Facebook, ecc.).

Inoltre al momento, in particolare, presso il Comune Capofila sono presenti attività di collaborazione con alcune realtà di volontariato:

- **Tavolo Amico**

Gli incontri del "Tavolo Amico", solitamente a cadenza mensile, coinvolgono le associazioni di volontariato più attivamente impegnate sul territorio nell'ascolto e nell'aiuto di persone fragili e/o in difficoltà economica.

In questi incontri, che si svolgono presso gli uffici del Servizio Sociale del Comune capofila, solitamente sono presenti il parroco del paese, i volontari dell'Associazione San Vincenzo e del Centro di Ascolto Caritas, il presidente dell'associazione Carrello Solidale e gli assistenti sociali del Comune insieme l'Assessore delle Politiche Sociali.

Durante tali riunioni si espongono gli aggiornamenti dei "casi conosciuti" e già trattati negli incontri precedenti per informare tutti i presenti dei progressi/delle richieste/dei problemi/ dell'evoluzione dei casi, sia in positivo che in negativo.

Si condividono le strategie di azione nel breve, medio e lungo termine mentre nella seconda parte dell'incontro si discutono "i casi nuovi", segnalati, in base alle richieste ricevute, da ciascun componente del Tavolo.

Queste riunioni hanno aiutato, e aiutano tuttora, notevolmente il lavoro degli assistenti sociali in quanto hanno permesso di rafforzare una rete di aiuto già esistente sul territorio, dare un senso univoco all'aiuto conferendo un indirizzo armonico e condiviso alla solidarietà attiva, la circolarità delle informazioni ha permesso un maggior controllo sociale.

- **Carrello Solidale , Associazione Onlus**

Dopo numerose riunioni svoltesi a partire da Marzo 2012 tra il Comune di Castel San Giovanni, le associazioni di volontariato del Comune di Castel San Giovanni , i supermercati della Città di Castel San Giovanni e la Parrocchia, nonostante dubbi e perplessità , è iniziata nel Marzo 2013 la raccolta di generi alimentari nei supermercati.

Sono state prese diverse decisioni e ci si è dati diversi obiettivi: la scelta del nome, la fondazione della Onlus, le domande da inoltrare agli organi competenti, la sistemazione dei carrelli nei supermercati, la scelta del logo, la stampa dei volantini per le scuole e dei manifesti grandi per l'affissione in pubblico spazio, la sistemazione del magazzino con i pannelli e gli scaffali, l'acquisto del furgone e la messa in strada, la scelta di collaborare con i servizi esistenti – Centro di Ascolto Caritas - Comune – Asp Azalea – San Vincenzo e utilizzo dei buoni per le borse da dare.

L'organizzazione è stata strutturata in gruppi autonomi:

- La squadra del magazzino, composta da cinque volontari, che riceve le derrate alimentari, registra carico/scarico del magazzino e prepara le borse per la doppia distribuzione settimanale;
- La squadra che ritira gli alimenti dai supermercati e dal magazzino della Fondazione Banco Alimentare, composta da quattro volontari
- La squadra di promozione della raccolta: una volta al mese, a rotazione, promuove la raccolta nei Supermercati; ed è composta da quindici volontari
- La squadra di distribuzione, che due volte a settimana, con tre volontari, consegna le borse-spese alle persone
- La squadra servizi: composta dal presidente dell'associazione, dal cassiere, dalla segretaria, dal ricettore delle richieste, dal registratore dati

I volontari hanno fatto esperienza in diversi gruppi di lavoro, permettendo in caso di necessità la facile sostituzione.

Le esperienze presenti sul territorio rappresentano una buona base di partenza che il Distretto intende implementare nelle prossime annualità anche in continuità con quanto emerso dai diversi momenti di confronto aperti alla cittadinanza per la stesura del Piano Socio Sanitario Distrettuale. A questi incontri, che hanno visto una forte adesione di pubblico, è emerso che a causa della conformazione del territorio, in alcuni Comuni, già da diverso tempo ci si avvale della collaborazione delle realtà del terzo settore (Caritas, Parrocchie, realtà sportive,...) che spesso diventano preziosi collaboratori nella gestione del progetto personalizzato degli utenti in carico ai Servizi. Per alcuni territori in zone di marginalità estrema, il ruolo del volontario, è una risorsa fondamentale pertanto, il Distretto, auspica di poter proseguire con questo percorso di collaborazione.

## **PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO**

Il Piano Sociale e Sanitario regionale pone l'accento su una nuova visione del welfare rispetto ad una società che negli ultimi anni è profondamente cambiata e fa emergere nuovi bisogni e nuove esigenze, particolarmente connesse con l'aumento della povertà e dell'emarginazione sociale, a cui occorre rispondere in maniera trasversale consolidando le "buone prassi" e con interventi socio-sanitari innovativi.

Si intende promuovere un welfare comunitario, in cui, nel rispetto delle rispettive competenze, siano chiamate a partecipare le persone significative e le risorse presenti nel territorio.

La programmazione rappresenta lo strumento con cui si definiscono priorità e obiettivi, interventi e risorse, si scelgono processi e procedure di attuazione.

L'approccio deve essere fortemente trasversale per favorire l'integrazione degli interventi sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, per il lavoro, per la casa.

Il primo incontro tenutosi a Castel san Giovanni in data **11 dicembre 2017** ha avuto come obiettivo quello di illustrare le finalità del nuovo *Piano Sociale e Sanitario regionale* e le procedure necessarie alla definizione della programmazione triennale, ed è stato preliminare al lavoro di più gruppi integrati che si sono formati intorno ad interessi sanitari, sociosanitari e per il benessere sociale, costruendo relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e i soggetti pubblici e privati, nel rispetto delle relative competenze. L'intento era quello di concorrere alla costruzione di un Piano che si facesse carico delle esigenze di tutti e di strutturare una programmazione partecipata per un welfare pubblico di Comunità.

A questo proposito l'Ufficio di Piano e i Servizi socio-sanitari hanno ricevuto sollecitazioni e proposte di intervento, raccolto dati sul bisogno, monitorato i progetti e i percorsi già in atto per verificarne l'attuale rispondenza alle necessità segnalate. Si sono individuati così "oggetti di lavoro" trasversali a tutte le aree, che si è inteso affrontare con l'apporto di Amministratori, operatori sociali e sanitari, educativi, scolastici, del privato sociale, del volontariato, dei cittadini, tenendo conto della peculiarità dei territori che caratterizzano il nostro Distretto.

Le aree trasversali individuate sono le seguenti:

1. Area contrasto alla povertà, all'impoverimento, alla marginalità

2. Area domiciliarità

3. Area della genitorialità e di sostegno alle reti comunitarie

La metodologia adottata ha previsto pertanto la realizzazione di incontri tecnici finalizzati all'organizzazione di focus group su tematiche specifiche e di tavoli allargati coinvolgenti la comunità, al fine di avviare una programmazione locale partecipata.

Il tavolo tecnico tenutosi in data **29 marzo 2018** a cui hanno partecipato diversi servizi specialistici tra cui SERT, NPIA, Psicologia di collegamento, Centro per le Famiglie, ha evidenziato l'importanza di programmare partendo dai progetti in essere sul territorio, dai punti di forza e dalle risorse presenti per poi raccogliere il fabbisogno emerso e le criticità rilevate.

In tale data è stato fissato un ulteriore incontro in data **11 aprile** sul tema della disabilità in cui sono stati coinvolti non solo i servizi ma anche le associazioni del territorio, le famiglie e il Centro per l'impiego. Il tavolo si è incentrato sul tema del passaggio da minore a giovane adulto, sul tempo extra-scolastico, sulla socializzazione legata alla gestione del tempo libero, sull'inserimento nei servizi e il relativo progetto di vita degli utenti, sull'inserimento lavorativo.

Il tavolo tecnico sul tema dell'impoverimento del **4 aprile** ha costituito un momento di riflessione sullo stato dell'arte dei servizi rivolti alla popolazione adulta. La Responsabile di Area ha posto alcuni quesiti al fine di definire un quadro di partenza per programmare gli interventi da attivare.

I punti di forza emersi consistono nella collaborazione tra i servizi e gli operatori di diverse professionalità, ma anche tra i servizi e le associazioni del territorio e la formazione degli operatori sul tema della fragilità adulta. Le criticità riguardano invece la mancanza di una rete strutturata e di un contenitore strutturato programmato. Tra gli obiettivi comuni emersi c'è quello di perseguire l'inclusione sociale dell'adulto fragile nel contesto di appartenenza.

Per quanto concerne i tavoli allargati alla comunità, sono state attuate le linee guida regionali relative alla programmazione partecipata per un welfare pubblico di comunità, seguendo le fasi indicate:



Area contrasto alla povertà, all'impovertimento, alla marginalità  
*"Dallo sguardo altrove all'accoglienza"*

- **19 aprile 2018** presso il Comune di Travo per il territorio comprendente Val Trebbia e Alta Val Luretta; al tavolo hanno partecipato soggetti che a vario titolo svolgono un ruolo nei servizi sociali, del lavoro (REI, RES, L.R. 14/2015), sanitari (APS, Psichiatria di collegamento, ecc.), educativi e del terzo settore (contrasto gioco d'azzardo, integrazione giovani e famiglie straniere, progetti FAMI, ecc.), ma anche Parrocchie e Caritas.  
Le linee progettuali che sono emerse a seguito della raccolta dei bisogni sono l'istituzione di tavoli di lavoro come elementi stabili delle progettualità e progettualità che tengano conto delle esigenze del territorio.

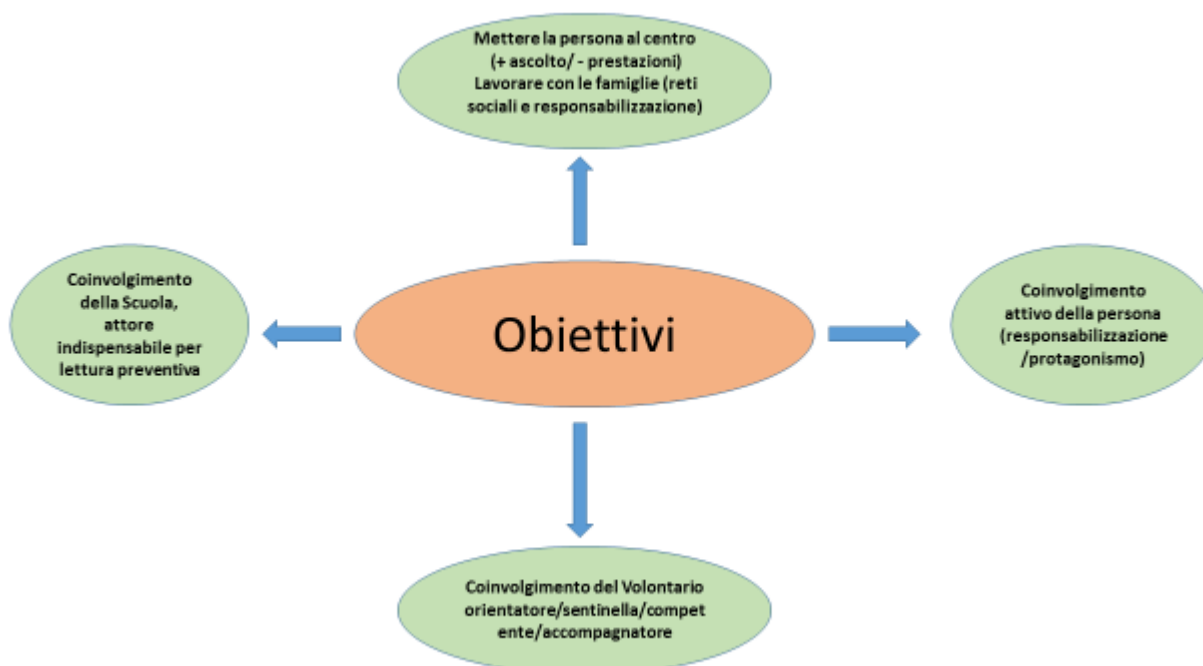


- **14 maggio 2018** presso il Comune di Castel san Giovanni, per il territorio comprendente Val Tidone e Val Luretta.

Dall'incontro è emerso che i Servizi al momento si stanno interrogando sulla vulnerabilità e sui percorsi di avvicinamento di chi non arriva a loro attraverso i canali tradizionali della presa in carico pertanto si evidenzia la necessità di introdurre attività di prevenzione che prevedano il coinvolgimento attivo della comunità e che siano inserite in un sistema più strutturato di servizi la cui regia è gestita dai Servizi stessi.

Si sottolinea una forte esigenza di ascolto e il bisogno di creare una "rete di volontariato familiare" che accompagni la persona, una sorta di "volontario" orientatore. Importante risulta essere la condivisione della progettualità con la persona stessa in un'ottica di lavoro integrato.

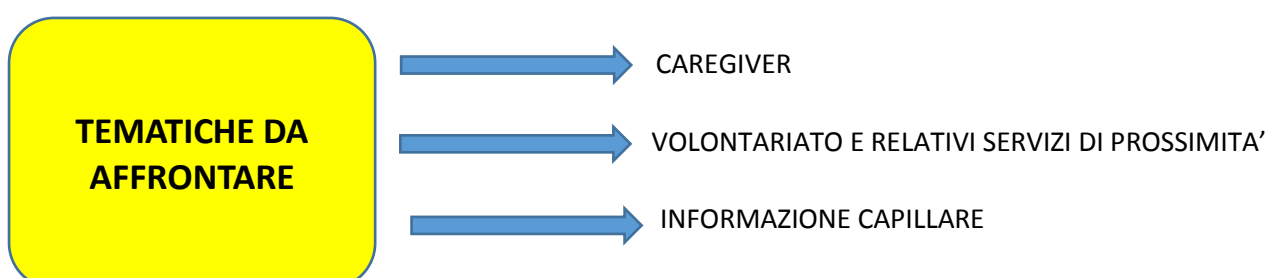
Viene sottolineata la trasversalità di tutti i tavoli della tematica del volontariato e la creazione di una “comunità competente”.



Area domiciliarietà  
*“Assistenza a KM zero”*

- **02 maggio** presso il Comune di Castel San Giovanni per il territorio comprendente Val Tidone e Val Luretta; al tavolo hanno partecipato i soggetti che a vario titolo svolgono un ruolo nei servizi sociali, sanitari (Case della Salute, Cure Palliative, servizi di Assistenza domiciliare socio-sanitari, assistenziali ed educativi; Consultorio demenze, Caffè Alzheimer, Centri diurni per Disabili ed anziani, progetti territoriali e domiciliari educativi per minori e giovani con disabilità, interventi L.R. 29, ecc.).

Il tema della domiciliarietà, intesa come intervento personalizzato basato sui bisogni della persona, è stato affrontato ponendo l’accento sulla necessità di lavorare nell’ottica di integrazione socio-sanitaria.



- **03 maggio** presso il Comune di Bobbio, per il territorio comprendente Val Trebbia e alta Val Luretta.

L'aspetto che maggiormente viene sottolineato è l'importanza di tutelare il diritto di autodeterminarsi tramite le seguenti azioni:

5. monitoraggio sociale delle persone anziane e fragili;
6. rafforzamento delle reti di volontariato;
7. supporto al caregiver tramite formazione e informazione;
8. informazione al cittadino sui servizi presenti sul territorio

### Area della genitorialità e di sostegno alle reti comunitarie "Famiglie che fanno centro"

- **08 maggio** presso il Comune di Rottofreno per il territorio comprendente Val Tidone e Val Luretta. Al tavolo hanno partecipato i soggetti che a vario titolo svolgono un ruolo nei servizi socio-sanitari e scolastici (operatori del *Programma PIPPI*, Centri educativi, progetto *Home visiting*, Equipe di "Psicologia distrettuale", progetto "guadagnare salute", operatori che lavorano in modo integrato nell'ambito della "*Tutela Minori*", su casi complessi – L.R. 1102, adozione e affido, UONPIA, Terzo settore, Volontariato).

L'incontro si è dimostrato un significativo momento di confronto sui vari interventi e progetti rivolti alle famiglie attivi sul territorio. Si è pertanto evidenziata la necessità di strutturare un lavoro di rete tra i vari attori coinvolti che possa incentivare lo sviluppo delle competenze di comunità sul tema.

- **10 maggio** presso il Comune di Rivergaro per il territorio comprendente Val Trebbia e alta Val Luretta.

Dal tavolo sono emerse le seguenti criticità:

1. assunzione di responsabilità da parte dei genitori e degli adulti
2. nuovo tipo di famiglia non etichettabile con conseguente difficoltà di presa in carico
3. paura di crescere e del giudizio
4. maggiori disturbi comportamentali in età precoci
5. non autoconsapevolezza delle fragilità
6. lavorare sui punti di forza dei genitori, in piccoli gruppi
7. lavoro di rete
8. tema delle autonomie ed emozioni
9. difficoltà ad "attirare" i genitori

I punti di forza espressi dai tavoli sulla genitorialità sono i seguenti:

## risorse

## energie

partecipazione

motivazione

interesse

linguaggi comuni

presenza operatori sociali del pubblico e del privato

obiettivo comune: benessere della famiglia

presenza della scuola

## **VALUTAZIONE E MONITORAGGIO**

Le attività di monitoraggio e valutazione del Piano di zona per la salute ed il benessere sociale triennale si avvalgono degli indicatori distrettuali di cui alla DGR 1423/2017. Il Distretto di Ponente si è dotato tuttavia di ulteriori strumenti al fine di monitorare le progettazioni avviate; si tratta di modalità operative integrate tra diversi servizi e spesso condivise con la comunità, in linea con l'intenzione di proseguire con una programmazione locale partecipata che sia trasversale a tutte le aree di intervento.

Equipe integrata L.14/2015: l'èquipe multidisciplinare, che si ritrova indicativamente a cadenza settimanale presso i locali del Centro per l'impiego, alla presenza dei tre enti coinvolti (lavoro, sanità, sociale) si occupa della stesura del progetto personalizzato di presa in carico in condivisione con l'assistente sociale di riferimento; i principi che ispirano la definizione del progetto sono: proporzionalità, adeguatezza e non eccedenza rispetto alle necessità e alle risorse del nucleo familiare rendendo ogni progetto calato sul singolo e specifico, coinvolgimento attivo del beneficiario. il monitoraggio dell'adesione al progetto personalizzato viene effettuato dall'Assistente sociale di riferimento o dall'operatore territoriale individuato, in stretta sinergia con l'èquipe alla quale viene inoltrata una relazione scritta al termine o all'interruzione del progetto.

APS: tavolo tecnico integrato a cui partecipano gli operatori del Distretto che si occupano di fragilità e marginalità. Il gruppo si riunisce mensilmente e ha come obiettivo quello di condividere la progettazione sui casi presentati, valutarne e monitorarne l'andamento, le criticità e i punti di forza. Questa modalità operativa favorisce il lavoro di rete e integrato tra i servizi presenti sul territorio e rappresenta un importante momento di confronto tra diverse professionalità, pertanto gli interventi vengono realizzati in un'ottica di presa in carico condivisa.

Tavoli tecnici tematici: tavoli permanenti che prevedono la partecipazione di operatori di servizi relativi ad una specifica area di intervento che hanno il fine di confrontarsi e di monitorare l'andamento dei progetti inseriti all'interno della programmazione zonale. Anche in questo caso viene incentivato il lavoro di rete, la condivisione di obiettivi e di un linguaggio comune e il reciproco scambio di competenze.

Tavoli allargati alla Comunità: come specificato nella sezione "Scelte strategiche e priorità" il Distretto intende portare avanti il lavoro di quattro gruppi allargati alla Comunità, che giocheranno un ruolo importante nel valutare i processi di programmazione locale partecipata. I tavoli si pongono in un'ottica di valorizzare la territorialità, facendo emergere le risorse presenti e veicolando possibili messaggi alternativi e innovativi come risposta a bisogni emergenti. Tali gruppi possono costituire luoghi non giudicanti in cui gli attori coinvolti siano liberi di confrontarsi, di esprimere perplessità circa l'andamento dei progetti avviati e di avanzare proposte innovative. Le attività di monitoraggio e valutazione svolte da questi tavoli permetteranno pertanto di approfondire la conoscenza del territorio distrettuale.

**PREVENTIVO DI SPESA 2018**

Distretto	Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenti	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio adulto senza dimora	Multitenza	Totale riga	ID Previsione ID
Ponente	Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 123.879,68	€	- €	- €	- € 35.047,74	€ 93.315,94	€ 68.665,83	€ 320.909,19	24 358
Ponente	Centri per le famiglie		€ 19.379,51	€	- €	- €	- €	- €	- €	€ 19.379,51	24 411
Ponente	Altri fondi regionali (specificare)	progetto conciliazione	€ 28.772,00	€	- €	- €	- €	- €	- €	€ 28.772,00	24 412
Ponente	Altri fondi regionali (specificare)	fondo mobilità	€	€	- €	- €	- €	€ 11.006,00	€	€ 11.006,00	24 413
Ponente	Programma gioco d'azzardo patologico		€	€	- €	€ 43.065,55	- €	- €	- €	€ 43.065,55	24 414
Ponente	FRNA		€	€ 2.441.379,00	€	- €	€ 5.027.616,00	- €	€ 106.108,00	€ 7.575.103,00	24 881
Ponente	FNNA		€	€ 184.747,00	€	- €	€ 515.540,00	- €	- €	€ 700.287,00	24 882
Ponente	Programma "DOPODINO" (L.122/2016)		€	€ 20.000,00	€	- €	- €	- €	- €	€ 20.000,00	24 883
Ponente	Fondi FSEPON Inclusione - Avviso 3 -		€	€	- €	- €	- €	€ 86.290,75	€	€ 86.290,75	24 884
Ponente	Fondi FSEPOR - LR 14/2015		€	€	- €	- €	- €	€ 327.773,00	€	€ 327.773,00	24 885
Ponente	Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 225.015,74	€	- €	- €	- €	€ 132.150,35	€	€ 357.166,09	24 905
	<b>Totale (al lordo della partecipazione utenti)</b>		€ 397.046,93	€ 2.646.126,00	€ 43.065,55	€ 5.543.156,00	€ 35.047,74	€ 650.536,04	€ 174.773,83	€ 9.489.752,09	7328
	<b>Totale (al netto della partecipazione utenti)</b>		€ 397.046,93	€ 2.646.126,00	€ 43.065,55	€ 5.543.156,00	€ 35.047,74	€ 650.536,04	€ 174.773,83	€ 9.489.752,09	