

# Accordo di programma per l'approvazione del Piano di zona per la salute e il benessere sociale triennio 2018-2020 - comprensivo del Programma attuativo 2018 - dell'ambito distrettuale di Faenza

L'Unione della Romagna Faentina

L'Azienda USL della Romagna - Distretto di Faenza

## Premesso che

-La L.R. 12/3/2003, n.2 "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*"; riconosce la centralità delle comunità locali e la partecipazione attiva della società civile; assume il Piano Regionale degli interventi e servizi sociali integrato con il Piano Sanitario Regionale quale strumento di programmazione a livello regionale, individua nel Piano di zona per la salute e il benessere sociale lo strumento di programmazione sociale, sanitaria e socio-sanitaria triennale a livello distrettuale;

-La L.R. 29/12/2004, n. 29 "*Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale*" definisce le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale, rafforzando il ruolo degli Enti locali che, nell'ambito della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, sono chiamati a partecipare alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute.

-L'Unione della Romagna Faentina e l'Azienda USL della Romagna Distretto di Faenza hanno sottoscritto, in data 25/02/2008 la Convenzione, ai sensi dell'art. 30 del Testo unico Enti locali, per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per la costituzione dell' Ufficio di piano e per la gestione del Fondo Regionale per la non autosufficienza, coerentemente a quanto disposto dalla Regione Emilia-Romagna con delibera di Giunta n. 1004/2007.

-la Regione Emilia-Romagna con Delibera di Assemblea Legislativa n°120/2017 ha approvato Il Piano sociale e sanitario 2017- 2019 definendo 3 obiettivi strategici trasversali alle diverse fasce di popolazione e fasi della vita: inclusione sociale e contrasto alla povertà, il distretto come nodo strategico della *governance* e dell'attuazione delle politiche integrate e nuovi strumenti e servizi di prossimità e di integrazione sociosanitaria. Con successivo atto di giunta (DGR 1423/2017) la Regione Emilia-Romagna ha inoltre approvato le 39 schede attuative di intervento che discendono dagli obiettivi strategici del PSSR e rivestono carattere di indirizzo rispetto alla programmazione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020. Inoltre nel medesimo atto ha approvato un indice tipo del Piano di zona triennale. Successivamente con nota PG 194313 del 20/3/2018, ha fornito indicazioni operative per la definizione dei Piani di zona per la

salute e il benessere triennali, definendo nuovi strumenti e modalità di presentazione alla Regione dei suddetti Piani.

-Il Decreto Legislativo n° 147/2017 all'art.13 comma 2 lettera d) prevede che i *“Comuni, coordinandosi a livello ambito distrettuale, adottino atti di programmazione ordinariamente nella forma di una sezione specificatamente dedicata alla povertà nel piano di zona di cui all'articolo 19 della legge 328/2000”*.

- La Rete della protezione e dell'inclusione sociale il 22 marzo 2018 ha approvato Il Piano nazionale di contrasto alla povertà di cui all'art. 8 del D.lgs. 147/2017.

-La Regione Emilia-Romagna con Delibera dell'Assemblea Legislativa n-157/2018 ha approvato il Piano regionale per la lotta alla povertà 2018-2020 che al punto 9 fornisce indicazioni relative alla sezione povertà da inserire nei piani di zona per la salute e il benessere sociale triennali e l'8 giugno 2018 ha approvato la legge regionale n° 7 *“Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 24/16. Misure di sostegno alla povertà e sostegno al reddito”*, che all'art.2 ter prevede che *“i finanziamenti regionali sono altresì destinati ai Comuni o alle loro Unioni per la realizzazione di interventi e servizi sociali a contrasto alla povertà, secondo le modalità previste dalla LR 2/2003”*

#### **Dato atto che:**

Il Comitato di distretto di Faenza , così come definito dalle leggi regionali 19/199417 e 29/2004, svolge il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali dell'ambito distrettuale, tramite l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e verifica, garantendo uno stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Ravenna e avvalendosi dell'Ufficio di piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni.

Il ruolo del Comitato di distretto è svolto dalla Giunta dell'Unione Romagna Faentina coincidente con l'ambito distrettuale (art.61 L.R. 13/2015).

Agli incontri del Comitato di Distretto partecipa il Direttore di Distretto Dott.ssa Marisa Bianchin per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale.

L'Ufficio di piano costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatrice e di *governance* organizzativo gestionale del Distretto in merito alle funzioni dell'area welfare.

Il Piano regionale per la lotta alla povertà di cui alla DAL 157/2018- per quanto attiene la programmazione della sezione povertà nell'ambito dei piani di zona per la salute e il benessere sociale prevede che l'articolazione distrettuale della RETE della protezione e dell'inclusione sociale sia rappresentata dal Comitato di distretto o Giunta dell'Unione Romagna Faentina, un referente del Centro per l'impiego e che l'Ufficio di Piano, in stretta interconnessione con il Centro per l'impiego, coordina tecnicamente l'azione programmatrice e organizzativo-gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello distrettuale.

## **Rilevato che**

Dal mese di gennaio si è dato corso nel distretto Faenza all'attività di programmazione distrettuale per il triennio 2018-2020, comprensivo del Programma Attuativo 2018, declinando le priorità e le scelte strategiche regionali contenute nel Piano sociale e sanitario regionale e le schede attuative di intervento di cui alla DGR 1423/2017, secondo le peculiarità del territorio distrettuale di riferimento.

A tale attività hanno fattivamente e costruttivamente partecipato, oltre ai diversi livelli di governo politico e tecnico del distretto, i professionisti/operatori, i soggetti del Terzo Settore, le OOSS, singoli cittadini attraverso incontri locali/tavoli di programmazione orientati allo sviluppo di un welfare partecipativo ed inclusivo.

## **Tutto ciò premesso e considerato, tra le Parti si conviene e si stipula il seguente Accordo di Programma**

### **Art. 1**

La premessa è parte integrante del presente Accordo.

### **Art. 2 – Finalità**

Con il presente Accordo le Parti approvano il “Piano di zona per la salute e il benessere sociale –2018 – 2020”, comprensivo del Programma attuativo 2018, frutto di un percorso di programmazione partecipata da soggetti pubblici, del privato sociale, dalle OOSS, dai rappresentanti del Terzo Settore e dai cittadini attivi sul territorio.

### **Art. 3 – Piano di zona per la salute e il benessere sociale**

Il “Piano di zona per la salute e il benessere sociale –2018-2020” costituisce lo strumento unitario di programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria territoriale. Esso rappresenta il punto di snodo e di interconnessione distrettuale con le scelte di intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale e di raccordo con altri strumenti di programmazione locale.

Per il triennio 2018-2020 il Piano di zona distrettuale individua, attraverso la lettura delle caratteristiche del territorio e il confronto continuo con i diversi stakeholders incontrati, le seguenti priorità e scelte strategiche: accogliere e accompagnare le persone nel loro contesto di vita, politiche per la riduzione delle disuguaglianze, promozione dell'autonomia delle persone, politiche di partecipazione e responsabilizzazione dei cittadini;

riporta le seguenti schede attuative di intervento, frutto della declinazione distrettuale delle schede attuative di intervento regionali di cui alla DGR 1423/2017:

- Case della salute e medicina di iniziativa;
- Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata;
- Cure Intermedie e sviluppo dell'Ospedale di Comunità in Azienda USL Romagna;
- Co-progettazione sociale e sanitaria attraverso il budget di salute;
- Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari;
- Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di Noi;
- Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative;
- Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale;
- Promozione di politiche di Equità e approccio alla medicina di genere;
- Azioni di contrasto all'esclusione sociale delle persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di marginalità;
- Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate;
- Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e di abilità;
- Potenziamento degli interventi nei primi mille giorni di vita;
- Sostegno alla genitorialità;
- Progetto adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti;
- Promozione del benessere, prevenzione e cura di preadolescenti e adolescenti nelle scuole e prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare;
- Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità;
- Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico;
- Azioni per invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano;
- Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza - FRNA;
- Misure a contrasto della povertà – sostegno all'inclusione attiva, reddito di inclusione e reddito di solidarietà (SIA/REI – RES);
- Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015);
- La casa come fattore di inclusione e benessere sociale;
- Contrasto alla violenza di genere;

- Health Literacy;
- Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari;
- Partecipazione civica e collaborazione fra sistema pubblico ed Enti del terzo settore;
- Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti;
- Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie;
- Miglioramento dell'accesso dei percorsi in emergenza - urgenza;
- Prendersi Cura Attraverso la Tecnologia – PCAT – Soluzioni di Telemedicina per il setting domiciliare;
- Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali;
- Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela;
- Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali;
- Politiche di intervento per la non autosufficienza;

individua, nell'ambito della sezione povertà, le seguenti 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:

1. INFORMAZIONE-ACCESSO, con funzioni di informazione, consulenza, orientamento e assistenza nella presentazione della domanda. Tali funzioni sono garantite dal sistema dei servizi sociali territoriali, nello specifico dalla rete degli sportelli sociali che svolgono già funzioni di segretariato sociale.
2. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, intesa come analisi preliminare e approfondita del bisogno che devono essere offerti dal servizio sociale professionale nell'ambito del servizio sociale territoriale e in caso di bisogno complesso, in equipe multidisciplinari a composizione variabile, da calibrare in base ai bisogni del nucleo.
3. PROGETTO PERSONALIZZATO che dovrà ricomprendere la definizione degli obiettivi generali e dei risultati specifici attesi, l'insieme dei sostegni (servizi e interventi) messi a disposizione dei nuclei da parte dei servizi coinvolti e dai soggetti del terzo settore che collaborano all'attuazione del progetto e gli impegni assunti dai nuclei medesimi. In questocaso, sotto la regia del Servizio sociale territoriale si possono prevedere molteplici servizi/interventi a seconda del progetto definito e sottoscritto (servizio sociale professionale/tirocini per l'inclusione sociale/sostegno socio-educativo/assistenza domiciliare /sostegno alla genitorialità/mediazione culturale).

La programmazione attuativa della sezione povertà, comprensiva delle risorse, avverrà attraverso apposita successiva integrazione del presente atto, da approvarsi con le modalità del programma attuativo annuale, in seguito alla definizione delle risorse nazionali e regionali destinate agli ambiti distrettuali.

### Art. 3– Oneri finanziari

Il valore economico del “Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020- anno 2018” può essere stimato per l’anno 2018 in Euro 24.513.899,80, di cui:

Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ 351.509,42
Fondo sociale locale - Risorse statali	€ 391.225,50
Centri per le Famiglie	€ 21.067,56
Centri Antiviolenza	€ 44.256,47
Quota Fondo povertà nazionale (Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2)	€ 274.060,72
Quota povertà regionale L.R. 24/16	€ 98.247,41
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€ 72.227,53
Fondi FSE POR - L.R. 14/2015	€ 357.687,00
Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15	€ 36.000,00
Programma DOPO DI NOI (L. 122/2016)	€ 128.366,00
Programma gioco d'azzardo patologico	€ 71.851,00
FRNA	€ 9.695.476,77
FNNA	€ 846.209,41
AUSL della Romagna - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€ 4.592.002,09
AUSL della Romagna per interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria	€ 947.623,04
Altri fondi regionali	€ 379.518,03
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€ 247.395,04
Altri fondi statali/pubblci	€ 429.677,10
Altri soggetti privati (Esclusa contrib. utenti)	€ 65.546,32
Unione della Romagna Faentina	€ 5.284.194,40
Comuni di: Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Faenza, Riolo Terme, Solarolo	€ 179.758,99

Si rimanda ai successivi Programmi attuativi annuali la definizione delle risorse economiche relativa alle singole annualità.

Le Parti convengono, altresì, che potranno essere apportate eventuali modifiche agli impegni finanziari inizialmente assunti, previa intesa all’interno degli organismi di *governance* di distretto fra tutti i soggetti sottoscrittori del presente Accordo di Programma, a condizione che tali modifiche non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione degli interventi previsti.

#### **Art. 4 – Impegni delle parti**

Le Amministrazioni aderenti al presente accordo si impegnano a collaborare per il conseguimento degli obiettivi previsti nel “Piano di zona per la salute ed il benessere sociale 2018-2020” e per la realizzazione degli interventi previsti nei Programmi attuativi annuali successivi.

Le parti si impegnano ad approvare i programmi attuativi annuali previa valutazione condivisa, in seno al Comitato di distretto/Giunta dell’Unione, al fine di garantire omogeneità a livello distrettuale ed assicurare l’opportuno confronto con il privato sociale del territorio, le OOSS, e/o altri soggetti eventualmente individuati.

Le parti si impegnano altresì al monitoraggio e alla valutazione del Piano di zona per la salute e il benessere sociale triennale e dei Programmi attuativi annuali.

#### **Art. 5 – Durata**

Il presente Accordo di programma ha durata triennale a decorrere dalla data di sottoscrizione e conserva efficacia fino all’entrata in vigore di quello successivo.

#### **Art. 6 – Pubblicazione**

Entro i termini concordati, l’Unione della Romagna Faentina trasmetterà alla Regione Emilia Romagna, secondo le modalità indicate, il presente Accordo di programma per l’approvazione del “Piano per la salute e il benessere sociale 2018-2020” e per la pubblicazione dello stesso sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

Approvato e sottoscritto.

Unione della Romagna Faentina

Giovanni Malpezzi

Azienda U.S.L. della Romagna -  
Distretto di Faenza

Marisa Bianchin

(documento sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.)



Comuni di Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Faenza, Riolo Terme, Solarolo

Settore Servizi alla Comunità – Ufficio di Piano

**IL PIANO DI ZONA PER LA SALUTE  
E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020  
DISTRETTO FAENTINO**

**Indice**

Introduzione

Cap. 1 Analisi del Contesto (Fotografia del territorio - documento allegato)

Cap. 2 Il Modello di Governance del distretto di Faenza

Cap. 3 Il percorso di elaborazione del Piano

Cap. 4 Le scelte strategiche del Piano

Cap. 5 Monitoraggio e valutazione del Piano di Zona

**Introduzione**

Il Piano distrettuale per la Salute e il Benessere Sociale 2018-2020 è frutto di un lungo percorso partecipativo realizzato dalla Regione Emilia Romagna con il coinvolgimento attivo di tutti i territori in un processo di ricostruzione del modello di pianificazione sociale e sanitaria, includendo tempi e metodi di lavoro. La declinazione locale, per quanto concerne l'Unione della Romagna Faentina, ha prodotto un importante cambiamento metodologico che ha messo in evidenza l'impegno dei servizi per la realizzazione di progettualità volte ad una maggiore integrazione sociale e sanitaria i cui protagonisti diretti sono in primo luogo i servizi stessi.

I 6 comuni del Distretto sono stati impegnati, per la realizzazione del piano, in un lasso temporale che parte dai primi mesi dell'anno 2018 e che ha visto il coinvolgimento di un' ampia platea di persone: amministratori locali in primis, la sanità locale, il terzo settore (mondo del volontariato, cooperazione e impresa sociale), i gestori di servizi, le organizzazioni sindacali e anche singoli cittadini.

Gli obiettivi individuati alla fine di questo percorso, descritto nel capitolo 3, rappresentano l'orizzonte di lavoro in cui declinare gli interventi distrettuali per il prossimo triennio.

Il precedente Piano di Zona Distrettuale a carattere triennale risale al 2009-2011 e, pertanto, la presente programmazione di obiettivi strategici e prioritari avviene dopo quasi un decennio dalla precedente.

La società odierna è profondamente cambiata rispetto al precedente Piano di Zona mostrando forti mutamenti socio demografici, attraversando una importante crisi economica e caratterizzandosi per una forte frammentarietà e un carattere pluriculturale.

Per questo le leve che sottendono il presente piano sono:

- un'idea di welfare di comunità basato su una forte presenza di garanzia del “pubblico” e contemporaneamente su processi decisionali, programmatori ed attuativi di interventi sociali e socio sanitari fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile;
- la continua qualificazione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari che si deve basare sull'ascolto dei cittadini e dei loro bisogni;
- la necessità di programmare per aree di intervento trasversali, non più per target, concentrandosi sulle persone e le famiglie ricomprendendo così i bisogni di tutta la comunità;
  - l'opportunità e l'esigenza di connettersi con le risorse collettive ed individuali della comunità attraverso percorsi partecipativi efficaci e con l'introduzione di processi di co-progettazione

Il Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 ha rappresentato la cornice in cui il Piano distrettuale di Faenza è stato declinato individuando obiettivi prioritari di intervento a cui sono stati ricondotti sia

servizi strutturati ormai da diversi anni nell'intero ambito distrettuali sia progettualità innovative e sperimentali nell'ottica di mettere a sistema le risorse esistenti e farne emergere di nuove.

Si intende tracciare una risposta ai bisogni sempre più intersettoriale con possibili strategie di intervento e risorse sia intercomunali che appunto intersettoriali, ad esempio le integrazioni con ufficio casa e territorio, con l'istruzione e la cultura, non ultimo con i lavori pubblici (gestione dei lavori in comune per adolescenti e situazioni di fragilità)

Punto di partenza per il percorso di elaborazione del Piano distrettuale è stata la lettura del territorio, delle sue caratteristiche e dello stato di salute e di benessere dei cittadini che lo abitano. Questi dati sono contenuti nell'esame della "fotografia del territorio" che rappresenta un documento a se stante allegato al presente piano.

Un Piano innovativo sotto molti punti di vista che guiderà le scelte del Distretto per il prossimo triennio.

## **Capitolo. 2 Il modello di governance del distretto di Faenza**

Ad oggi, la regia della programmazione e della gestione associata dei servizi sociali e socio sanitari

è assicurata attraverso l'Accordo di Programma per la salute ed il benessere sociale, per il triennio dal 2017-2019, funzionale alle attività che dovranno essere svolte in continuità con la programmazione annuale.

L'Accordo è frutto di un'istruttoria congiunta tra tecnici dell'Azienda USL e responsabili degli Uffici di Piano, giungendo alla condivisione di un nuovo schema di atto che intende disciplinare, con criteri di uniformità, i rapporti fra l'Azienda USL della Romagna e i Comuni, singoli o associati, e/o le Unioni dei Comuni, per la gestione in forma associata dell'integrazione sociosanitaria, a valere per il triennio 2017-2019.

L'Accordo, di cui a seguire si riporta l'articolato normativo senza gli allegati specifici, è stato approvato: con Deliberazione della Giunta dell'Unione della Romagna Faentina n. 54 del 30/03/2017, successivamente rettificato con deliberazione n. 134 del 03/08/2017; dal Comitato di Distretto di Faenza in data 30/03/2017 e rettificato in data 12/07/2017; con Deliberazione del Direttore Generale dell'AUSL Romagna n. 376 del 25/08/2017.

L'integrazione sociosanitaria è rivolta a soddisfare bisogni di salute che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

Sia a livello regionale che di ambito distrettuale sono stati sviluppati negli anni numerosi strumenti di programmazione, che devono necessariamente essere tra loro raccordati e che sono:

- il Piano Sociale e Sanitario;
- il Piano Regionale per la Prevenzione,
- le linee annuali di programmazione e finanziamento del SSR;
- le linee di programmazione regionale integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari, previste dalla L.R. n.14/2015.
- Il Piano regionale contro la violenza di genere n.291 febbraio 2016 ai sensi art.17 L.R. n.6 27 giugno 2017

Il presupposto su cui poggia la definizione di integrazione origina dalla considerazione che esistono situazioni peculiari della vita della persona che richiedono necessariamente un intervento finalizzato a soddisfare globalmente la contestuale esigenza del soggetto di un bisogno sanitario e di un bisogno sociale.

Ai sensi della LR n. 2/2003:

- i Comuni sono titolari delle funzioni amministrative e dei compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché delle altre funzioni e compiti loro attribuiti dalla legislazione statale e regionale e da questi conferiti all'Unione della Romagna Faentina;
- l'Azienda Usl assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona

umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;

- le attività ad integrazione socio-sanitaria sono volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita, anche mediante prestazioni a carattere prolungato e si distinguono in: a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, comprensive di quelle connotate da elevata integrazione sanitaria, assicurate dalle Aziende unità sanitarie locali; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, assicurate dai Comuni;

- i Comuni e le Aziende unità sanitarie locali individuano, nell'ambito degli accordi di integrazione socio-sanitaria, i modelli organizzativi e gestionali - fondati sull'integrazione professionale delle rispettive competenze - ed i relativi rapporti finanziari.

L'integrazione sociosanitaria è valore primario e obiettivo strategico del sistema regionale di welfare. E' fattore fondamentale di qualificazione dell'offerta dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie in quanto consente di organizzare interventi di risposta ai bisogni fondati sul riconoscimento della persona nella sua globalità e rapportata al suo contesto di vita, generando una maggiore efficacia di cura e un uso più efficiente delle risorse.

L'integrazione istituzionale ne costituisce la premessa, assicurando, in maniera unitaria, la funzione di governance del sistema di welfare nell'ambito della pianificazione e degli indirizzi regionali nonché del coordinamento di livello intermedio spettante alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, secondo i principi ora delineati nel vigente Piano Sociale e Sanitario.

Il governo del sistema di welfare locale e il coordinamento delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie a livello territoriale, spettano, poi, al Comitato di Distretto che agisce il ruolo strategico di indirizzo, programmazione, governo delle risorse e regolazione dell'accesso al sistema sociosanitario integrato in ambito distrettuale attraverso gli strumenti del "Piano di Zona per la salute e il benessere sociale", a valenza triennale, del "Programma Attuativo Annuale" a valenza annuale/biennale, del "Piano Annuale delle Attività per la Non Autosufficienza" e del "*Piano integrato territoriale dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari*" di cui alla LR 14/2015. Il Comitato di Distretto individua, con apposito regolamento, i propri meccanismi di funzionamento.

All'esercizio delle funzioni di governo, spettanti al Comitato di Distretto, così come definite dalle Legge Regionali n. 19/1994 e n. 29/2004, partecipa il Direttore di Distretto che, coerentemente agli indirizzi di programmazione e nel rispetto dei vincoli economico-finanziari, collabora alla programmazione delle attività territoriali, definendo le caratteristiche quali-quantitative dei servizi offerti nel territorio, proponendo una committenza coerente con la domanda espressa dalla popolazione di riferimento, individuando forme di organizzazione dei servizi, di erogazione delle prestazioni e di acquisizione delle risorse adeguate a massimizzare la qualità, l'efficienza e l'efficacia dei processi di produzione dell'assistenza e orientate a garantire, altresì, l'assistenza primaria, la continuità delle cure e l'integrazione ospedale-territorio.

Per l'esercizio delle proprie competenze, il Comitato di Distretto si avvale dell'Ufficio di Piano, struttura tecnico gestionale comune ad EELL ed AUSL, quale supporto tecnico ed organizzativo alle funzioni di programmazione, regolazione e controllo del sistema integrato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari più direttamente connessi con l'area dell'integrazione in ambito distrettuale.

Per l'esercizio delle rispettive competenze nell'attuazione della programmazione di ambito distrettuale e nella gestione operativa delle azioni e degli interventi sociali a rilevanza sanitaria, sanitari a rilevanza sociale e sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria, ivi delineati, gli EELL e l'AUSL, che concorrono alla definizione del presente atto, individuano e scelgono la gestione associata quale forma e modalità adeguata alla piena e fattiva realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.

In virtù del conferimento delle funzioni da parte dei Comuni, viene individuata l'Unione della Romagna Faentina (URF) quale soggetto istituzionalmente competente in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari e si attribuisce al Responsabile dell'Ufficio di Piano la responsabilità per l'adozione dei provvedimenti amministrativi aventi valenza esterna in materia sociale e sanitaria.

## **FINALITA'**

1. Nell'esercizio delle rispettive responsabilità e competenze e nel rispetto del principio fondamentale della separazione della funzione pubblica di governo da quella di gestione dei servizi e delle prestazioni, l'Unione della Romagna Faentina e l'Azienda USL della Romagna intendono implementare l'integrazione gestionale e professionale nell'ambito del sistema dei servizi sociosanitari del Distretto di Faenza, nel rispetto della titolarità e responsabilità dei servizi in base alle normative di riferimento.

## **OGGETTO**

1. L'integrazione sociosanitaria oggetto del presente accordo si esplica nelle seguenti aree, attinenti gli ambiti della non autosufficienza e dei bisogni complessi:

- anziani,
  - persone con disabilità,
  - minori, famiglie, donne e uomini (nel rispetto e tutela delle differenze di genere),
  - giovani e adolescenti
  - persone adulte con disagio psichico e marginalità sociale.

2. Specificamente, il presente accordo disciplina i rapporti fra gli Enti firmatari per la gestione in forma associata ed integrata delle seguenti funzioni:

- a) supporto alla programmazione sociale, sanitaria e sociosanitaria di ambito distrettuale;
- b) supporto al governo economico delle risorse destinate alla programmazione sociosanitaria;
- c) supporto al governo dell'offerta di servizi mediante il sistema dell'accreditamento sociosanitario;
- d) supporto alla funzione politica di regolazione dell'accesso al sistema dei servizi sociosanitari di ambito distrettuale;
- e) impulso alla realizzazione di sinergie interistituzionali e all'integrazione delle politiche sociali e sanitarie con le altre politiche educative, culturali, formative, del lavoro, urbanistiche ed abitative, che impattano con la salute e il benessere del cittadino;
- f) promozione dell'integrazione professionale e della realizzazione di forme di coordinamento/connesione interdisciplinare;
- g) gestione dell'accesso al sistema dei servizi ed attuazione della programmazione ai fini dell'erogazione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni nelle aree di integrazione sociosanitaria.

3. L'assetto organizzativo che, con il presente accordo, gli Enti firmatari intendono delineare al fine di rendere attuativa ed operativa l'integrazione sociosanitaria nelle aree sopra citate, non è strutturale né configura o istituisce rapporti gerarchici fra gli uffici e gli organismi, di seguito descritti, che ne garantiscono il funzionamento.

## ***2. Gli organismi del sistema di governance***

### **UFFICIO DI PIANO**

1. L'Ufficio di Piano è lo strumento di supporto tecnico-amministrativo sia al Comitato di Distretto che al Direttore di Distretto nelle funzioni di programmazione, regolazione, verifica e promozione del sistema sociosanitario integrato locale, come previsto dalla DGR n. 1004/2007, dal PSSR e dai successivi atti regionali che ne declinano le funzioni.

2. Esso svolge le sotto indicate funzioni e specificamente:

- A) supporto e impulso alla funzione di governo del Comitato di Distretto, che si esplica in:
- attività istruttoria di analisi, studio, formulazione di proposte, redazione di documenti e atti, verifica, monitoraggio e controllo preordinati all'elaborazione e alla valutazione della programmazione sociale e sociosanitaria di ambito distrettuale, compresa quella relativa all'area della "non autosufficienza";
  - attività di supporto tecnico-amministrativo al Comitato di Distretto nella elaborazione e nel controllo dell'attuazione della programmazione;

- attività istruttoria e di monitoraggio per l'implementazione del sistema di accreditamento sociosanitario e per la regolazione del piano complessivo dell'offerta di servizi integrati;
- attività connesse al rilascio ed alla revoca dell'accreditamento dei servizi sociosanitari ed alla stipula dei relativi contratti di servizio;
- attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione della regolamentazione distrettuale in materia di accesso alle prestazioni e di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi;
- attività di monitoraggio e verifica dello stato di attuazione della programmazione sociale e sociosanitaria, dell'utilizzo delle risorse e dei risultati raggiunti, dell'equilibrio economico del sistema dei servizi integrati, del livello di soddisfazione dei servizi erogati e dell'andamento del benessere e della salute in rapporto alle priorità di intervento e ai programmi d'azione del programma annuale predisposti e in fase di attuazione;
- coordinamento dell'integrazione con il Terzo Settore;
- integrazione con l'Ufficio di Supporto, strumento tecnico della CTSS, per quanto attiene l'ambito della programmazione;

B) attività tecnico amministrativa e di supporto gestionale, che si esplica in:

- supporto tecnico ai processi di gestione operativa dei servizi integrati, con particolare riferimento all'individuazione delle modalità consentite di erogazione delle prestazioni, all'attivazione degli strumenti contrattuali atti a definire in maniera condivisa i rapporti con i fornitori pubblici e privati nonché al monitoraggio della compatibilità economica degli interventi sociosanitari rispetto alla programmazione di area.

3. E' composto dal Responsabile, nominato dal Comitato di Distretto, e da personale comune costituito in un nucleo fisso, in condivisione economica fra gli Enti partecipanti alla Gestione Associata (Unione della Romagna Faentina, AUSL). Ad esso partecipano il Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione della Romagna Faentina, il Direttore della Attività Socio Sanitarie dell'AUSL della Romagna e il Direttore U.O. Gestione Rapporti con i Servizi Socio Sanitari Accreditati dell'AUSL della Romagna.

### **FUNZIONAMENTO DELLA GESTIONE ASSOCIATA**

La Gestione Associata si esplica fattivamente nell'integrazione operativa di una molteplicità di risorse professionali che, fermo restando l'assetto organizzativo degli Enti firmatari, non si connotano strutturalmente, ma assumono la forma di "organismi di funzionamento" i cui costi sono condivisi e risultano già in capo ai rispettivi Enti di appartenenza. Tale connotazione funzionale induce a ritenere appropriato denominarli "gruppi", la cui operatività può essere descritta mediante due livelli di articolazione:

### **GRUPPO DI COORDINAMENTO**

1. Il "Gruppo di Coordinamento della Gestione Associata" costituisce il raccordo operativo fra gli Enti firmatari relativamente alla gestione tecnico professionale degli interventi sociosanitari integrati nelle aree anziani, persone con disabilità, minori, famiglia, donne, persone adulte con disagio psichico e marginalità sociale.

2. Svolge le seguenti funzioni:

- coordinamento operativo dell'integrazione fra interventi di natura sociale e attività di assistenza sanitaria, orientati alla costruzione / implementazione di un sistema adeguato ed omogeneo dell'offerta sociosanitaria, che garantisca condizioni di prossimità, equa accessibilità e continuità dei servizi,
- coordinamento dell'integrazione delle professionalità,
- facilitazione dei processi di integrazione organizzativa fra le diverse aree gestionali tecnico-professionali e attivazione/promozione di intese e collaborazioni interistituzionali,
- impulso alla elaborazione, definizione, revisione di protocolli / intese / accordi finalizzati all'integrazione operativa gestionale e professionale interna all'area e/o trasversale a più aree assistenziali e individuazione di criteri, indicatori e standard organizzativi per la costruzione di reti assistenziali a baricentro territoriale,

- impulso allo sviluppo delle sinergie interistituzionali nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sociali e sanitari;
- promozione e coordinamento di programmi di informazione e formazione integrata rivolta al personale sociale e sanitario operante nei servizi sociosanitari oggetto dell'accordo,
- attuazione degli indirizzi derivanti da normative regionali, da indicazioni provenienti dagli Enti Locali e da decisioni assunte in ambito AUSL,
- integrazione con l'Ufficio di Piano distrettuale e supporto allo stesso ai fini della declinazione operativa delle linee di indirizzo del Comitato di Distretto;

Il Gruppo di Coordinamento è composto dal Dirigente del Settore Servizi Sociali dell'Unione della Romagna Faentina, al quale compete anche la responsabilità dell'Ufficio di Piano, dal Direttore Attività Socio Sanitarie dell'AUSL, dal Responsabile e dal Direttore del Distretto: può avvalersi dei collaboratori che di volta in volta sono più direttamente coinvolti sui temi oggetto di gestione associata. Viene convocato su richiesta dei componenti, ed anche di uno solo di essi e coordinato dal Responsabile dei Servizi Sociali dell'Unione.

### **GRUPPI DI GESTIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

1. I Gruppi di gestione sono gli organismi misti cui compete la gestione tecnico-professionale degli interventi e dell'accesso alla rete dei servizi nelle aree tematiche riconducibili all'integrazione sociosanitaria. La loro operatività si esplica mediante un'articolazione territoriale d'equipe, funzionale alle esigenze di prossimità e accessibilità dei servizi.

2. Svolgono le funzioni di supporto tecnico ai processi di gestione operativa dei servizi integrati, con particolare riferimento all'individuazione delle modalità consentite di erogazione delle prestazioni, all'attivazione degli strumenti contrattuali atti a definire in maniera condivisa i rapporti con i fornitori pubblici e privati nonché al monitoraggio della compatibilità economica degli interventi sociosanitari rispetto alla programmazione di area.

In linea generale, i Gruppi di gestione svolgono i compiti, trasversali a tutte le aree, rivolti all'utenza e finalizzati a garantire l'accesso alla rete dei servizi e ai percorsi socio-sanitari.

Nei gruppi di gestione operano i Responsabili delle aree descritte e il personale tecnico, professionale e sanitario coinvolto nei diversi processi. Le relazioni organizzative tra le aree e tra i diversi setting assistenziali sono di norma presidiate dal Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione della Romagna Faentina e dai Direttori dei Dipartimenti Territoriali dell'Azienda USL, di volta in volta coinvolti sulle specifiche tematiche.

3. Al fine di sviluppare ulteriormente la piena attuazione del metodo della programmazione integrata, l'efficace controllo delle risorse impiegate e la migliore efficienza organizzativa dei percorsi sociosanitari e socio assistenziali offerti all'utenza, le parti, laddove se ne ravvisi la necessità/opportunità, si impegnano, altresì, a definire e/o rivedere appositi protocolli tecnico professionali, idonei a stabilire ruoli e responsabilità dei vari operatori coinvolti, criteri di accessibilità e modalità di presa in carico, indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei risultati: ciò con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- approfondimento su funzioni, composizione e operatività della UVM;
- implementazione della metodologia del budget di salute;
- costruzione di percorsi di integrazione sociosanitaria all'interno delle Case della Salute;
- costruzione di percorsi di integrazione in attuazione della LR 14/2015;
- definizione operativa del percorso di dimissione protetta;
- attuazione della normativa in materia di formazione e inserimento lavorativo per persone svantaggiate;
- programmazione e monitoraggio delle politiche di prevenzione in e per l'adolescenza attraverso la rete del tavolo adolescenza
- condivisione della gestione, tecnica ed economica, dei percorsi integrati per soggetti multiproblematici e con bisogni complessi;
- transizione della titolarità della presa in carico fra centri di responsabilità diversi per sopravvenuta prevalenza di nuovi bisogni assistenziali.

### **Capitolo. 3 Il percorso di elaborazione del Piano di Zona Distrettuale per la Salute e il Benessere Sociale 2018-2020**

**Chi ha promosso il processo: Comitato di Distretto e Ufficio di Piano** (organismi politico e Tecnico della governance locale a presidio della pianificazione sociale e sanitaria)

Territorio di riferimento è il distretto di Faenza, composto dai Comuni di: Faenza - Comune capozona – Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Riolo Terme e Solarolo

Il **Piano di Zona per la salute e il benessere sociale** 2018-2020 è il documento che racchiude in sé gli strumenti di programmazione Sociale e sanitaria. Sin dall'avvio del primo Piano di Zona 2005 –2007, la definizione delle linee strategiche di indirizzo delle politiche socio-sanitarie e l'attuazione del Piano stesso avvengono attraverso un costante rapporto di **partecipazione** con i diversi componenti della comunità (cittadini, associazioni, imprese sociali, volontariato, Enti pubblici e privati) rappresentati formalmente al livello politico, al livello tecnico e al consultivo. Ne sono espressione strutturalmente costituita: il Comitato di Distretto, l'Ufficio di Piano e i Tavoli tematici che hanno contribuito alla realizzazione dei Progetti inseriti nei Piani di Zona.

I Tavoli tematici sono stati 4 rispondenti agli ambiti di intervento: inclusione sociale, adolescenza, Disabilità, Immigrazione. La loro funzione nel processo di pianificazione sociale-sanitaria risponde alla volontà di costruire una progettazione partecipata, al fine di realizzare fattivamente un sistema di servizi più rispondente ai bisogni delle nostre comunità. In tal senso, i Tavoli tematici hanno seguito, nel tempo, un regolare svolgimento di approfondimento e accompagnamento dell'evolversi dei progetti e delle situazioni.

La logica sottesa a questa scelta è stata quella di collegare pensieri, obiettivi e responsabilità diverse, di soggetti differenti, ma accomunati da una capacità di lettura del territorio, dei suoi bisogni e delle sue risorse. Si è cercato di mettere in complementarietà e sinergia queste diverse appartenenze, partendo dalla considerazione che insieme - ciascuno con le proprie specifiche responsabilità - si riesce meglio e con maggiore compiutezza a programmare gli interventi per una comunità, a partire dai suoi bisogni di benessere sociale e non solo. Integrare significa anche governare, portare a sistema, coordinare, e consente l'esercizio della *governance*.

Capacità di connettere attori sociali diversi, e, talvolta, anche politiche programmatiche diverse, che dall'ambito più propriamente sociale, ed assistenziale si "contaminano" con quelle sanitarie, con quelle educative, formative, del lavoro e dello sviluppo, della cultura, dell'urbanistica, diventa elemento essenziale per costruire le condizioni di un Welfare comunitario, capace di perseguire il vero benessere delle persone e della comunità tutta. Si tratta di integrare i diversi soggetti territoriali, realizzando una condivisione di intenti ed una corresponsabilità dove la funzione pubblica (istituzionale) si sposi alla vocazione pubblica (società civile), dove il territorio sia luogo e spazio della comunità.

#### **I tavoli tematici: le modalità di lavoro e i componenti. Percorso metodologico, ruoli e competenze**

La predisposizione del PIANO DI ZONA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE ha seguito gli orientamenti della CTSS di Ravenna contenuti nell'Atto di Indirizzo e Coordinamento per il triennio in riferimento e il Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 della Regione Emilia Romagna.

Il lavoro dei tavoli ha accompagnato lo svolgersi delle diverse fasi programmatiche (ai diversi livelli), come previsto dalle indicazioni regionali, lavorando sulle elaborazioni ricavate dai seguenti documenti:

- Piano Sociale e Sanitario: obiettivi, azioni e indicatori;
- Piano di Zona attuativo 2017: stato d'attuazione degli obiettivi e relativi interventi.
- Profilo di Comunità: analisi di contesto e dei bisogni della comunità locale;
- Atto di indirizzo: priorità strategiche per il triennio.

Primariamente è stato istituito un gruppo di coordinamento tecnico interno con il compito di predisporre i contenuti unitari, definire un percorso e individuare gli strumenti utili alla sua

realizzazione. In un secondo tempo sono stati coinvolti i soggetti appartenenti a tutte le aree professionali e a tutti i livelli assistenziali e generali di servizio e i vari portatori di interessi, nonché i gruppi professionali e le imprese inserite nel sistema dei servizi sociali locali.

## **Metodologia**

E' stata privilegiata la metodologia del lavoro di gruppo su stimoli (documenti, argomenti tematici...) preparati dal coordinamento tecnico interno. Il lavoro dei gruppi si è avvalso di diverse tecniche di conduzione (valutazioni sulle esperienze in atto, *focus group*, analisi di casi, riferimenti a letteratura e "buone pratiche", ecc.) a seconda dei temi e delle fasi.

E' stata avviata una sinergia con processi partecipativi già in atto, come il progetto "Fermenti", percorso partecipato sulla governance collaborativa in Unione

Inizialmente, per dare avvio ai lavori sono state convocati degli incontri mirati e tendenti ad inquadrare l'argomento in particolare rispetto al contesto operativo ed alle direttive Regionali e dell'Atto di indirizzo della CTSS.

## **Percorso**

Il percorso di lavoro per la redazione del piano di zona per la salute e il benessere sociale si è orientato seguendo queste **fasi**:

1. Costituzione del "gruppo di coordinamento tecnico" e definizione del mandato da parte dei componenti del Comitato di Distretto;
2. predisposizione di materiali di lavoro e l'indicazione del percorso e del metodo;
3. presentazione al personale coinvolto, individuazione dei ruoli e delle modalità operative;
4. Partecipazione alle diverse riunioni partecipative ;
5. Costituzione dei gruppi di lavoro e avvio redazione del PDZ;
6. Avvio della redazione attraverso primi confronti tra i membri del gruppo di coordinamento tecnico e successivamente nell'ambito dei gruppi;
7. Discussione ed elaborazione dei contenuti emersi dal lavoro dei gruppi; elaborazione del materiale sulla base delle schede e delle direttive regionali; messa a disposizione del materiale sul sito del Comune per lo scambio delle informazioni, l'aggiornamento dei dati e la predisposizione delle schede di progetto;
8. Confronti con organi e organismi interni ed esterni del materiale a schede regionale;
9. Redazione delle diverse fasi del documento;
10. Primi confronti con Comitato di Distretto e i soggetti sociali di riferimento del Comitato stesso e della Zona sociale di Faenza;
11. approvazione del documento definitivo.

## **Impegni assunti all'avvio del processo:**

Impegno a rendere permanentemente attivi i tavoli tematici;

Guida e accompagnamento al processo per il raggiungimento degli obiettivi;

Sostenere la partecipazione attiva del Terzo settore nella costruzione delle forme partecipative;

Implementazione di percorsi di realizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria;

## **Risultati attesi:**

Costruzione del sistema locale integrato di Servizi sociali e sanitari;

Implementazione dei processi di innovazione;

Promozione di microsperimentazioni;

Sostegno alla corresponsabilizzazione della comunità locale;

Attivazione delle risorse del territorio;

Valorizzazione/ promozione del capitale sociale.

Gli incontri sono stati articolati partendo da un inquadramento del percorso programmatico all'interno del documento di programmazione triennale Regionale "Piano Sociale e Sanitario Regionale 2018-2020" illustrando poi il percorso distrettuale e le modalità partecipative con cui procedere.

Tavolo	Tema proposto	Tema proposto	Data di svolgimento	Attori coinvolti
Adolescenza	Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di preadolescenti ed adolescenti”	“Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela”.	10 maggio 2018	Terzo Settore (nr. 43 stakeholders coinvolti) AUSL Amministrazione Comunale Personale del Settore Referenti istituti scolastici

Tavolo	Tema proposto	Tema proposto	Data di svolgimento	Attori coinvolti
Inclusione sociale	“La casa come fattore di inclusione e benessere sociale”	“Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità”	10 maggio 2018	Terzo Settore (nr. 13 stakeholders coinvolti) ASP della Romagna Faentina AUSL Amministrazione Comunale Personale del Settore

Tavolo	Tema proposto	Tema proposto			Data di svolgimento	Attori coinvolti
Inclusione Sociale e Immigrazione	“Azioni di contrasto all'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità”	“Sostegno all'inclusione delle persone straniere neoarrivate”, “Misure a contrasto della povertà”,	“Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili”	“La casa come fattore di inclusione e benessere”.	15 maggio 2018	Terzo Settore (nr. 13 stakeholders coinvolti) ASP della Romagna Faentina AUSL Amministrazione

	”					e Comunale Personale del Settore
--	---	--	--	--	--	--

Tavolo	Tema proposto	Tema proposto	Data di svolgimento	Attori coinvolti
Disabilità	“Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari”	Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi”.	10 maggio 2018  E  17 maggio 2018	Terzo Settore (nr. 22 stakeholders coinvolti)  ASP della Romagna Faentina  AUSL  Amministrazione Comunale  Personale del Settore

E' stata elaborata e consegnata ai partecipanti ai vari tavoli una scheda dove poter indicare l'area e l'intervento di interesse e dove poter far emergere gli interventi e le azioni necessarie mediante l'esame del bisogno rilevato e la proposta di progetti innovativi per fronteggiare le situazioni di bisogno. A ciò ha fatto seguito una fase di co-progettazione e una fase di azione, mediante verifica delle ipotesi fatte durante la progettazione e in seguito di realizzazione delle attività co-progettate.

Come tutti i processi creativi, questi percorsi aprono scenari interessanti e non sempre facilmente prevedibili. Aldilà del numero di schede progettuali nate, per l'Amministrazione è stato un processo che ha attivato relazioni, creato momenti di riflessione collettiva, ha fatto emergere interessi e bisogni, creato comunità che condividono una visione di futuro e la responsabilità del cambiamento che si è deciso di raggiungere.

#### **Capitolo. 4 Le scelte strategiche del piano di zona 2018-2020**

Il complesso percorso di elaborazione partecipata del Piano di Zona sopra descritto ha portato, attraverso la lettura delle caratteristiche del territorio e il confronto continuo con i diversi stakeholders incontrati, alla individuazione di alcune aree trasversali di intervento a cui ricondurre gli obiettivi strategici per il prossimo triennio: ACCOGLIERE E ACCOMPAGNARE LE PERSONE NEL LORO CONTESTO DI VITA, POLITICHE PER LA RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE, PROMOZIONE DELL'AUTONOMIA DELLE PERSONE, POLITICHE DI PARTECIPAZIONE E RESPONSABILIZZAZIONE DEI CITTADINI.

Queste aree trasversali sono il frutto di una rielaborazione delle 5 aree del Piano Sociale e Sanitario Regionale.

La programmazione contenuta nel presente piano ci consente di fornire una lettura dei bisogni dei cittadini cercando di realizzare una lettura trasversale che parta dall'individuo e dalla comunità che lo circonda.

Questa lettura ha permesso di mettere in evidenza non solo i bisogni delle persone ma anche e soprattutto le loro risorse e le risorse della comunità in cui vivono.

#### **Cap 5. Monitoraggio e valutazione del Piano di Zona**

Durante il percorso di elaborazione del Piano ci si è più volte soffermati sulla necessità di predisporre un piano di monitoraggio e valutazione sia delle singole progettualità sia dell'impatto che il perseguimento degli obiettivi prioritari avrà nel prossimo triennio.

Importante distinguere tra:

- monitoraggio - quale funzione continua che utilizza la raccolta sistematica dei dati relativi a indicatori stabiliti per fornire, in corso d'opera, all'ente esecutore e alle principali parti interessate di un intervento, indicazioni chiare sullo stato di avanzamento, sul conseguimento degli obiettivi e sull'utilizzazione dei fondi allocati.
- valutazione - apprezzamento sistematico e oggettivo sulla realizzazione ed esiti di un progetto, programma o politica di sviluppo che si effettua in corso d'opera o dopo il completamento delle attività previste.
- Individuazione di luoghi, quindi spazi, tempi e referenti per una rilettura e valutazione dei bisogni del territorio attraverso i tavoli tematici permanenti

Essa dovrebbe esprimere un chiaro giudizio sull'efficienza, efficacia, impatto e sostenibilità sulle politiche adottate nel territorio.

La Regione stessa ha previsto che ogni territorio distrettuale compilasse degli indicatori utili a monitorare le diverse progettualità e priorità programmate nel Piano prevedendo sia indicatori numerici sia indicatori di tipo qualitativo e pertanto descrittivi.

Durante il corso del triennio si ipotizza di prevedere un momento di approfondimento sul percorso di valutazione per analizzare lo stato di avanzamento dei progetti e verificare l'efficacia delle scelte programmatiche e degli interventi realizzati.



Comuni di Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Faenza, Riolo Terme, Solarolo

### Settore Servizi alla Comunità – Ufficio di Piano

L'**Unione della Romagna Faentina**, ente locale autonomo, è stata costituita con effetto dall'1/01/2012 e aggrega sei comuni: Faenza, Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Riolo Terme, Solarolo. Ha una popolazione di 88.710 abitanti e si estende su una superficie di 597,18 km<sup>2</sup>.

Antecedentemente, dall'1.9.2009, si era costituita l'Unione dei Comuni di Brisighella, Casola Valsenio e Riolo Terme (ex Comunità Montana dell'Appennino Faentino, soppressa con decorrenza 31.08.2009), alla quale i 3 comuni interessati avevano conferito numerose funzioni.

A decorrere **dall'1.1.2015** sono stati conferiti all'Unione della Romagna Faentina (URF) i seguenti servizi/funzioni:

- Gestione del personale
- Informatica
- Sportello unico attività produttive (SUAP)
- Protezione Civile
- Pianificazione urbanistica ed edilizia di ambito comunale e di partecipazione alla pianificazione territoriale di livello sovracomunale

Successivamente, **dall'1.1.2016** sono stati conferiti all'Unione della Romagna Faentina gli ulteriori seguenti servizi/funzioni:

- Urbanistica ed edilizia privata
- Promozione economica e turismo
- Ragioneria e Contabilità, Cassa Economale, Provveditorato, Controllo di gestione
- Servizi sociali
- Sicurezza dei lavoratori

In seguito, **dal 30.04.2016** è stata conferita anche la funzione di:

- Stazione unica appaltante.

A decorrere **dall'1.1.2017** sono stati conferiti all'Unione della Romagna Faentina gli ulteriori seguenti servizi/funzioni:

- Gestione del Gruppo Pubblico Locale
- Comunicazione istituzionale
- Demografia e U.R.P.
- Lavori Pubblici
- Politiche europee
- Polizia Municipale
- Servizi integrativi educativi e scolastici
- Tributi

Infine, **dall'1.1.2018** sono stati conferiti all'Unione della Romagna Faentina gli altri seguenti

servizi/funzioni:

- Anticorruzione e Trasparenza
- Cultura e Sport
- Patrimonio Immobiliare
- Funzioni trasversali (archivio, contratti, contenzioso e avvocatura, affari istituzionali)

Sul territorio dell'Unione è presente:

<b>Popolazione totale residente nel distretto faentino al 31 dicembre di ogni anno</b>					
Anni	Maschi	Femmine	Totale	di cui stranieri	% stranieri
2007	41.985	43.903	85.888	6.530	7,60%
2008	42.512	44.555	87.067	7.626	8,76%
2009	42.979	45.025	88.004	8.552	9,72%
2010	43.280	45.354	88.634	9.307	10,50%
2011	43.495	45.694	89.189	10.069	11,29%
2012	43.618	45.762	89.380	10.497	11,74%
2013	43.520	45.667	89.187	10.355	11,61%
2014	43.343	45.504	88.847	10.262	11,55%
2015	43.238	45.321	88.559	10.160	11,47%
2016	43.527	45.338	88.865	10.473	11,79%
2017	43.607	45.139	88.746	10.522	11,86%

<b>Popolazione residente nei comuni del distretto faentino negli anni dal 2011 al 2017, riferita alla data del 31/12/2017</b>							
Comune	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Brisighella	7.796	7.796	7.711	7.689	7.639	7.629	7.579
Casola Valsenio	2.748	2.714	2.667	2.671	2.617	2.650	2.601
Castel Bolognese	9.669	9.653	9.597	9.626	9.554	9.594	9.628
Faenza	58.618	58.885	58.869	58.621	58.541	58.836	58.797
Riolo Terme	5.843	5.845	5.818	5.768	5.720	5.683	5.681
Solarolo	4.515	4.487	4.525	4.472	4.488	4.473	4.460
Totale	89.189	89.380	89.187	88.847	88.559	88.865	88.746

<b>Percentuale popolazione anziana di età &gt;= 65 anni nei comuni del distretto faentino negli anni dal 2011 al 2017 riferita alla data del 31 dicembre 2017</b>							
Comune	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Brisighella	26,03%	26,18%	26,99%	27,36%	27,82%	27,83%	28,30%
Casola Valsenio	26,13%	26,09%	26,70%	26,53%	26,75%	26,75%	27,14%
Castel Bolognese	20,96%	21,52%	22,11%	22,61%	23,03%	23,16%	23,33%
Faenza	23,82%	23,94%	24,17%	24,42%	24,54%	24,58%	24,67%
Riolo Terme	22,08%	22,43%	23,03%	24,20%	24,23%	24,44%	24,49%
Solarolo	23,72%	23,51%	23,62%	24,37%	24,51%	24,35%	24,51%

Totale	23,65%	23,82%	24,16%	24,53%	24,70%	24,75%	24,89%
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Popolazione anziana per fasce di età nei comuni del distretto faentino negli anni dal 2007 al 2017 riferita alla data del 31 dicembre

<b>2007</b>			
Comune	>=65	>=75	>=85
Brisighella	2.086	1.131	316
Casola Valsenio	732	413	108
Castel Bolognese	1.952	1.008	298
Faenza	13.621	7.165	2.089
Riolo Terme	1.254	673	197
Solarolo	1.069	617	168
<b>Totale</b>	<b>20.714</b>	<b>11.007</b>	<b>3.176</b>
<b>2008</b>			
Comune	>=65	>=75	>=85
Brisighella	2.069	1.144	341
Casola Valsenio	727	425	119
Castel Bolognese	1.972	1.034	309
Faenza	13.707	7.280	2.212
Riolo Terme	1.271	703	212
Solarolo	1.064	614	169
<b>Totale</b>	<b>20.810</b>	<b>11.200</b>	<b>3.362</b>
<b>2009</b>			
Comune	>=65	>=75	>=85
Brisighella	2.074	1.149	354
Casola Valsenio	723	422	125
Castel Bolognese	1.992	1.069	315
Faenza	13.792	7.416	2.289
Riolo Terme	1.280	708	217
Solarolo	1.079	627	193
<b>Totale</b>	<b>20.940</b>	<b>11.391</b>	<b>3.493</b>
<b>2010</b>			
Comune	>=65	>=75	>=85
Brisighella	2.047	1.169	375
Casola Valsenio	723	421	128
Castel Bolognese	1.994	1.096	330
Faenza	13.789	7.487	2.364
Riolo Terme	1.268	713	214
Solarolo	1.058	631	196
<b>Totale</b>	<b>20.879</b>	<b>11.517</b>	<b>3.607</b>
<b>2011</b>			
Comune	>=65	>=75	>=85
Brisighella	2.029	1.155	366
Casola Valsenio	718	411	130
Castel Bolognese	2.027	1.096	340
Faenza	13.961	7.498	2.397
Riolo Terme	1.290	715	229
Solarolo	1.071	635	201
<b>Totale</b>	<b>21.096</b>	<b>11.510</b>	<b>3.663</b>

<b>2012</b>			
Comune	$\geq 65$	$\geq 75$	$\geq 85$
Brisighella	2.041	1.141	374
Casola Valsenio	708	395	128
Castel Bolognese	2.077	1.119	349
Faenza	14.095	7.575	2.434
Riolo Terme	1.311	717	225
Solarolo	1.055	623	207
Totale	21.287	11.570	3.717
<b>2013</b>			
Comune	$\geq 65$	$\geq 75$	$\geq 85$
Brisighella	2.081	1.173	377
Casola Valsenio	712	397	130
Castel Bolognese	2.122	1.143	362
Faenza	14.226	7.709	2.495
Riolo Terme	1.340	725	234
Solarolo	1.069	631	224
Totale	21.550	11.778	3.822
<b>2014</b>			
Comune	$\geq 65$	$\geq 75$	$\geq 85$
Brisighella	2.104	1.193	394
Casola Valsenio	713	397	130
Castel Bolognese	2.176	1.171	369
Faenza	14.317	7.880	2.562
Riolo Terme	1.396	748	250
Solarolo	1.090	643	228
Totale	21.796	12.032	3.933
<b>2015</b>			
Comune	$\geq 65$	$\geq 75$	$\geq 85$
Brisighella	2.125	1.203	403
Casola Valsenio	700	388	136
Castel Bolognese	2.200	1.181	374
Faenza	14.365	7.959	2.613
Riolo Terme	1.386	728	244
Solarolo	1.100	647	245
Totale	21.876	12.106	4.015
<b>2016</b>			
Comune	$\geq 65$	$\geq 75$	$\geq 85$
Brisighella	2.123	1.219	435
Casola Valsenio	709	392	142
Castel Bolognese	2.222	1.197	376
Faenza	14.463	7.987	2.664
Riolo Terme	1.389	746	243
Solarolo	1.089	642	248
Totale	21.995	12.183	4.108
<b>2017</b>			
Comune	$\geq 65$	$\geq 75$	$\geq 85$
Brisighella	2.145	1.215	440
Casola Valsenio	706	386	150
Castel Bolognese	2.246	1.192	401
Faenza	14.507	7.978	2.678

Riolo Terme	1.391	733	255
Solarolo	1.093	638	258
Totale	22.088	12.142	4.182

### **Cittadinanza e genere, con riferimento alla popolazione straniera.**

Al 31.12.2017 la popolazione straniera ufficialmente residente nei sei Comuni dell'Unione è di **n.10.530** unità, con un aumento di 58 unità rispetto al 2016.

Rispetto all'anno precedente, nel 2017, non vi è stato un aumento significativo di popolazione straniera.

Il numero di richiedenti asilo residenti, che nell'anno 2016 era stato il fattore principale di incremento della popolazione straniera residente, è rimasto stabile rispetto all'anno precedente in quanto non ci sono stati significativi nuovi arrivi.

Per quanto riguarda la proporzione uomini – donne, vi è quasi parità, con una leggera maggior presenza di donne (+130).

Sulla base dei dati forniti dai Comuni si può dedurre che:

- l'Europa è il continente da cui proviene più della metà del totale della popolazione straniera residente (**6.833 cittadini**);
- il Comune Faenza ha avuto un'inflexione di 20 unità di residenti stranieri rispetto al 2016 (-20);
- Castel Bolognese è il Comune che registra la maggior variazione in positivo di presenze, con 70 residenti stranieri in più rispetto al 2016;
- l'Albania è il paese maggiormente rappresentato nell'Unione, con 2.678 cittadini residenti;
- la presenza femminile, anche nel 2017, supera quella maschile, ma diminuisce il margine di differenza di presenze, come già verificatosi nel 2016;
- la comunità marocchina, nel corso degli ultimi 3 anni, ha registrato un importante calo delle presenze. Nell'anno 2014 la comunità marocchina era rappresentata da 1.341 cittadini residenti, mentre nel 2017 ne contava 1.168. Una delle cause di questo calo è legata sia all'acquisizione di diversi cittadini marocchini della cittadinanza italiana, sia all'emigrazione verso altri paesi;
- il maggior numero di presenze femminili è riscontrabile tra le cittadine dei paesi dell'Est Europa.
- I matrimoni celebrati fra cittadini italiani e cittadini stranieri sono stati, nel corso dell'anno 2017, **n.51**.

<b>2017</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Tot.	Variazioni unità rispetto al 2016
Faenza	3.442	3.519	6.961	-20
Brisighella	364	376	740	-13
Casola Valsenio	163	104	267	+4
Castel Bolognese	653	665	1.318	+70
Riolo Terme	284	302	586	+12
Solarolo	302	356	658	+5
Tot. Residenti stranieri al	5.208	5.332	10.530	+58

31.12.2017				
------------	--	--	--	--

<b>2016</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Tot.	Variazioni unità rispetto al 2015
Faenza	3.417	3.564	6.981	+146
Brisighella	370	383	753	+35
Casola Valsenio	157	106	263	+48
Castel Bolognese	604	644	1.248	+57
Riolo Terme	265	309	574	+6
Solarolo	297	356	653	+23
Tot. Residenti stranieri al 31.12.2016	5.110	5.362	10.472	+315

## Cittadinanza italiana

Nel corso del 2017 le naturalizzazioni sono state in totale **420** con un'inflessione di **24 unità** rispetto al 2016. Il Comune di Faenza si conferma il Comune con il più alto numero di naturalizzazioni (n.302) con + 23 nuovi cittadini rispetto al 2016.

I cittadini stranieri (sia uomini che donne) provenienti da Albania (138) e Marocco (86), si confermano come coloro che registrano il numero più alto di naturalizzazioni. Si evidenzia che tali nazionalità sono quelle che vantano il maggior numero di anni di presenza sul territorio faentino.

<b>Popolazione straniera residente nei comuni del distretto faentino negli anni dal 2007 al 2017, riferita alla data del 31 dicembre</b>				
<b>2007</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	318	258	576	7,43%
Casola Valsenio	86	71	157	5,68%
Castel Bolognese	355	312	667	7,26%
Faenza	2.108	2.119	4.227	7,53%
Riolo Terme	268	239	507	8,94%
Solarolo	207	189	396	9,03%
<b>Totale</b>	<b>3.342</b>	<b>3.188</b>	<b>6.530</b>	<b>7,60%</b>
<b>2008</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	337	285	622	8,00%
Casola Valsenio	91	91	182	6,56%
Castel Bolognese	404	384	788	8,39%
Faenza	2.481	2.535	5.016	8,81%
Riolo Terme	288	264	552	9,60%
Solarolo	238	228	466	10,46%
<b>Totale</b>	<b>3.839</b>	<b>3.787</b>	<b>7.626</b>	<b>8,76%</b>
<b>2009</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	357	321	678	8,65%
Casola Valsenio	97	106	203	7,30%
Castel Bolognese	474	429	903	9,53%
Faenza	2.810	2.894	5.704	9,89%
Riolo Terme	302	289	591	10,22%
Solarolo	233	240	473	10,61%
<b>Totale</b>	<b>4.273</b>	<b>4.279</b>	<b>8.552</b>	<b>9,72%</b>
<b>2010</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	369	340	709	9,04%
Casola Valsenio	99	113	212	7,68%
Castel Bolognese	517	511	1.028	10,68%
Faenza	3.042	3.206	6.248	10,74%
Riolo Terme	307	304	611	10,51%
Solarolo	239	260	499	11,24%
<b>Totale</b>	<b>4.573</b>	<b>4.734</b>	<b>9.307</b>	<b>10,50%</b>

<b>2011</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	379	366	745	9,56%
Casola Valsenio	99	123	222	8,08%
Castel Bolognese	568	566	1.134	11,73%
Faenza	3.254	3.478	6.732	11,48%
Riolo Terme	330	334	664	11,36%
Solarolo	266	306	572	12,67%
<b>Totale</b>	<b>4.896</b>	<b>5.173</b>	<b>10.069</b>	<b>11,29%</b>
<b>2012</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	387	370	757	9,71%
Casola Valsenio	90	129	219	8,07%
Castel Bolognese	568	582	1.150	11,91%
Faenza	3.448	3.645	7.093	12,05%
Riolo Terme	335	336	671	11,48%
Solarolo	280	327	607	13,53%
<b>Totale</b>	<b>5.108</b>	<b>5.389</b>	<b>10.497</b>	<b>11,74%</b>
<b>2013</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	340	345	685	8,88%
Casola Valsenio	95	117	212	7,95%
Castel Bolognese	552	610	1.162	12,11%
Faenza	3.390	3.621	7.011	11,91%
Riolo Terme	325	333	658	11,31%
Solarolo	299	328	627	13,86%
<b>Totale</b>	<b>5.001</b>	<b>5.354</b>	<b>10.355</b>	<b>11,61%</b>
<b>2014</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	359	365	724	9,42%
Casola Valsenio	95	117	222	8,31%
Castel Bolognese	562	640	1.202	12,49%
Faenza	3.317	3.566	6.883	11,74%
Riolo Terme	291	329	620	10,75%
Solarolo	278	333	611	13,66%
<b>Totale</b>	<b>4.902</b>	<b>5.350</b>	<b>10.262</b>	<b>11,55%</b>
<b>2015</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	356	362	718	9,40%
Casola Valsenio	109	106	215	8,22%
Castel Bolognese	561	630	1.191	12,47%
Faenza	3.279	3.558	6.837	11,68%
Riolo Terme	263	306	569	9,95%
Solarolo	280	350	630	14,04%
<b>Totale</b>	<b>4.848</b>	<b>5.312</b>	<b>10.160</b>	<b>11,47%</b>

<b>2016</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	370	383	753	9,87%
Casola Valsenio	157	106	263	9,92%
Castel Bolognese	604	644	1.248	13,01%
Faenza	3.417	3.564	6.981	11,87%
Riolo Terme	265	309	574	10,10%
Solarolo	298	356	654	14,62%
<b>Totale</b>	<b>5.111</b>	<b>5.362</b>	<b>10.473</b>	<b>11,79%</b>
<b>2017</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	364	376	740	9,76%
Casola Valsenio	154	102	256	9,84%
Castel Bolognese	653	664	1.317	13,68%
Faenza	3.443	3.518	6.961	11,84%
Riolo Terme	286	306	592	10,42%
Solarolo	301	355	656	14,71%
<b>Totale</b>	<b>5.201</b>	<b>5.321</b>	<b>10.522</b>	<b>11,86%</b>

**Popolazione straniera residente nei comuni del distretto faentino negli anni dal 2007 al 2017 riferita alla data del 31 dicembre**

<b>2007</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	318	258	576	7,43%
Casola Valsenio	86	71	157	5,68%
Castel Bolognese	355	312	667	7,26%
Faenza	2.108	2.119	4.227	7,53%
Riolo Terme	268	239	507	8,94%
Solarolo	207	189	396	9,03%
<b>Totale</b>	<b>3.342</b>	<b>3.188</b>	<b>6.530</b>	<b>7,60%</b>
<b>2008</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	337	285	622	8,00%
Casola Valsenio	91	91	182	6,56%
Castel Bolognese	404	384	788	8,39%
Faenza	2.481	2.535	5.016	8,81%
Riolo Terme	288	264	552	9,60%
Solarolo	238	228	466	10,46%
<b>Totale</b>	<b>3.839</b>	<b>3.787</b>	<b>7.626</b>	<b>8,76%</b>
<b>2009</b>				
Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	357	321	678	8,65%
Casola Valsenio	97	106	203	7,30%
Castel Bolognese	474	429	903	9,53%

Faenza	2.810	2.894	5.704	9,89%
Riolo Terme	302	289	591	10,22%
Solarolo	233	240	473	10,61%
<b>Totale</b>	<b>4.273</b>	<b>4.279</b>	<b>8.552</b>	<b>9,72%</b>
<b>2010</b>				
<b>Comune</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>% sul totale della popolazione</b>
Brisighella	369	340	709	9,04%
Casola Valsenio	99	113	212	7,68%
Castel Bolognese	517	511	1.028	10,68%
Faenza	3.042	3.206	6.248	10,74%
Riolo Terme	307	304	611	10,51%
Solarolo	239	260	499	11,24%
<b>Totale</b>	<b>4.573</b>	<b>4.734</b>	<b>9.307</b>	<b>10,50%</b>
<b>2011</b>				
<b>Comune</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>% sul totale della popolazione</b>
Brisighella	379	366	745	9,56%
Casola Valsenio	99	123	222	8,08%
Castel Bolognese	568	566	1.134	11,73%
Faenza	3.254	3.478	6.732	11,48%
Riolo Terme	330	334	664	11,36%
Solarolo	266	306	572	12,67%
<b>Totale</b>	<b>4.896</b>	<b>5.173</b>	<b>10.069</b>	<b>11,29%</b>
<b>2012</b>				
<b>Comune</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>% sul totale della popolazione</b>
Brisighella	387	370	757	9,71%
Casola Valsenio	90	129	219	8,07%
Castel Bolognese	568	582	1.150	11,91%
Faenza	3.448	3.645	7.093	12,05%
Riolo Terme	335	336	671	11,48%
Solarolo	280	327	607	13,53%
<b>Totale</b>	<b>5.108</b>	<b>5.389</b>	<b>10.497</b>	<b>11,74%</b>
<b>2013</b>				
<b>Comune</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>% sul totale della popolazione</b>
Brisighella	340	345	685	8,88%
Casola Valsenio	95	117	212	7,95%
Castel Bolognese	552	610	1.162	12,11%
Faenza	3.390	3.621	7.011	11,91%
Riolo Terme	325	333	658	11,31%
Solarolo	299	328	627	13,86%
<b>Totale</b>	<b>5.001</b>	<b>5.354</b>	<b>10.355</b>	<b>11,61%</b>
<b>2014</b>				
<b>Comune</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>% sul totale della popolazione</b>
Brisighella	359	365	724	9,42%
Casola Valsenio	95	117	222	8,31%
Castel Bolognese	562	640	1.202	12,49%

Faenza	3.317	3.566	6.883	11,74%
Riolo Terme	291	329	620	10,75%
Solarolo	278	333	611	13,66%
<b>Totale</b>	<b>4.902</b>	<b>5.350</b>	<b>10.262</b>	<b>11,55%</b>

### 2015

Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	356	362	718	9,40%
Casola Valsenio	109	106	215	8,22%
Castel Bolognese	561	630	1.191	12,47%
Faenza	3.279	3.558	6.837	11,68%
Riolo Terme	263	306	569	9,95%
Solarolo	280	350	630	14,04%
<b>Totale</b>	<b>4.848</b>	<b>5.312</b>	<b>10.160</b>	<b>11,47%</b>

### 2016

Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	370	383	753	9,87%
Casola Valsenio	157	106	263	9,92%
Castel Bolognese	604	644	1.248	13,01%
Faenza	3.417	3.564	6.981	11,87%
Riolo Terme	265	309	574	10,10%
Solarolo	298	356	654	14,62%
<b>Totale</b>	<b>5.111</b>	<b>5.362</b>	<b>10.473</b>	<b>11,79%</b>

### 2017

Comune	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale della popolazione
Brisighella	364	376	740	9,76%
Casola Valsenio	154	102	256	9,84%
Castel Bolognese	653	664	1.317	13,68%
Faenza	3.443	3.518	6.961	11,84%
Riolo Terme	286	306	592	10,42%
Solarolo	301	355	656	14,71%
<b>Totale</b>	<b>5.201</b>	<b>5.321</b>	<b>10.522</b>	<b>11,86%</b>

### Centro servizi per i Cittadini stranieri

Nel territorio dell'Unione è attivo il Centro Servizi per Cittadini stranieri con due sportelli attivi: uno nel Comune di Faenza e l'altro nel Comune di CastelBolognese, questo servizio è gestito in convenzione con la cooperativa RicercAzione di Faenza. Si riportano, di seguito, i dati relativi all'utenza straniera.

Lo sportello è frequentato maggiormente da uomini (n. 958 accessi in più rispetto agli accessi di donne).

Sesso	Frequenza
Maschi	3.715
Femmine	2.770
<b>Totale</b>	<b>6.485</b>

La maggior parte degli accessi avviene di persona (5.922 accessi di persona rispetto a 563 accessi telefonici).

Tipologia di contatto	frequenza
Di persona	5.922
Telefono	563
<b>Totale</b>	<b>6.485</b>

Distretto faentino	N° accessi
Brisighella	168
Casola Valsenio	12
Castel Bolognese	576
Faenza	4.609
Riolo Terme	175
Solarolo	88
<b>Totale</b>	<b>5.628</b>
<b>distretto lughese e ravennate</b>	<b>20</b>
<b>Totale</b>	<b>5.648</b>
<b>fuori provincia ma regione ER</b>	<b>12</b>
<b>Totale</b>	<b>5.660</b>
<b>fuori regione</b>	<b>2</b>

<b>Totale</b>	<b>5.662</b>
<i>Totale Non rilevata</i>	823

I **motivi** che inducono i cittadini stranieri ad accedere al CSS sono stati raggruppati nelle seguenti macrocategorie a seconda della tipologia di richiesta informativa.

<b>Permessi di soggiorno</b>	2.003
<b>Carta di soggiorno</b>	1.862
<b>Varie</b>	1.819
<b>Ricongiungimento familiare</b>	593
<b>Regolarizzazione</b>	282
<b>Ambasciate</b>	200
<b>Lavoro</b>	116
<b>Formazione</b>	55
<b>Uffici</b>	47
<b>Salute</b>	19

Nell'anno 2017 il CSS ha compilato **n. 1.179** pratiche di Rilascio/rinnovo dei titoli di soggiorno, di cui **n. 814** relative al permesso di soggiorno e **n. 365** riguardanti invece il permesso di soggiorno di lungo periodo

Nel corso dell'anno 2017 il CSS ha compilato **53 richieste** di nulla osta al ricongiungimento familiare, nel 2106 le richieste erano state n. 42.

A novembre 2017 sono state effettuate **205 prenotazioni**, nell'anno 2016 erano state effettuate 222 prenotazioni.

### Servizio FE.NI.CE.

Nel territorio dell'Unione è attivo il Servizio FE.NI.CE, gestito in convenzione con l'Associazione S.O.S. Donna che svolge le seguenti attività:

I dati si riferiscono al periodo che va dal 1° gennaio 2017 al 31 dicembre 2017.

#### Dati quantitativi

Alla data del 31.12.2017 erano in atto 124 percorsi e nell'anno di riferimento è stato aperto per un totale di 1040 ore.

Dalla *Tabella 2* si delinea la fotografia anagrafica delle donne entrate in contatto con il Servizio: con prevalenza di donne dai 21 ai 60 anni.

15-17	18-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	Non so
2	6	40	58	61	25	6	8	3

*Tab.2: Età*

Percorsi avviati nel 2017 n. 209 di cui:	
Percorsi completati	85
Percorsi abbandonati	0
Percorsi in atto al 31.12.16	124

*Tab.3: I percorsi*

Fisica	Psicologica	Economica	Sessuale	Stalking
143	188	137	52	46

*Tab.4 Le tipologie della violenza*

(possono essere plurime rispetto ad un solo caso)

	Richieste avanzate dalla donna (plurime rispetto ad un solo caso)	Dispositivi attivati dal servizio successivamente alla richiesta
Consulenza Legale	87	87
Consulenza Psicologica	75	75
Ricerca alloggio	69	69
Ricerca lavoro	96	96
Accoglienza e ascolto	209	209
Contatto con i Servizi Sociali	68	68
Contatto con Forze dell'Ordine	71	71

*Tab.5: Richieste e i dispositivi*

Faenza centro	Faenza forese	Comprensorio (*)	Altri Comuni della provincia (**)	Comuni Provincia E.R. (***)	Comuni altre Regioni (****)	Non so
114	22	34	9	16	14	0

*Tab.6: Residenza*

(\*) di cui: 3 Castelbolognese – 9 Brisighella – 3 Casola Valsenio – 18 Riolo Terme - 1 Solarolo

(\*\*) di cui: 1 Lugo – 1 Russi – 1 Santerno – 2 Ravenna – 1 Piangipane – 2 Bagnacavallo – 1 Conselice

(\*\*\*) di cui: 5 Modigliana (FC) – 4 Imola (BO) – 2 Forlì – 1 Modena – 1 Bologna - 1 Rimini – 1 Bertinoro – 1 Fidenza

(\*\*\*\*) di cui: 1 San Marcello Pistoiese (PT) – 3 Marradi (FI) – 2 Manfredonia (FG) – 1 Alba Adriatica (TE) – 1 Bibbiena (AR) – 1 Palazzuolo sul Senio (FI) – 1 Siracusa – 1 S. Miniato (PI) – 1 Firenze – 1 Catania – 1 Pescara

Gli utenti sono **n. 209**: 125 italiane e 84 straniere; 6 in gravidanza e 151 con minori

Rispetto all'anno 2016 si è registrato aumento, del 28,22% di donne che si sono rivolte al Servizio Fe.n.ice.

## ALLOGGI IN EMERGENZA ABITATIVA

<b>Alloggi ad indirizzo segreto: 2</b>	<b>Sistemazioni in B/B: 1</b>
Donne ospitate nel 2017: 8	Donne ospitate nel 2017: 2
<b>Case di pronta emergenza: 1</b>	<b>Casa donne in autonomia: 1</b>
Donne ospitate nel 2017: 4	Donne ospitate nel 2017: 4

**Tot. donne ospitate nel 2017: 17\***

\* Dalla tabella le donne ospitate risultano 18 perché una stessa donna è stata ospitata prima in casa di pronta emergenza (attivazione H24) e poi successivamente in casa rifugio a indirizzo

<b>DISABILI DATI ATTIVITA' 2017</b>		
<b>ENTRI SOCIO RIABILITATIVI</b>	<b>N. UTENTI</b>	<b>N. GIORNATE</b>
CSRR CASA DEL SOLE	12 + 2 temp.	4178
CSRR I TIGLI	12 + 1 temp.	4051
CSRR SAN MARCO - Ravenna	1	184
CSRD CASA DEL SOLE	16 + 4 temp.	3188
CSRD I TIGLI	3	678
CSRD LA RONDINE	20 + 3 temp.	4356
CSRD LA MACCOLINA	7	1319
<b>CENTRI SOCIO OCCUPAZIONALI DIURNI</b>	<b>N. UTENTI</b>	<b>N. GIORNATE</b>
IL SENTIERO	21	4034
LAMPADA DI ALADINO	20 + 1 temp.	3855
LABORATORIO INTEGRATO	14	2532
<b>STRUTTURE RESIDENZIALI DI LIVELLO MEDIO</b>	<b>N. UTENTI</b>	<b>N. GIORNATE</b>
STRUTTURE RESIDENZIALI VARIE	5	1580
<b>RICOVERI DI SOLLIEVO</b>	<b>N. UTENTI</b>	<b>N. GIORNATE</b>
RICOVERI DI SOLLIEVO DISABILI	9	225

<b>DATI DI ATTIVITA' MINORI</b>				
	2014	2015	2016	2017
<b>Istruttorie affido</b>	8	5	4	6
<b>Minori in affido residenziale</b>	20	20	20	20 +4 (a parenti)
<b>Minori con sostegni familiari (progetto un nonno per amico n. minori)</b>	14	15	13 + 4 (progetto nonno per amico)	8+4 (progetto nonno per amico)
<b>Gruppo famiglie affidatarie e di sostegno</b>	1 (con presenza media di 7/8 nuclei)	1 (con presenza media di 7/8 nuclei)	1 (con presenza media di 7/8 nuclei)	1 (con presenza media di 7/8 nuclei)
<b>Incontri di sensibilizzazione</b>	*	*	*	1
<b>Corso preparazione /info affido</b>	*	n. 1 (media di 20 partecipanti)	n. 1 (media di 25 partecipanti)	n. 1 (media di 20 partecipanti)
<b>Corsi di formazione all'adozione (coppie)</b>	n. 3 (provinciale) tot. coppie 25	n. 4 (provinciale) tot. coppie 25	n.4 (provinciale) tot. coppie 34	n.3 (provinciale) tot. coppie 26
<b>Coll. Informativi adozione</b>	12	8	12	7
<b>Istruttorie adozione</b>	8	11	9	10
<b>Vigilanza post-adoztiva</b>	3	2	3	8
<b>Post-adozione (Ass.ne La casa dei sogni)</b>	n. 4 incontri (dai 30 ai 50 partecipanti)	n. 4 incontri (dai 30 ai 50 partecipanti)	n. 3 incontri (dai 30 ai 50 partecipanti)	n. 2 incontri (dai 30 ai 50 partecipanti)

<b>SERVIZIO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA ALUNNI DISABILI DATI ATTIVITA' 2017</b>		
	<b>N. ALUNNI</b>	<b>N. ORE SETTIMANALI ASSEGNATE</b>
ANNO SCOLASTICO 2016/2017	134	953
ANNO SCOLASTICO 2017/2018	147	1070

<b>PROGETTI INDIVIDUALI PER INSERIMENTI RESIDENZIALI UTENTI ex DGR 2068/04 DATI DI ATTIVITA' 2017</b>					
	attivi al 01/01/17	dimessi	ingressi	giorni di presenza	giorni di ricovero ospedaliero
N. progetti individuali presso CRA CAMERINI	4	1	2	1,365	82
N. progetti individuali presso CRA S.DOMENICO di Lugo	1	0	0	219	146
N. progetti individuali presso LUCE SUL MARE		1	1	75	0
SPESA COMPLESSIVA SU FRNA 2017 = 136,289,82					
SPESA COMPLESSIVA SU FSR 2017 = 144,143,16					

<b>Ricoveri di sollievo DGR 1206/07</b>									
		n. ricoveri Anno 2014	n. ricoveri Anno 2015	n. ricoveri Anno 2016	n. ricoveri Anno 2017	giorni maturati Anno 2014	giorni maturati Anno 2015	giorni maturati Anno 2016	giorni maturati Anno 2017
		ANZIANI	residenziali	59	41	19	5	1,459	1,051
	semiresidenziali	0	0	0	0	0	0	0	0
Consuntivo spesa 2017 ANZIANI: € 9.409,68									

## DATI DI ATTIVITA' ANNO 2017: CRA DISTRETTO DI FAENZA

Comune	FAENZA					SOLAROLO	BRISIGHELLA	CASTEL BOLOGNESE	CASOLA VALSENO	RIOLO TERME
	Stacchini	S.Maglorio	S.Umltà	N.Alzheimer S.Umltà	Fontanone	Centro sociale "Bennoli"	Lega Zambelli	CAMERINI	S.Antonio Abate SSFilippo e Giacomo	Villa bella
Ente Gestore	Coop.va In Cammino	Coop.va In Cammino	ATISoc.Temporanea d'impresa (In Cammino e Zerocento)		ATI (In Cammino-Zerocento)	ASP della Romagna Faentina	ATI (In Cammino-Zerocento)	ASP della Romagna Faentina	ATI (In Cammino-Zerocento)	Coop.va Stella Assistance
n.posti accreditati	20	40	20	20	112	25	36	40*	19	17
utenti al 01.01	20	40	20	20	112	25	36	35	19	16
n.ingressi	9	9	13	12	23	7	25	18	6	21
n.dimissioni e/o cessati	8	9	13	12	23	7	26	17	6	20
giornate di effettiva presenza compreso ricoveri di sollievo	7.126	14.523	7.166	7.116	40.470	8.957	12.968	12.925	6.800	5.916
tasso di occupazione posti letto in base a giornate di effettiva presenza %	97,62%	99,47%	98,16%	97,48%	99,00%	98,16%	98,69%	98,36%	98,05%	95,34%
giornate di assenza per ricoveri ospedalieri con riconoscimento nolo	139	47	112	90	318	143	112	190	126	247

\* di cui fino a n. 6 posti dedicati ad inserimenti individuali disabili gravissimi ex DGR 2068/0, al 31/12/2017 presenti n.4 per un totale gg di presenza per 1.365 e 82 gg noli per ricoveri osp.

Struttura	Ente Gestore	n.posti accreditati al 31.12	n.ingressi	n.dimissioni	giornate di effettiva presenza compreso sollievi	tasso di occupazione posti letto in base a giornate di effettiva presenza %	gg noli per ricoveri osp.	tasso di occupazione posti letto in base a giornate di effettiva presenza + giornate assenza per ricoveri	UTENTI AL 01/01
RSA S.UMILTA	Ati-Coop.va In Cammino e Zerocento	20	84	83	6.864	94,03	265,00	97,66	19,00

**ASSEGNI DI CURA ANZIANI Distretto sanitario di Faenza ANNO 2017**

<b>Livello assistenziale: dati numerici</b>	<b>Liv. A</b>	<b>Liv. B</b>	<b>Liv. C</b>	<b>Totale</b>
N° contratti attivi al 01/01/2017	78	72	12	162
di cui con assegni ridotti al 50%	78	57	0	135
N° contratti cessati dal 01/01/2017 al 31/12/2017	71	126	15	212
di cui con assegni ridotti al 50%	71	91	0	162
N° contratti attivati dal 01/01/17 al 31/12/2017	34	132	23	189
di cui con assegni ridotti al 50%	34	90	0	124
N° contratti attivi al 31/12/2017	41	78	20	139
di cui con assegni ridotti al 50%	41	56	0	97
N° giorni concessi	28.074	33.510	3.923	65.507
<b>Totale utenti che hanno usufruito dell'assegno anno 2017 non diviso per tipo n. 340</b>				
<b>Totale utenti con contributo aggiuntivo badante dal 01/01/2017 al 31/12/2017 n. 72</b>				
<b>Risorse impiegate al netto dei recuperi</b>				<b>611.620,87</b>
Assegni di cura Anziani				<b>525.343,43</b>
Contributo Assistenti Familiari				<b>86.277,44</b>

<b>ASSEGNO DI CURA DISABILI ADULTI ANNO 2017</b>			
<b>Livello assistenziale: dati numerici</b>	<b>Liv. A</b>	<b>Liv. B</b>	<b>Totale</b>
N° contratti attivi al 01/01/2017	4	10	14
N° contratti cessati al 31/12/2017	2	1	3
N° contratti attivati anno 2017	1	0	1
N° contratti attivi al 31/12/2017	3	9	12
<b>TOTALE UTENTI DISABILI ADULTI N. 15</b>			
<b>TOTALE ASS. FAMILIARI N. 3</b>			
<b>ASSEGNO DI CURA DISABILI MINORI anno 2017</b>			
<b>Livello assistenziale: dati numerici</b>	<b>Liv. A</b>	<b>Liv. B</b>	<b>Totale</b>
N° contratti attivi al 01/01/2017	6		6
N° contratti cessati al 31/12/2017	1		1
N° contratti attivati anno 2017	1		1
N° contratti attivi al 31/12/2017	6		6
<b>TOTALE UTENTI DISABILI MINORI N. 6</b>			
<b>Risorse impiegate - valori in Euro totale</b>			<b>96.412,26</b>
Assegni di cura DGR 1122/02			<b>91.262,84</b>
Contributo Assistenti Familiari			<b>5.149,42</b>

<b>ASSEGNO DI CURA GRAVISSIME DISABILITÀ ACQUISITE ANNO 2017</b>			
<b>Livello assistenziale: dati numerici</b>	<b>Liv. BASE</b>	<b>Liv. ELEVATO (DGR 1732/14)</b>	<b>Totale</b>
N° contratti attivi al 01/01/2017	4	6	10
N° contratti cessati al 31/12/2017	0	1	1
N° contratti attivati dal 01/01/2017 al 31/12/2017	1	2	3
N° contratti attivi al 31/12/2017	5	7	12
<b>TOTALE UTENTI che hanno usufruito dell'assegno n. 11 di cui n. 2 bambini SMA</b>			
N. 3 utenti con contributo aggiuntivo per badante			
<b>Risorse impiegate - valori in Euro</b>			<b>Totale</b>
Assegni di cura DGR 2068/04			141.012,99
			Di cui
Contributo Assistenti Familiari			2.607,99

**ANNO 2017**

**SERVIZI ESENTI sia per regolamento che per progetto di esenzione presentato in C.T.E. dalle Assistenti Sociali**

**FAENZA**

SERVIZIO	n. UTENTI	n. ORE	TOTALE	Quota FRNA	COSTO A CARICO DEL COMUNE
				14,60	
ADI Anziani	17	2.206,25	53.457,44	32.211,25	21.246,19
ADI Disabili	18	1.791,50	43.408,05	26.155,90	17.252,15
ADI Psicici	11	848,33	20.555,04	12.385,62	8.169,42
SAD Anziani	18	1.437,75	34.836,68		34.836,68
Sostegno per prestazioni ambulatoriale (dialisi)		278,00	6.735,94	4.058,80	2.677,14
<b>TOTALE</b>	<b>64</b>	<b>6.561,83</b>	<b>158.993,15</b>	<b>74.811,57</b>	<b>84.181,58</b>

SERVIZIO	n. UTENTI	PASTI	TOTALE	Quota FRNA	COSTO A CARICO DEL COMUNE
				4,00	
Pasti ADI	10	1.312	12.457,05	5.248,00	7.209,05
Pasti SAD	13	1.966	18.673,62		18.673,62
<b>TOTALE</b>	<b>23</b>	<b>3.278</b>	<b>31.130,67</b>	<b>5.248,00</b>	<b>25.882,67</b>

(N. 1 Utente fino al 31/05 in pasti SAD, dall'1/06 pasti ADI, per cui è conteggiato, come utente, in entrambi gli elenchi)

**BRISIGHELLA**

SERVIZIO	n. UTENTI	n. ORE	TOTALE	Quota FRNA	COSTO A CARICO DEL COMUNE
				14,60	
ADI Anziani	9	957,24	23.193,93	13.975,70	9.218,23
SAD Anziani	6	367,85	8.913,01		8.913,01
<b>TOTALE</b>	<b>15</b>	<b>1.325,09</b>	<b>32.106,94</b>	<b>13.975,70</b>	<b>18.131,24</b>

SERVIZIO	n. UTENTI	PASTI	TOTALE	Quota FRNA	COSTO A CARICO DEL COMUNE
Pasti ADI	0				
Pasti SAD	1	7	53,62		53,62
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>53,62</b>		<b>53,62</b>

**CASOLA VALSENIO**

SERVIZIO	n. UTENTI	n. ORE	TOTALE	Quota FRNA	COSTO A CARICO DEL COMUNE
				14,60	
ADI Anziani	2	100,41	2.432,93	1.465,99	966,94
SAD Anziani	4	289,26	7.008,77		7.008,77
TOTALE	6	389,67	9.441,70	1.465,99	7.975,71
(N. 1 Utente fino al 31/01 in SAD, dall'1/02 ADI, per cui è conteggiato, come utente, in entrambi gli elenchi)					
SERVIZIO	n. UTENTI	PASTI	TOTALE	Quota FRNA	COSTO A CARICO DEL COMUNE
				4,00	
Pasti ADI	0				
Pasti SAD	1	301	1.655,50		1.655,50
TOTALE	1	301	1.655,50	0,00	1.655,50

**CASTEL BOLOGNESE**

SERVIZIO	n. UTENTI	n. ORE	TOTALE	Quota FRNA	COSTO A CARICO DEL COMUNE
				14,60	
ADI Anziani	4	635,25	15.392,11	9.274,65	6.117,46
SAD Anziani	13	1.003,25	24.308,75		24.308,75
TOTALE	17	1.638,50	39.700,86	9.274,65	30.426,21
(N. 1 Utente fino al 31/05 in SAD, dall'1/06 ADI, per cui è conteggiato, come utente, in entrambi gli elenchi)					
SERVIZIO	n. UTENTI	PASTI	TOTALE	Quota FRNA	COSTO A CARICO DEL COMUNE
				4,00	
Pasti ADI	2	320	1.504,00	1.280,00	224,00
Pasti SAD	9	1.478	6.946,60		6.946,60
TOTALE	11	1.798	8.450,60	1.280,00	7.170,60

**RIOLO TERME**

SERVIZIO	n. UTENTI	n. ORE	TOTALE	Quota FRNA	COSTO A CARICO DEL COMUNE
				14,60	
ADI Anziani	3	293,08	7.101,33	4.278,97	2.822,36
SAD Anziani	3	127,83	3.097,32		3.097,32
TOTALE	6	420,91	10.198,65	4.278,97	5.919,68
SERVIZIO PASTI: nessuno esente					

**SOLAROLO**

nessun servizio esente

<b>SERVIZIO ADI 2017</b>	<b>n. UTENTI</b>	<b>n. ORE</b>	<b>PASTI ADI 2017</b>	<b>n. UTENTI</b>	<b>PASTI</b>
Faenza	78	11.409,25	Faenza	32	5.857
Brisighella	41	3.842,50	Brisighella	3	395
Casola Valsenio	13	819,25	Casola Valsenio	5	953
Castel Bolognese	24	3.019,25	Castel Bolognese	12	2.083
Riolo Terme	12	1.570,83	Riolo Terme	4	1.197
Solarolo	11	681,00	Solarolo	2	699
<b>TOTALE</b>	<b>179</b>	<b>21.342,08</b>	<b>TOTALE</b>	<b>58</b>	<b>11.184</b>

<b>SAD ANZIANI 2017</b>	<b>n. UTENTI</b>	<b>n. ORE</b>	<b>PASTI SAD 2017</b>	<b>n. UTENTI</b>	<b>PASTI</b>
Faenza	27	1.898,75	Faenza	23	3.192
Brisighella	39	2.013,25	Brisighella	22	2.460
Casola Valsenio	8	669,25	Casola Valsenio	10	1.808
Castel Bolognese	20	1.286,25	Castel Bolognese	32	6.098
Riolo Terme	7	339,50	Riolo Terme	35	6.214
Solarolo	0	0,00	Solarolo	18	4.023
<b>TOTALE</b>	<b>101</b>	<b>6.207,00</b>	<b>TOTALE</b>	<b>140</b>	<b>23.795</b>

<b>ADI DISABILI 2017</b>	<b>n. UTENTI</b>	<b>n. ORE</b>
Faenza	29	3.319,83
SLA	2	377,50
Solarolo	0	0,00
Psichici	22	2.038,18
Socio-educativa	3	137,00
Sostegno per prestazioni ambulatoriali (dialisi)		278,00
<b>TOTALE</b>	<b>56</b>	<b>6.150,51</b>

OFFERTA SERVIZI SANITARI E SPESA SANITARIA

**IND0317 - % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)**

**STANDARD ATTESO >= 7% - Fonte: Flusso SICO – Rilevazione SIVER**

L'indicatore valuta la capacità di attrazione dei servizi consultoriali rivolti agli adolescenti: l'analisi dell'indicatore effettuata per distretto di residenza evidenzia il raggiungimento dello standard atteso in tutti i distretti della Provincia di Ravenna, nel distretto di Forlì e nel distretto di Cesena Valle Savio.

In queste aree tuttavia si osservano percentuali di afflusso presso gli spazi giovani piuttosto disomogenee: nello specifico si va dal 13,1% degli adolescenti che ha fatto accesso agli spazi giovani del distretto di Faenza al 7,29% del distretto Cesena Valle Savio. Anche il trend temporale presenta andamenti diversificati: in diminuzione nel 2017 su Lugo e Faenza; in crescita a Forlì; tendenzialmente stabile a Ravenna e Cesena Valle Savio.

Viceversa, l'indicatore non risulta raggiungere lo standard atteso nei distretti Rubicone, Rimini e Riccione, con percentuali di afflusso che vanno dal 5,57% del distretto di Riccione al 3,52% del distretto Rubicone.

Complessivamente a livello aziendale la percentuale di adolescenti afferiti agli spazi giovani nel 2017 si è attestata al 7,41% a fronte di una media regionale pari al 5,45%. Per dettagli si veda la tabella sottostante

*Spazi giovani – % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni) - Anno 2017 vs 2016*

Azienda	Anno	Numeratore: N. utenti Spazi Giovani	Denominatore: Popolazione residente 14-19 anni	Valore %
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2017	776	10.051	7,72
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2016	737	10.051	7,33
RAVENNA - DISTR. LUGO	2017	501	5.032	9,96
RAVENNA - DISTR. LUGO	2016	561	5.032	11,15
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2017	614	4.688	13,1
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2016	706	4.688	15,06
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2017	942	9.409	10,01
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2016	613	9.409	6,52
CESENA - DISTR. RUBICONE	2017	185	5.256	3,52
CESENA - DISTR. RUBICONE	2016	159	5.256	3,03
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2017	434	5.952	7,29
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2016	413	5.952	6,94
RIMINI - DISTR. RIMINI	2017	561	12.192	4,6
RIMINI - DISTR. RIMINI	2016	679	12.192	5,57
RIMINI - DISTR. RICCIONE	2017	344	6.180	5,57

RIMINI - DISTR. RICCIONE	2016	308	6.180	4,98
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>2017</b>	<b>4.357</b>	<b>58.760</b>	<b>7,41</b>
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>2016</b>	<b>4.176</b>	<b>58.760</b>	<b>7,11</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>2017</b>	<b>12.645</b>	<b>232.085</b>	<b>5,45</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>2016</b>	<b>12.295</b>	<b>232.085</b>	<b>5,3</b>

## Prestazioni erogate dai consultori per attività e cittadinanza utente

### Fonte: Flusso SICO

I servizi oggetto della rilevazione comprendono, oltre ai consultori familiari propriamente detti, gli Spazi giovani e gli Spazi donne immigrate e loro bambini, mentre non rientrano nella rilevazione le attività di consultorio pediatrico. Sul territorio Aziendale sono presenti un totale di 41 consultori familiari, 9 Spazio Giovani e 2 Spazio Donne Immigrate e loro bambini. Tale numero rimane complessivamente immutato fra 2016 e 2017 (52 strutture). Di seguito la tabella con il dettaglio per distretto.

### Consultori familiari – Nr. strutture presenti sul territorio per tipologia - Anno 2017

Distretto di erogazione	CONSULTORI	SPAZIO	SPAZIO	TOTALE
	O FAMILIARE	DONNE IMMIGRATE E LORO BAMBINI	GIOVANI	
ROMAGNA - DISTR. RAVENNA	7	.	2	9
ROMAGNA - DISTR. LUGO	5	.	1	6
ROMAGNA - DISTR. FAENZA	6	.	1	7
ROMAGNA - DISTR. FORLÌ	9	1	1	11
ROMAGNA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	3	.	1	4
ROMAGNA - DISTR. RUBICONE	2	.	1	3
ROMAGNA - DISTR. RIMINI	5	1	1	7
ROMAGNA - DISTR. RICCIONE	4	.	1	5
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>41</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>52</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>175</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>222</b>

Fonte: Banca dati SICO, Regione Emilia-Romagna

Tra il 2017 e il 2016 si riscontra un andamento di crescita generalizzato sia di utenza che di prestazioni in tutti gli ambiti territoriali, con l'unico dato in controtendenza che riguarda la diminuzione di utenti nel distretto di Rimini del 7,4%.

Un ulteriore elemento da approfondire riguarda la diminuzione percentuale di utenza straniera presso tutti i consultori aziendali, con ancora l'eccezione del territorio di Rimini in cui questo dato rimane costante nel biennio 2016-2017 e il distretto di Lugo dove tale utenza passa dal 17,7% al 19,1%.

Consultori familiari – Utenti di prestazioni individuali per cittadinanza - Anno 2017

Distretto di residenza	Italiana		Straniera		TOTALE	
	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%
ROMAGNA - DISTR. RAVENNA	17.369	84,5	3.194	15,5	20.563	100
ROMAGNA - DISTR. LUGO	7.458	80,9	1.757	19,1	9.215	100
ROMAGNA - DISTR. FAENZA	6.846	83,1	1.393	16,9	8.239	100
ROMAGNA - DISTR. FORLÌ	13.229	82,8	2.746	17,2	15.975	100
ROMAGNA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	9.985	87,2	1.461	12,8	11.446	100
ROMAGNA - DISTR. RUBICONE	7.667	83,5	1.515	16,5	9.182	100
ROMAGNA - DISTR. RIMINI	10.847	80,2	2.683	19,8	13.530	100
ROMAGNA - DISTR. RICCIONE	8.201	83,7	1.598	16,3	9.799	100
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>81.602</b>	<b>83,3</b>	<b>16.347</b>	<b>16,7</b>	<b>97.949</b>	<b>100</b>

Consultori familiari – Utenti di prestazioni individuali per cittadinanza - Anno 2016

Distretto di residenza	Italiana		Straniera		TOTALE	
	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%
ROMAGNA - DISTR. RAVENNA	14.223	81,9	3.141	18,1	17.364	100
ROMAGNA - DISTR. LUGO	7.741	82,3	1.670	17,7	9.411	100
ROMAGNA - DISTR. FAENZA	6.703	81,7	1.498	18,3	8.201	100
ROMAGNA - DISTR. FORLÌ	9.952	80,8	2.366	19,2	12.318	100
ROMAGNA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	7.911	85,4	1.356	14,6	9.267	100
ROMAGNA - DISTR. RUBICONE	6.445	83,1	1.308	16,9	7.753	100
ROMAGNA - DISTR. RIMINI	11.707	80,1	2.911	19,9	14.618	100
ROMAGNA - DISTR. RICCIONE	8.097	83,8	1.568	16,2	9.665	100
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>72.779</b>	<b>82,1</b>	<b>15.818</b>	<b>17,9</b>	<b>88.597</b>	<b>100</b>

## IND0225 - Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile

Fonte: Flusso SINPIAER – Rilevazione SIVER

L'analisi degli accessi presso i servizi di Neuropsichiatria Infantile rapportato alla popolazione target residente (compresa fra 0 e 17 anni) evidenzia in Romagna un livello di accesso inferiore al dato regionale: infatti i residenti in Ausl Romagna che nel corso del 2017 hanno effettuato accessi ai servizi di Neuropsichiatria Infantile sono stati 69,83 ogni 1.000 residenti minorenni a fronte di una performance regionale che si è attestata a 78,62.

Sia fra i residenti romagnoli che sul totale regionale il trend del biennio 2017 vs 2016 evidenzia una importante crescita degli accessi.

Il dettaglio per distretto di residenza rappresentato nella sottostante tabella evidenzia valori diversificati che in alcuni casi si collocano decisamente al di sopra della media aziendale (distretti di Faenza, Riccione e Rimini con circa 73 utenti ogni 1.000 residenti minorenni) o che addirittura superano il dato medio regionale, come per il distretto del Rubicone (79,51 utenti ogni 1000 residenti minorenni).

In generale si osserva in ogni distretto un incremento degli accessi fra il 2016 ed il 2017 con le sole eccezioni dei distretti di Lugo e Forlì.

### NPIA – Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile - Anno 2017 vs 2016

Azienda	Anno	Numeratore: N. utenti 0-17 anni	Denominatore: Popolazione residente 0-17 anni	Tasso di prevalenza * 1000 residenti 0-17 anni
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2017	1.884	29.998	61,95
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2016	1.789	30.239	57,87
RAVENNA - DISTR. LUGO	2017	1.065	15.895	66,21
RAVENNA - DISTR. LUGO	2016	1.103	15.940	68,16
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2017	1.041	14.207	72,66
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2016	1.014	14.193	70,93
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2017	1.958	29.336	66,02
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2016	1.985	29.445	66,58
CESENA - DISTR. RUBICONE	2017	1.283	16.053	79,51
CESENA - DISTR. RUBICONE	2016	1.219	16.124	75,23
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2017	1.273	17.890	70,81
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2016	1.132	18.041	62,19
RIMINI - DISTR. RIMINI	2017	2.710	36.499	73,69
RIMINI - DISTR. RIMINI	2016	2.433	36.450	66,2
RIMINI - DISTR. RICCIONE	2017	1.374	18.811	72,68
RIMINI - DISTR. RICCIONE	2016	1.245	18.923	65,4

<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>2017</b>	<b>12.588</b>	<b>178.689</b>	<b>69,83</b>
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>2016</b>	<b>11.920</b>	<b>179.355</b>	<b>65,75</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>2017</b>	<b>56.359</b>	<b>710.532</b>	<b>78,62</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>2016</b>	<b>52.504</b>	<b>712.508</b>	<b>73,03</b>

## Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti (1-13 anni)

Fonte: flusso SDO – Rilevazione SIVER

L'indicatore misura il ricorso al ricovero ospedaliero in età pediatrica fra 1 e 13 anni. Se nel primo anno di vita l'elevato numero di ricoveri riguarda principalmente le malattie e i disturbi del periodo neonatale, in questa determinata fascia di età la tendenza al ricovero diminuisce e le cause dell'ospedalizzazione riguardano principalmente le malattie dell'apparato digerente e dell'apparato muscolo scheletrico e connettivo.

L'analisi sul biennio 2015-2016 (il dato del 2017 non è al momento pubblicato) evidenzia un dato aziendale in linea col valore regionale, ossia di 5,6 ricoveri ogni 100 residenti 1-13 anni. A livello distrettuale il dato oscilla fra i 4,39 ricoveri ogni 100 residenti del distretto di Cesena Valle Savio e i 6,77 del distretto di Forlì (dettagli nella sottostante tabella).

Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti (1-13 anni) – Anno 2016 vs 2015

Azienda	Anno	Numeratore: N. ricoveri dei residenti 1-13 anni	Denominatore: Popolazione residente 1-13 anni	Tasso* 100 residenti 1- 13 anni
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2016	1.294	22.296	5,8
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2015	1.291	22.455	5,75
RAVENNA - DISTR. LUGO	2016	600	11.830	5,07
RAVENNA - DISTR. LUGO	2015	733	11.847	6,19
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2016	632	10.430	6,06
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2015	648	10.520	6,16
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2016	1.473	21.767	6,77
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2015	1.315	21.902	6
CESENA - DISTR. RUBICONE	2016	606	11.793	5,14
CESENA - DISTR. RUBICONE	2015	751	11.919	6,3
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2016	586	13.348	4,39
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2015	675	13.329	5,06
RIMINI - DISTR. RIMINI	2016	1.450	26.623	5,45
RIMINI - DISTR. RIMINI	2015	1.442	26.744	5,39
RIMINI - DISTR. RICCIONE	2016	735	13.802	5,33
RIMINI - DISTR. RICCIONE	2015	717	13.854	5,18
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>2016</b>	<b>7.376</b>	<b>131.889</b>	<b>5,59</b>
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>2015</b>	<b>7.572</b>	<b>132.570</b>	<b>5,7</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>2016</b>	<b>29.578</b>	<b>523.690</b>	<b>5,65</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>2015</b>	<b>30.906</b>	<b>525.423</b>	<b>5,88</b>

**IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni****Fonte: flusso ADI – Rilevazione SIVER**

L'indicatore valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare da parte della popolazione over 75 anni, considerando tutti i tipi di assistenza domiciliare (adi medica, infermieristica, socio-sanitaria e volontariato).

Il dato aziendale, seppur in netta crescita nel 2017, si attesta su valori decisamente inferiori a quelli medi regionali, per cui a fronte di 173 presi in carico ogni 1000 residenti >= 75 anni fra i residenti dell'Ausl Romagna a livello regionale si hanno 194 prese in carico.

Il dato distrettuale evidenzia una performance superiore alla media della regione presso il distretto di Rimini (235 prese in carico ogni 1000 residenti); in tutti gli altri distretti il dato – sempre inferiore alla media regionale – varia fra i 134,82 del distretto di Cesena Valle Savio ai 187,34 del distretto di Riccione. Ulteriori analisi sono rinvenibili dalla sottostante tabella.

Si rileva che la raccolta dati risulta ancora effettuata con diversa metodologia nei vari ambiti territoriali, questione per la quale si stanno approntando procedure specifiche anche al fine di uniformare la rilevazione.

**ADI - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni - Anno 2017 vs 2016**

<b>Azienda</b>	<b>Anno</b>	<b>Numeratore: N. PIC di assistiti &gt;= 75 anni</b>	<b>Denominatore: Popolazione residente &gt;= 75 anni</b>	<b>Tasso utilizzo ADI * 1000 residenti &gt; 75 anni</b>
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2017	3.982	26.813	148,51
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2016	3.818	26.813	142,39
RAVENNA - DISTR. LUGO	2017	2.461	15.288	160,98
RAVENNA - DISTR. LUGO	2016	2.327	15.288	152,21
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2017	1.962	12.186	161
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2016	1.677	12.186	137,62
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2017	4.450	25.550	174,17
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2016	4.462	25.550	174,64
CESENA - DISTR. RUBICONE	2017	1.370	9.375	146,13
CESENA - DISTR. RUBICONE	2016	1.364	9.375	145,49
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2017	2.089	15.495	134,82
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2016	1.792	15.495	115,65
RIMINI - DISTR. RIMINI	2017	6.233	26.500	235,21
RIMINI - DISTR. RIMINI	2016	4.899	26.500	184,87
RIMINI - DISTR. RICCIONE	2017	2.400	12.811	187,34

RIMINI - DISTR. RICCIONE	2016	2.089	12.811	163,06
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>2017</b>	<b>24.947</b>	<b>144.018</b>	<b>173,22</b>
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>2016</b>	<b>22.428</b>	<b>144.018</b>	<b>155,73</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>2017</b>	<b>109.818</b>	<b>565.976</b>	<b>194,03</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>2016</b>	<b>107.966</b>	<b>565.976</b>	<b>190,76</b>

## **Numero di assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale x 1.000 residenti**

**Fonte: flusso SISM – Rilevazione SIVER**

La quota di persone che si rivolgono ai servizi dipende dalla capacità dell'organizzazione di intercettare gli utenti, dalle caratteristiche del territorio e della popolazione.

L'indicatore quindi misura la capacità di penetrazione di un servizio e mette in evidenza le problematiche locali.

Gli accessi di residenti presso i servizi di salute mentale adulti presentano un tasso di prevalenza inferiore alla media regionale (18,6 utenti ogni 1.000 residenti maggiorenni vs 20,1). A livello distrettuale si osservano valori al di sopra del dato regionale nei distretti dell'area cesenate (22,41 nel distretto Rubicone e 24,01 nel distretto Cesena Valle savio, mentre nei distretti degli altri ambiti il tasso si attesta su valori decisamente più bassi in particolare nei distretti del Riminese (Riccione 16,01, Rimini 17,45) e nel distretto di Lugo (17,12).

Il trend nel biennio evidenzia un lieve incremento generalizzato in tutti gli ambiti distrettuali, in linea con l'andamento regionale.

### *CSM – Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti - Anno 2017 vs 2016*

<b>Azienda</b>	<b>Anno</b>	<b>Numeratore: N. utenti maggiorenni nell'anno</b>	<b>Denominatore: Popolazione residente &gt;= 18 anni</b>	<b>Prevalenza * 1000 residenti &gt;= 18 anni</b>
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2017	3.136	170.161	18,56
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2016	3.111	170.064	18,43
RAVENNA - DISTR. LUGO	2017	1.447	86.495	17,12
RAVENNA - DISTR. LUGO	2016	1.292	86.723	15,27
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2017	1.300	74.658	17,54
RAVENNA - DISTR. FAENZA	2016	1.253	74.366	17,05
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2017	2.803	156.587	17,87
FORLÌ - DISTR. FORLÌ	2016	2.760	156.887	17,58
CESENA - DISTR. RUBICONE	2017	1.708	75.672	22,41
CESENA - DISTR. RUBICONE	2016	1.708	75.406	22,49
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2017	2.414	98.529	24,01
CESENA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	2016	2.399	98.698	23,98
RIMINI - DISTR. RIMINI	2017	3.288	186.742	17,45
RIMINI - DISTR. RIMINI	2016	3.202	185.636	17,15
RIMINI - DISTR. RICCIONE	2017	1.529	94.734	16,01
RIMINI - DISTR. RICCIONE	2016	1.524	94.454	15,97

<i>ROMAGNA</i>	<i>2017</i>	<i>17.625</i>	<i>943.578</i>	<i>18,6</i>
<i>ROMAGNA</i>	<i>2016</i>	<i>17.249</i>	<i>942.234</i>	<i>18,24</i>
<i>TOTALE REGIONE</i>	<i>2017</i>	<i>75.252</i>	<i>3.738.309</i>	<i>20,1</i>
<i>TOTALE REGIONE</i>	<i>2016</i>	<i>74.374</i>	<i>3.735.638</i>	<i>19,87</i>

## Accessi al Pronto Soccorso per livelli di gravità della popolazione

Fonte: flusso PS

Per quanto riguarda l'attività di **Pronto Soccorso e dei Punti di primo Intervento**, di seguito sono evidenziati gli accessi e le prestazioni erogate nel 2017 a confronto con il 2016, distinti per codice colore.

### Pronto Soccorso - Distribuzione di accessi e prestazioni suddivisi per triage all'entrata

Anni 2017 vs 2016 per ambito

Ambito Aziendale		BIANCO		VERDE		GIALLO		ROSSO		TOTALE	
		Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni
Ravenna	2017	14.137	34.930	119.209	531.147	43.770	493.710	5.421	77.797	182.537	1.137.584
Ravenna	2016	14.736	37.415	117.901	526.115	41.890	478.706	5.336	76.913	179.863	1.119.149
Ravenna	$\Delta$ % 16/17	-4,1%	-6,6%	1,1%	1,0%	4,5%	3,1%	1,6%	1,1%	1,5%	1,6%
Forlì	2017	5.796	11.601	36.024	209.798	8.601	93.157	1.088	15.489	51.509	330.045
Forlì	2016	4.306	7.017	31.765	167.464	12.464	130.456	1.257	18.198	49.792	323.135
Forlì	$\Delta$ % 16/17	34,6%	65,3%	13,4%	25,3%	-31,0%	-28,6%	-13,4%	-14,9%	3,4%	2,1%
Cesena	2017	6.985	10.633	60.123	225.180	15.442	141.194	2.300	32.907	84.850	409.914
Cesena	2016	6.656	10.089	58.114	221.315	15.275	144.527	1.974	29.246	82.019	405.177
Cesena	$\Delta$ % 16/17	4,9%	5,4%	3,5%	1,7%	1,1%	-2,3%	16,5%	12,5%	3,5%	1,2%
Rimini	2017	18.670	26.516	131.570	507.840	32.907	359.730	4.053	65.220	187.200	959.306
Rimini	2016	19.321	27.664	128.360	482.964	33.232	354.020	3.406	52.608	184.319	917.256
Rimini	$\Delta$ % 16/17	-3,4%	-4,1%	2,5%	5,2%	-1,0%	1,6%	19,0%	24,0%	1,6%	4,6%
AUSL Romagna	2017	45.588	83.680	346.926	1.473.965	100.720	1.087.791	12.862	191.413	506.096	2.836.849
AUSL Romagna	2016	45.019	82.185	336.140	1.397.858	102.861	1.107.709	11.973	176.965	495.993	2.764.717
AUSL Romagna	$\Delta$ % 16/17	1,3%	1,8%	3,2%	5,4%	-2,1%	-1,8%	7,4%	8,2%	2,0%	2,6%
REGIONE	2017	253.811	551.463	1.246.411	7.136.528	349.492	4.682.847	41.289	702.156	1.891.003	13.072.994
REGIONE	2016	258.070	555.506	1.239.427	7.008.844	341.109	4.488.417	36.954	649.798	1.875.560	12.702.565
REGIONE	$\Delta$ % 16/17	-1,7%	-0,7%	0,6%	1,8%	2,5%	4,3%	11,7%	8,1%	0,8%	2,9%

Gli accessi e le prestazioni di Pronto Soccorso del 2017 riscontrano un incremento in confronto al 2016 rispettivamente del 2,0% e del 2,6%, anche se tale valore complessivo è generato prevalentemente da un incremento di codici rossi

negli ambiti di Cesena e Rimini, di codici bianchi e verdi nel forlivese e di codici gialli nell'area ravennate.

A livello regionale la crescita di accessi risulta inferiore al dato romagnolo, attestandosi a +0,8%; mentre l'incremento delle prestazioni risulta più elevato e giunge a +2,9%.

Gli accessi effettuati nelle strutture dell'Ausl Romagna sono stati 506.096 e rappresentano il 26,8% del totale regionale, invece le 2.836.849 prestazioni erogate sono il 21,7% del complessivo regionale.

Un altro aspetto da monitorare è l'incremento - nel territorio forlivese - di accessi e prestazioni erogate nei livelli di minore gravità, anche se tale fenomeno appare essere riconducibile alla revisione dei criteri di assegnazione dei codici colore effettuata per garantire omogeneità a livello aziendale.

Di seguito il dettaglio 2017 per struttura erogante:

Struttura	BIANCO		VERDE		GIALLO		ROSSO		TOTALE	
	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni
PPI-PRESIDIO SANITARIO SAN GIORGIO	1.865	3.337	8.117	24.900	1.574	11.378	41	350	11.597	39.965
PS -(DEA 2°) -OSPEDALE RAVENNA	7.772	21.967	59.406	263.619	24.199	275.509	3.080	44.139	94.457	605.234
PS -(DEA 1°) -OSPEDALE LUGO	1.294	2.397	27.490	125.975	8.754	101.781	1.115	15.362	38.653	245.515
PS -(DEA 1°) -OSPEDALE FAENZA	3.206	7.229	24.196	116.653	9.243	105.042	1.185	17.946	37.830	246.870
PS -(DEA 2°) -OSPEDALE FORLÌ	5.486	10.871	33.113	201.405	7.608	89.451	1.075	15.443	47.282	317.170
PPI-OSPEDALE SANTA SOFIA	310	730	2.911	8.393	993	3.706	13	46	4.227	12.875
PPI-OSPEDALE LORENZO CAPPELLI	674	1.060	4.194	9.508	251	808	8	33	5.127	11.409
PS -(DEA 2°) -OSPEDALE CESENA	3.894	6.181	39.817	174.874	13.098	130.320	2.246	32.636	59.055	344.011
PPI-OSPEDALE BAGNO DI ROMAGNA	281	485	2.412	6.663	340	1.768	11	52	3.044	8.968
PPI-OSPEDALE CESENATICO	2.136	2.907	13.700	34.135	1.753	8.298	35	186	17.624	45.526
PPI-BELLARIA-IGEA MARINA	357	373	1.320	1.950	75	80			1.752	2.403
PS -(DEA 2°) -OSPEDALE RIMINI	14.184	19.947	64.511	247.315	18.956	240.567	2.902	51.215	100.553	559.044
PPI-OSPEDALE SANTARCANGELO DI ROMAGNA	270	606	18.902	71.028	2.906	25.035	101	964	22.179	97.633
PPI-OSPEDALE NOVAFELTRIA	478	897	5.394	15.340	1.761	7.758	43	223	7.676	24.218
PS -(DEA 1°) -OSPEDALE RICCIONE	1.736	2.391	25.348	127.666	6.281	69.331	795	11.258	34.160	210.646
PPI-OSPEDALE CATTOLICA	1.645	2.302	16.095	44.541	2.928	16.959	212	1.560	20.880	65.362
<b>TOTALE ROMAGNA</b>	<b>45.588</b>	<b>83.680</b>	<b>346.926</b>	<b>1.473.965</b>	<b>100.720</b>	<b>1.087.791</b>	<b>12.862</b>	<b>191.413</b>	<b>506.096</b>	<b>2.836.849</b>



TOTALE	Anno 2017					Anno 2016				
	Accessi Tot.	% per Codice Triage				Accessi Tot.	% per Codice Triage			
		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO
Ravenna	182.537	7,7%	65,3%	24,0%	3,0%	179.863	8,2%	65,6%	23,3%	3,0%
Forlì	51.509	11,3%	69,9%	16,7%	2,1%	49.792	8,6%	63,8%	25,0%	2,5%
Cesena	84.850	8,2%	70,9%	18,2%	2,7%	82.019	8,1%	70,9%	18,6%	2,4%
Rimini	187.200	10,0%	70,3%	17,6%	2,2%	184.319	10,5%	69,6%	18,0%	1,8%
AUSL ROMAGNA	506.096	9,0%	68,5%	19,9%	2,5%	495.993	9,1%	67,8%	20,7%	2,4%
REGIONE	1.891.003	13,4%	65,9%	18,5%	2,2%	1.875.560	13,8%	66,1%	18,2%	2,0%

In termini di codice colore, si osserva a livello aziendale che il 9% degli accessi è in codice triage bianco, sostanzialmente stabile rispetto al 2016 (ma decisamente al di sotto del 13,4% regionale) e con valore minimo che si osserva per Ravenna (7,7% del totale degli accessi dell'ambito cesenate) e il massimo per Forlì (11,3%); il 68,5% in codice verde, in crescita rispetto all'anno precedente e con valore minimo che si rileva per Ravenna (65,3%) e il massimo per Cesena (70,9%); il 19,9% in codice giallo, in leggero calo rispetto al 2016 e con valore minimo che si riscontra per Forlì (16,7%) e il massimo per Ravenna (24%); da ultimo i codici rosso rappresentano il 2,5% della casistica rispetto al 2,2% a livello regionale.

La scomposizione dei dati degli accessi per modalità di dimissione (ricovero, decesso, abbandono, dimissione, etc.), porta in evidenza una percentuale di accessi esitanti in ricovero nelle strutture aziendali pari al 13,6% (leggermente in calo rispetto al 2016), e comunque inferiore rispetto alla media della Regione che è attestata a 14,4%. Gli ambiti aziendali presentano al loro interno una notevole variabilità, andando dal valore più elevato di Forlì (19,0%) al valore più basso di Cesena (11,6%). Eventuali approfondimenti si possono reperire dalla sottostante tabella.

*Pronto Soccorso - Distribuzione di accessi in DEA e PPI suddivisi per modalità di dimissione*  
*Anni 2017 vs 2016*

DEA	Anno 2017						Anno 2016					
	Accessi Tot.	% per Modalità dimissione					Accessi Tot.	% per Modalità dimissione				
		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono
Ravenna	170.940	80,2%	15,2%	0,1%	1,3%	3,1%	168.921	79,7%	15,4%	0,1%	1,3%	3,6%
Forli	47.282	71,2%	20,1%	0,2%	0,5%	8,1%	45.798	69,4%	20,6%	0,2%	0,5%	9,3%
Cesena	59.055	63,4%	15,2%	0,2%	0,0%	7,3%	58.380	66,0%	15,6%	0,2%	0,0%	6,9%
Rimini	134.713	76,8%	13,7%	0,1%	1,3%	8,0%	132.172	76,2%	14,0%	0,1%	1,8%	7,9%
<b>AUSL ROMAGNA</b>	<b>411.990</b>	<b>75,7%</b>	<b>15,3%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,0%</b>	<b>5,9%</b>	<b>405.271</b>	<b>75,4%</b>	<b>15,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,2%</b>	<b>6,1%</b>
<b>PPI</b>	<b>Anno 2017</b>						<b>Anno 2016</b>					
	Accessi Tot.	% per Modalità dimissione					Accessi Tot.	% per Modalità dimissione				
		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono
Ravenna	11.597	85,9%	9,2%	0,0%	1,3%	3,6%	10.942	88,7%	7,3%	0,0%	1,4%	2,6%
Forli	4.227	84,0%	7,5%	0,0%	0,6%	0,2%	3.994	89,3%	8,8%	0,0%	0,7%	1,1%
Cesena	25.795	92,9%	3,4%	0,0%	0,0%	3,7%	23.639	92,9%	3,6%	0,0%	0,0%	3,5%
Rimini	52.487	86,8%	6,7%	0,0%	0,6%	5,5%	52.147	87,3%	7,5%	0,0%	0,8%	4,4%
<b>AUSL ROMAGNA</b>	<b>94.106</b>	<b>88,2%</b>	<b>6,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,5%</b>	<b>4,6%</b>	<b>90.722</b>	<b>89,0%</b>	<b>6,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,7%</b>	<b>3,8%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>Anno 2017</b>						<b>Anno 2016</b>					
	Accessi Tot.	% per Modalità dimissione					Accessi Tot.	% per Modalità dimissione				
		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono
Ravenna	182.537	80,6%	14,8%	0,1%	1,3%	3,1%	179.863	80,2%	14,9%	0,1%	1,3%	3,5%
Forli	51.509	72,2%	19,0%	0,1%	0,5%	7,4%	49.792	71,0%	19,7%	0,2%	0,5%	8,6%
Cesena	84.850	72,4%	11,6%	0,1%	0,0%	6,2%	82.019	73,7%	12,1%	0,2%	0,0%	5,9%
Rimini	187.200	79,6%	11,7%	0,1%	1,1%	7,3%	184.319	79,3%	12,2%	0,1%	1,5%	6,9%
<b>AUSL ROMAGNA</b>	<b>506.096</b>	<b>78,0%</b>	<b>13,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,9%</b>	<b>5,7%</b>	<b>495.993</b>	<b>77,9%</b>	<b>13,9%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,1%</b>	<b>5,7%</b>
<b>REGIONE</b>	<b>1.891.003</b>	<b>79,2%</b>	<b>14,4%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,7%</b>	<b>5,0%</b>	<b>1.875.560</b>	<b>79,0%</b>	<b>14,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,7%</b>	<b>5,1%</b>

## Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti

Fonte: flusso SDO

La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse.

Pertanto, un ulteriore indicatore per misurare la domanda di prestazioni ospedaliere fa riferimento al tasso di ospedalizzazione, che standardizzato consente di eliminare l'effetto della diversa composizione per genere e per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti.

Nel 2017 tale tasso complessivo standardizzato per età e sesso<sup>[1]</sup> della popolazione residente dell'AUSL della Romagna si presenta inferiore al dato medio regionale (139,4 vs 142,3) e con un trend di riduzione anche dal punto di vista temporale (145,9 nel 2014; 144,4 nel 2015; 141,2 nel 2016), in questo caso aspetto che risulta omogeneo con quanto avviene anche a livello regionale.

L'aspetto maggiormente significativo rispetto al dato medio regionale riguarda il tasso di ospedalizzazione in strutture pubbliche: infatti, a un tasso regionale di 112,8 per mille abitanti, il tasso dei residenti romagnoli è sensibilmente più basso e pari a 109,7; diversamente, per l'ospedalizzazione in strutture private si osserva un tasso dei residenti romagnoli più elevato della media regionale (23,6 per mille ab., a fronte di una media regionale di 19,6).

### Tassi di ospedalizzazione standardizzati per sesso ed età per mille ab. – anno 2017 vs 2016 vs 2015

(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)

Anno	Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale <sup>[2]</sup>			TOTALE			
	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	
AUSL ROMAGNA	Anno 2015	46,5	68,2	114,7	14,7	8,5	23,2	3,5	2,9	6,5	64,8	79,6	144,4
	Anno 2016	45,7	67,1	112,8	14,3	7,6	21,9	3,5	2,9	6,5	63,5	77,7	141,2
	Anno 2017	44,3	65,3	109,7	14,9	8,7	23,6	3,4	2,8	6,2	62,6	76,8	139,4
REGIONE	Anno 2015	49,7	69,6	119,3	11	8,2	19,2	5,7	4,2	9,9	66,4	82	148,4
	Anno 2016	48,8	67,4	116,2	10,8	7,9	18,7	5,7	4,2	9,9	65,3	79,5	144,8
	Anno 2017	47,7	65	112,8	11	8,6	19,6	5,9	4,1	9,9	64,6	77,7	142,3

Fonte: Banca dati SDO-RER, Regione Emilia-Romagna (Reportistica Predefinita; esclusi Neonati Sani)

Il tasso di ospedalizzazione distinto per ambito distrettuale di residenza evidenzia, a fronte di un dato medio aziendale pari a 139,4, un valore massimo per i residenti del distretto di Ravenna (149,7) che si posiziona allo stesso livello della media regionale e un valore minimo per i residenti del distretto di Riccione (132,2), in forte diminuzione rispetto all'anno precedente.

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per sesso ed età per mille ab. – anno 2017 vs 2016

(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)

Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e Tipologia DRG

Anno		Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale			TOTALE		
		DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.	DRG CHIR.	DRG MED.	TOT.
<b>DISTR. RAVENNA</b>	Anno 2016	48,2	72,9	121,2	16,8	7,1	23,8	3,2	3,1	6,4	68,2	83,1	151,4
	Anno 2017	46,6	72,3	118,9	16,7	7,9	24,6	3,2	3	6,2	66,5	83,2	149,7
<b>DISTR. LUGO</b>	Anno 2016	49,3	71,9	121,2	11,6	3,3	14,9	2,9	1,7	4,6	63,8	76,9	140,7
	Anno 2017	48	74,8	122,8	12,4	3,4	15,8	2,9	1,8	4,8	63,4	80	143,4
<b>DISTR. FAENZA</b>	Anno 2016	49	70,6	119,6	12,7	4,7	17,5	2,7	2,4	5	64,4	77,7	142,1
	Anno 2017	46,8	68,6	115,4	14,3	5,4	19,7	2,5	2,2	4,6	63,5	76,2	139,7
<b>DISTR. FORLÌ</b>	Anno 2016	42,2	65,4	107,5	16,2	10,1	26,2	3	2,3	5,3	61,3	77,7	139,1
	Anno 2017	41,2	62,4	103,6	17,7	12,1	29,8	3	2,3	5,3	61,9	76,7	138,7
<b>DISTR. CESENA -VALLE SAVIO</b>	Anno 2016	44,5	54	98,6	16,4	14,7	31,2	3,1	2,7	5,8	64,1	71,4	135,5
	Anno 2017	42,7	53,3	96	15,8	16,3	32,1	3,1	2,5	5,6	61,6	72,1	133,8
<b>DISTR. RUBICONE</b>	Anno 2016	44,1	57,1	101,2	17,6	12,4	30	3,2	2,6	5,8	64,9	72,1	137
	Anno 2017	44,1	55,1	99,2	17,8	14	31,8	3	2,5	5,4	64,9	71,6	136,5
<b>DISTR. RIMINI</b>	Anno 2016	46,1	70,4	116,5	12,4	5,1	17,5	4,2	3,5	7,7	62,6	79	141,7
	Anno 2017	44,9	67	111,9	12,7	6,2	18,9	3,9	3,1	7	61,4	76,4	137,8
<b>DISTR.</b>	Anno 2016	43,7	68,2	111,9	9,9	5,2	15,1	5,5	4,7	10,2	59,1	78,1	137,2

<b>RICCIONE</b>	Anno 2017	42,1	63,8	106	11,2	5,6	16,8	4,9	4,6	9,4	58,2	74	132,2
<b>AUSL ROMAGNA</b>	Anno 2016	45,7	67,1	112,8	14,3	7,6	21,9	3,5	2,9	6,5	63,5	77,7	141,2
	Anno 2017	44,3	65,3	109,7	14,9	8,7	23,6	3,4	2,8	6,2	62,6	76,8	139,4
<b>REGIONE</b>	Anno 2016	48,2	72,9	121,2	16,8	7,1	23,8	3,2	3,1	6,4	68,2	83,1	151,4
	Anno 2017	46,6	72,3	118,9	16,7	7,9	24,6	3,2	3	6,2	66,5	83,2	149,7

Fonte: Banca dati SDO-RER, Regione Emilia-Romagna (Reportistica Predefinita; esclusi Neonati Sani)

Infine, l'analisi del tasso di ospedalizzazione distinto per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero permette di rilevare come lo scarto del dato dell'Ausl della Romagna rispetto alla Regione sia riconducibile in prevalenza al regime di Day Hospital (23,3 vs 25,7) mentre in regime di degenza ordinaria il valore aziendale è in linea con quello regionale (116,1 vs 116,5), in netta crescita rispetto al 2016.

Ulteriori considerazioni riguardano la variabilità intra-aziendale, per cui sul regime ordinario si va da un tasso di ospedalizzazione di 122,7 del Distretto di Ravenna a 111,6 del Distretto di Riccione; mentre sul versante Day Hospital il valore massimo è sempre rilevato fra i residenti del Distretto di Ravenna (27, al di sopra della media regionale) e il minore sempre fra i residenti del Distretto di Riccione (20,6) e il Distretto di Cesena – Valle Savio (20,7). Maggiori dettagli dono rinvenibili nella tabella sottostante:

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per sesso ed età per mille ab. – anno 2017 vs 2016

(Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale)

Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero

Distretto di residenza	Anno 2017			Anno 2016		
	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE
DISTR. RAVENNA	122,7	27	149,7	118,1	33,2	151,4
DISTR. LUGO	120,6	22,8	143,4	113,3	27,4	140,7
DISTR. FAENZA	116,1	23,6	139,7	113,8	28,2	142,1
DISTR. FORLÌ	114,9	23,8	138,7	110,7	28,4	139,1
DISTR. CESENA-VALLE SAVIO	113	20,7	133,8	109,1	26,5	135,5
DISTR. RUBICONE	114,9	21,6	136,5	109,7	27,3	137
DISTR. RIMINI	114,5	23,3	137,8	111,4	30,3	141,7
DISTR. RICCIONE	111,6	20,6	132,2	111,2	26	137,2
AUSL ROMAGNA	116,1	23,3	139,4	112,3	28,9	141,2
<b>REGIONE</b>	<b>116,5</b>	<b>25,7</b>	<b>142,3</b>	<b>113</b>	<b>31,8</b>	<b>144,8</b>

Fonte: Banca dati SDO-RER, Regione Emilia-Romagna (Reportistica Predefinita; esclusi Neonati Sani)

### **Monitoraggio tempi di attesa per visite e prestazioni specialistiche.**

Riguardo al governo delle liste di attesa, il sistema sanitario regionale effettua costanti verifiche sul rispetto dei tempi di attesa i cui standard sono definiti a livello regionale per le prestazioni di primo accesso (oggetto di monitoraggio regionale) stabilendo che in almeno il 90% dei casi il sistema di offerta debba consentire al cittadino di prenotare entro 30 giorni le visite ed entro 60 giorni le prestazioni di diagnostica strumentale.

Il principale indicatore utilizzato per la verifica del rispetto degli standard è l'indice di performance prospettico<sup>[3]</sup> il cui andamento nel tempo viene rappresentato nella tabella che segue per ogni ambito territoriale della Ausl della Romagna, in modo cumulativo per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio.

#### **Indice di Performance prospettico mensile per prestazioni specialistiche ambulatoriali suddivise per Ambito territoriale. Confronto 2017/ 2018 Periodo gennaio-febbraio-marzo**

(Fonte Elaborazione da Applicativo regionale SpagoBi)

	gen-18	feb-18	mar-18	gen-17	feb-17	mar-17
Ambito di Ravenna	100%	99%	98%	100%	99%	93%
Ambito di Forlì	96%	93%	93%	97%	93%	85%
Ambito di Cesena	97%	98%	95%	99%	98%	97%
Ambito di Rimini	95%	95%	94%	99%	91%	86%
<b>Azienda della Romagna</b>	<b>97%</b>	<b>96%</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>	<b>95%</b>	<b>91%</b>

La regione Emilia-Romagna ha messo a disposizione un sistema di monitoraggio "pubblico" sulla pagina internet appositamente dedicata: [www.tdaer.it](http://www.tdaer.it), che consente ulteriori approfondimenti attraverso specifiche tabelle la cui lettura è facilitata dalla presenza di una scala di colori che vuole rappresentare il livello di criticità del valore osservato.

Precisamente il colore verde indica che le prenotazioni avvenute entro lo standard sono uguali o maggiori al 90% del totale delle prenotazioni (assenza di criticità), il colore giallo indica che le prenotazioni entro lo standard sono comprese tra 60-89% (bassa criticità) ed infine il colore rosso indica che le prenotazioni entro lo standard sono minori del 60% sul totale delle prenotazioni del periodo monitorato (alta criticità).

L'azienda, sin dall'avvio delle politiche regionali di miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche si è impegnata in un processo di adeguamento dei livelli di offerta attraverso:

- il consolidamento e lo sviluppo della attività pubblica resa in regime di simil Alpi (orario aggiuntivo dedicato alle prestazioni specialistiche), in alcuni casi attivando anche turni nei fine settimana in specie rivolti alla tecnologia pesante (Risonanza magnetica, Tac)
- il potenziamento della committenza rivolta ai produttori privati accreditati in specie attivando e/o potenziando "percorsi di garanzia" che consentono di offrire al cittadino una alternativa certa di prenotabilità entro i 30-60 giorni
- L'acquisizione di specialisti ad hoc, quando possibile, in specie laddove il concorso del privato accreditato risulti non praticabile.

## ***IND0614 - Costo pro capite totale***

### ***Rilevazione SIVER***

L'ultimo dato disponibile fa riferimento al 2016 e non presenta un'analisi distrettuale.

I costi pro-capite rappresentano un indicatore sintetico di misurazione delle risorse effettivamente impiegate dalle Aziende USL per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione residente e vengono calcolati rapportando il costo per livello (e sub-livello) di assistenza alla popolazione pesata di riferimento determinata con i medesimi criteri definiti per il finanziamento del livello stesso.

Per evitare la sottostima dei costi complessivi del Sistema Regionale, in analogia a quanto effettuato negli anni precedenti, alla determinazione dei costi pro-capite aziendali concorre anche il margine di contribuzione negativo delle AOSP/AOSPU/IRCCS, determinato come differenziale fra i costi sostenuti ed i ricavi da mobilità infra ed extraregionale.

Il grafico soprastante evidenzia proprio i costi complessivi per i livelli di assistenza che per i residenti in Ausl Romagna nel 2016 si sono attestati a €. 1.784 (€. 1.760 costi Ausl + €. 24 costi integr.), che nel totale risultano inferiori al valore regionale di €. 1.842 (€. 1.750 costi Ausl + €. 92 costi integr.)

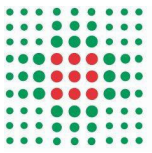
L'analisi dei soli costi Ausl evidenzia per il 2016, a fronte di una popolazione romagnola sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, che i costi per livelli di assistenza per i residenti si sono lievemente ridotti (-0,23%). In termini pro-capite il costo medio per cittadino residente nei due anni a confronto in Romagna è passato da €. 1.764 del 2015 a €. 1.760 del 2016, presentando un differenziale di - €. 4,29 euro pro-capite. Nei dati sottostanti è rinvenibile il dettaglio per Ausl.

[1] Il tasso di ospedalizzazione standardizzato (TOS), con il metodo diretto, è una media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per genere e per età in cui i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (standard). La popolazione tipo utilizzata è quella italiana al 01/01/2012. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per genere e per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti.

[2] Per il 2017 è stata considerata la mobilità passiva dell'anno precedente, non essendo ancora disponibili i dati definitivi.

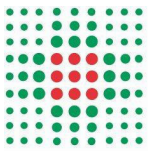
[3] Per Indice di Performance Prospettico riguardo ai tempi di attesa si intende la capacità di soddisfare la domanda entro il tempo di attesa standard regionale ed il calcolo è dato dal rapporto percentuale tra il numero di pazienti prenotati nel periodo di rilevazione con tempo di attesa inferiore agli standard regionali (30 gg. per le visite, 60 gg. per la diagnostica, 7 gg. per le prestazioni urgenti) sul totale dei pazienti prenotati nel medesimo periodo.

## **ALLEGATI**



## Sistema di sorveglianza Passi





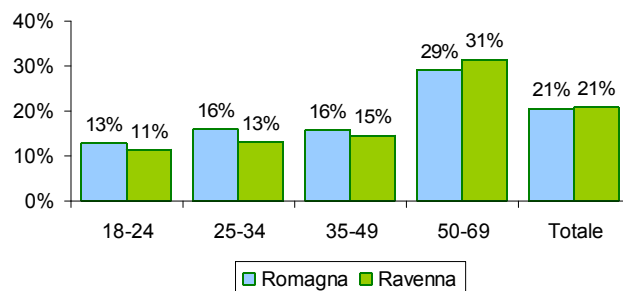
## Le patologie croniche

### La presenza di patologie croniche interessa un quinto della popolazione nella fascia d'età 18-69 anni (dati dal sistema PASSI)

- Nell'Ausl Romagna nel periodo 2013-2016 il 21% delle persone 18-69enni intervistate dal Sistema di Sorveglianza PASSI ha riferito una diagnosi di malattia cronica; questa stima corrisponde a oltre 156mila persone coinvolte nella cronicità.
- Le patologie croniche indagate da PASSI comprendono le malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), le malattie cardiovascolari (infarto pregresso del miocardio, ischemia cardiaca, malattie delle coronarie, altre malattie del cuore, ictus e ischemia cerebrale), il diabete, i tumori, le malattie epatiche e l'insufficienza renale.

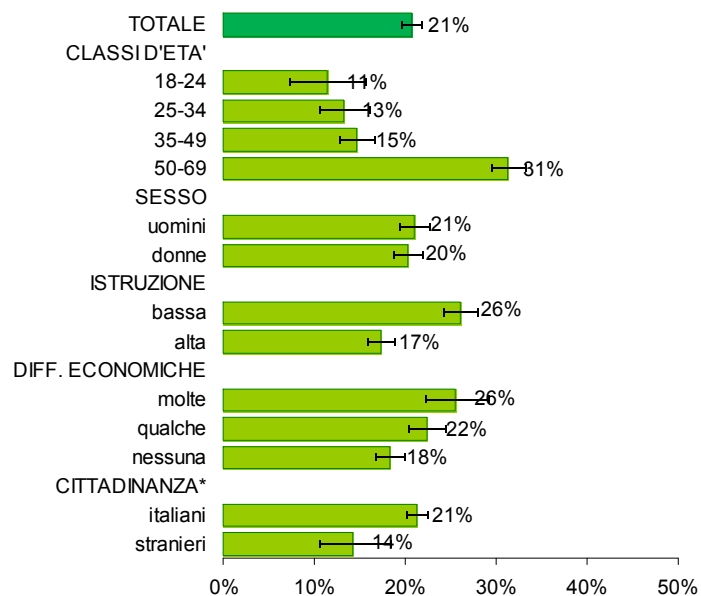
- Dal confronto tra Romagna e provincia di Ravenna, non emergono differenze significative, con una maggior presenza di patologie croniche nella fascia d'età 50-69 anni in entrambi i territori: sia a livello di Romagna (29%) che a livello regionale (31%).

**Presenza di patologia cronica per classi d'età (%)**  
PASSI 2013-16

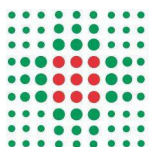


- La prevalenza di persone con almeno una patologia cronica è significativamente maggiore nella popolazione con:
  - età più avanzata
  - livello d'istruzione basso
  - difficoltà economiche.

**Presenza di patologia cronica per caratteristiche socio-demografiche (%)**  
Romagna, PASSI 2013-16



\* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo



## Presenza di patologie croniche e stili di vita

### Tasso Standardizzato per Condizioni croniche

Tasso di prevalenza standardizzato (TPS) per età e sesso \* 1.000 assistiti. Anno 2016

Ipertensione Arteriosa	76,8
Diabete mellito	64,1
Malattie psichiatriche	57,2
Condizioni reumatologiche	43,2
Cardiopatía ischemica	39,3
BPCO	28,8
Asma	12,7
Scompenso cardiaco	12,8
Insufficienza renale cron.	4

Fonte: Banche dati Cure Primarie, Dimissione Ospedaliera, farmaceutica ed Esenzioni – Regione Emilia Romagna – La popolazione utilizzata per la standardizzazione è quella degli assistiti in carico ai MMG al 01/01/2011

- Gli stili di vita non salutari, oltre a essere importanti fattori di rischio delle più frequenti patologie croniche, possono influenzare in maniera significativa anche le condizioni di salute successive alla diagnosi di malattia.
- Una quota non trascurabile di persone continua, nonostante la diagnosi di malattia cronica, a presentare fattori di rischio legati ad almeno uno stile di vita non salutare.

<b>Prevalenze e popolazione stimata affetta da almeno una patologia cronica Ausl Romagna PASSI 2008-13</b>	
	<b>Almeno una patologia</b>
Prevalenza	18,7%
Popolazione stimata	141.400
<b>di cui fumatori</b>	
Prevalenza	28,7%
Popolazione stimata	40.625
<b>di cui sedentari</b>	
Prevalenza	25,9%
Popolazione stimata	36.580
<b>di cui in sovrappeso</b>	
Prevalenza	37,4%
Popolazione stimata	52.910
<b>di cui obesi</b>	
Prevalenza	18,1%
Popolazione stimata	25.620
<b>di cui consumatori di alcol a rischio</b>	
Prevalenza	15,2%
Popolazione stimata	21.505



## L'attività fisica in Romagna: dati del sistema di sorveglianza PASSI (Anni 2012-2015)

### Livello di attività fisica praticato

#### Bambini (8-9 anni)

Secondo i dati OKkio alla Salute 2014<sup>1</sup>, in Emilia-Romagna il 10% dei bambini di 8-9 anni è definibile come "non attivo" in quanto il giorno precedente la rilevazione non ha svolto attività motoria a scuola, attività sportiva strutturata e non ha giocato all'aperto nel pomeriggio. Nella provincia di Ravenna tale percentuale sale al 17% mentre in quelle di Forlì-Cesena e Rimini il dato è sovrapponibile a quello regionale (10%). I bambini, che giocano all'aperto o praticano sport strutturato per almeno un'ora al giorno per 5 - 7 giorni alla settimana (in accordo con le linee guida internazionali), si stima siano il 18% in Regione, il 19% in provincia di Forlì-Cesena, il 20% nelle province di Rimini e di Ravenna. I maschi fanno attività fisica per un numero significativamente maggiore di giorni rispetto alle femmine.

#### Ragazzi (11-15 anni)

Sulla base dell'indagine HBSC 2014<sup>2</sup> si stima che in Emilia-Romagna circa l'11% dei ragazzi 11-15enni svolga attività fisica ogni giorno per almeno 60 minuti, come raccomandato dalle linee guida internazionali; poco più della metà (53%) dei ragazzi pratica almeno 60 minuti di attività fisica per 2-4 giorni alla settimana. In particolare oltre un terzo (37%) dei ragazzi ha riferito di svolgere attività fisica intensa due o tre volte alla settimana; questi dati indicano che l'attività fisica viene condotta prevalentemente durante le ore scolastiche o le attività sportive organizzate.

#### Adulti (18-69 anni)

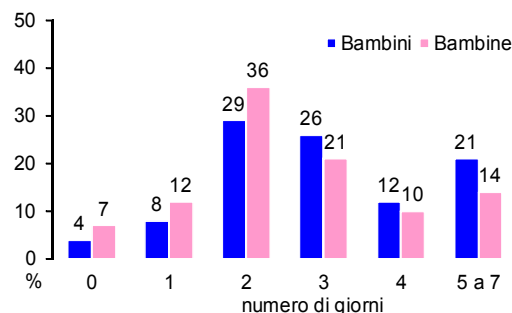
Dalla sorveglianza PASSI emerge che in Romagna il 40% degli adulti 18-69enni ha uno stile di vita attivo in quanto pratica attività fisica nel tempo libero ai livelli raccomandati<sup>3</sup> (32%) oppure svolge un'attività lavorativa pesante dal punto di vista fisico (15%); questa stima corrisponde a circa 296mila persone di 18-69 anni. La percentuale di attivi significativamente è più elevata rispetto a quella registrata a livello regionale (37%) e nazionale (33%).

Una quota rilevante di adulti (41%) pratica attività fisica a livelli inferiori a quelli raccomandati e si può considerare parzialmente attiva (corrispondenti a una stima di circa 309mila persone). Circa un quinto è completamente sedentario (19%), pari a circa 143mila persone nella fascia d'età 18-69 anni, valore significativamente inferiore a quello regionale (22%) e a quello nazionale (32%).

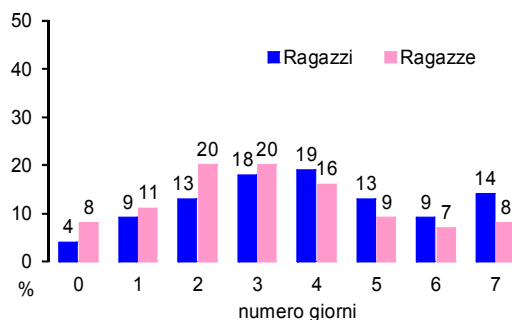
#### Persone ultra 64enni

Secondo i dati PASSI d'Argento 2012-13 (ultimi dati disponibili) in Emilia-Romagna il 65% della popolazione ultra 64enne risulta essere attiva.

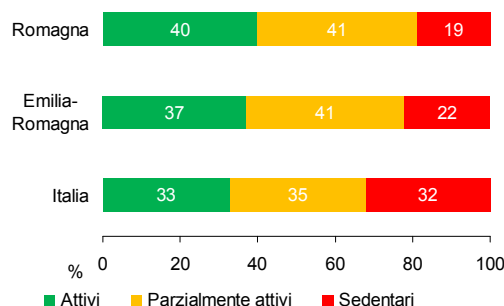
Giorni della settimana con almeno un'ora di attività fisica (%)  
Emilia-Romagna OKkio 2014



Giorni della settimana con almeno un'ora di attività fisica (%)  
Emilia-Romagna HBSC 2014



Livello di attività fisica praticato (%)  
PASSI 2012-15



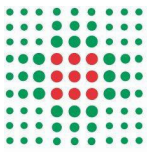
<sup>1</sup> OKkio è un'indagine volta a monitorare lo stato ponderale, le abitudini alimentari e l'attività fisica dei bambini di III elementare

<sup>2</sup> HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è un'indagine multicentrica internazionale che indaga i comportamenti di salute degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni

<sup>3</sup> Attività fisica nel tempo libero raccomandata per adulti: almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

<sup>4</sup> PASSI d'Argento è un'indagine su stili di vita e fattori di rischio nella popolazione ultra 64enne

<sup>5</sup> Per maggiori informazioni sul PASE: [www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita.asp)



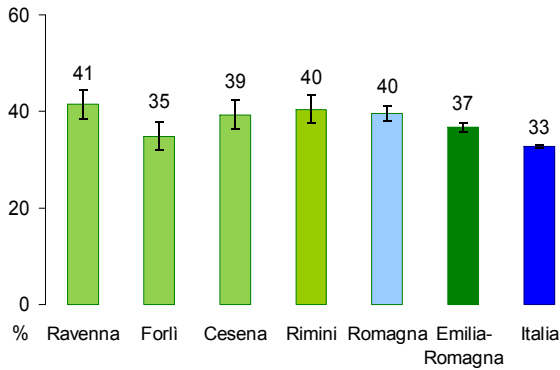
## Attivi fisicamente (18-69 anni)

Secondo i dati PASSI, considerando sia l'attività fisica del tempo libero sia quella effettuata al lavoro, la percentuale di 18-69enni attivi in Romagna è pari al 40%, più alta tra le persone con cittadinanza straniera.

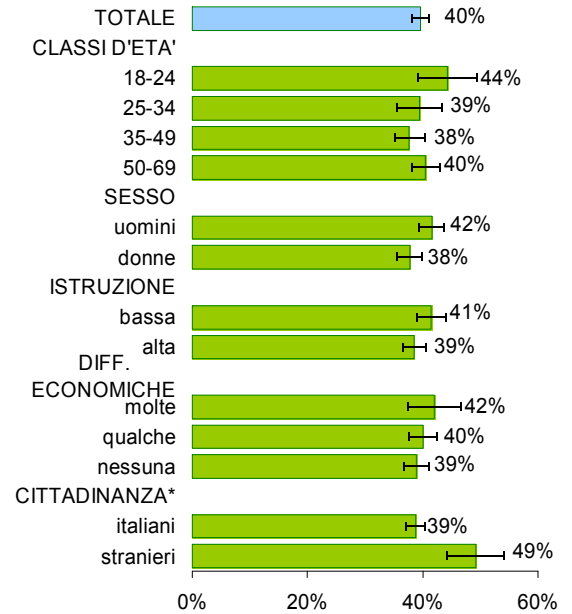
Analizzando tutte assieme le variabili considerate in un modello di regressione logistica per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, l'attività fisica si conferma maggiore tra gli stranieri e negli uomini rispetto alle donne.

Come già detto, la quota di attivi risulta significativamente più elevata in Romagna rispetto a Emilia-Romagna (37%) e Italia (33%). Una differenza significativa si registra anche all'interno della Romagna dove si va dal 35% dell'ambito territoriale di Forlì al 41% della provincia di Ravenna.

Attivi fisicamente (%)  
PASSI 2012-15



Attivi fisicamente (%)  
Romagna PASSI 2012-15

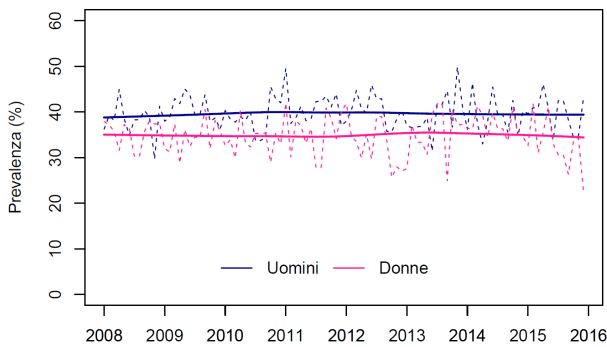


\* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA);  
Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

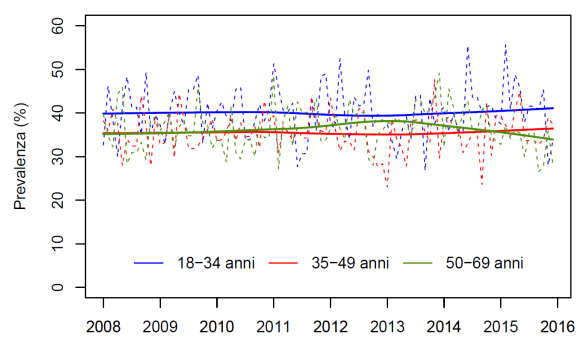
L'analisi delle serie storiche mostra come in **Emilia-Romagna** la percentuale di persone attive sia in lieve riduzione nel periodo 2008-15, andamento non significativo sul piano statistico.

Scomponendo la serie per genere e classe d'età, appare un leggero aumento negli uomini e un lieve decremento nelle donne (andamenti non statisticamente significativi); la prevalenza di attivi appare stabile tra i 18-34enni e i 35-49enni mentre in aumento tra i 50-69enni fino a metà 2013 per ridursi successivamente. Analizzando la percentuale di attivi per i fattori socio-economici si evidenzia un lieve calo tra le persone con bassa istruzione e tra quelle con difficoltà economiche, entrambi gli andamenti non risultano significativi sul piano statistico.

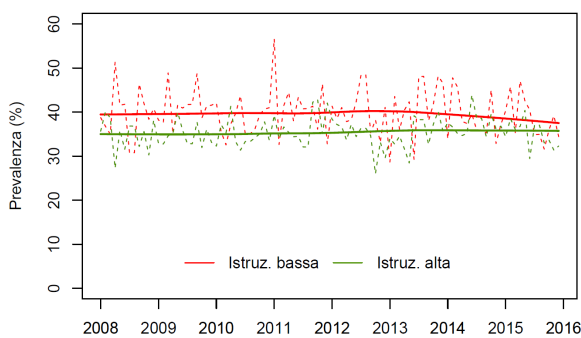
Attivi fisicamente per genere (%)  
Emilia-Romagna PASSI 2008-15



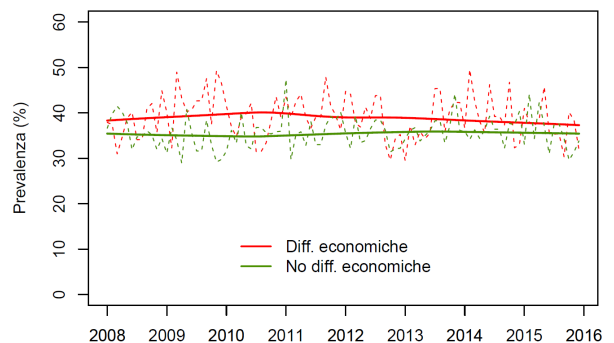
Attivi fisicamente per classe d'età (%)  
Emilia-Romagna PASSI 2008-15

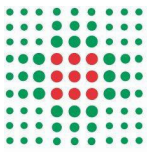


Attivi fisicamente per livello d'istruzione (%)  
Emilia-Romagna PASSI 2008-15



Attivi fisicamente per difficoltà economiche (%)  
Emilia-Romagna PASSI 2008-15





## L'attività fisica nel tempo libero

In Romagna il 32% degli intervistati 18-69enni ha riferito di svolgere nel tempo libero, in una settimana tipo, attività fisica intensa o moderata ai livelli raccomandati; questa percentuale risulta simile a quella registrata a livello regionale (30%) e nazionale (27%).

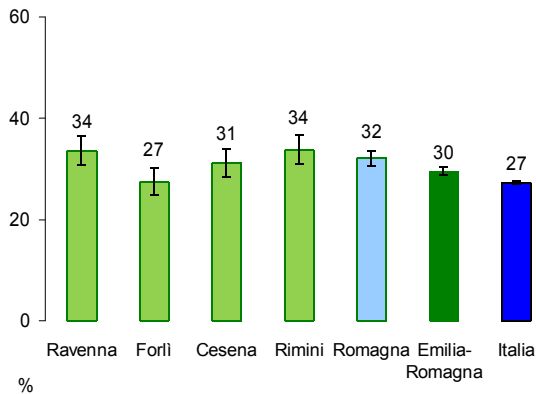
In particolare l'11% ha dichiarato di fare un'attività intensa per almeno 3 giorni alla settimana per un minimo di 20 minuti, come ad esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici, mentre il 19% ha riferito di praticare sforzi fisici moderati per almeno 5 giorni per un minimo di 30 minuti, come camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta o fare ginnastica dolce; il 2% invece fa attività sia intensa sia moderata secondo queste raccomandazioni. Il dato è in linea con quello regionale (10%, 18%, 2%); a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 9%, 16% e 2%.

In Romagna la prevalenza di persone che svolgono, nel tempo libero, attività fisica moderata o intensa secondo le linee guida risulta maggiore tra i più giovani.

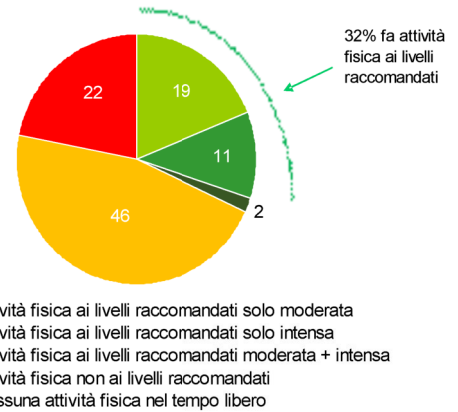
Analizzando tutte assieme le variabili considerate in un modello di regressione logistica per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, risulta un'associazione positiva dell'attività fisica svolta nel tempo libero con la classe d'età più giovane e con l'essere donna.

In Romagna la percentuale di persone che praticano attività fisica nel tempo libero varia tra il 27% nell'ambito territoriale di Forlì e il 34% nella provincia di Rimini e in quella di Ravenna, tali differenze risultano significative dal punto di vista statistico.

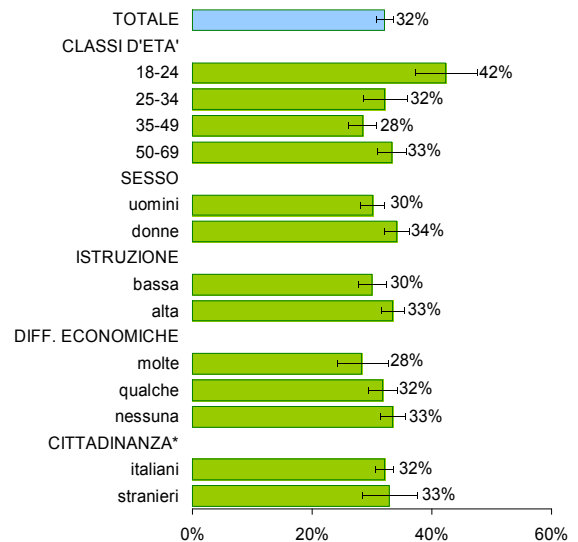
Attività fisica praticata nel tempo libero (%)  
PASSI 2012-15



Attività fisica praticata nel tempo libero (%)  
Romagna, PASSI 2012-15



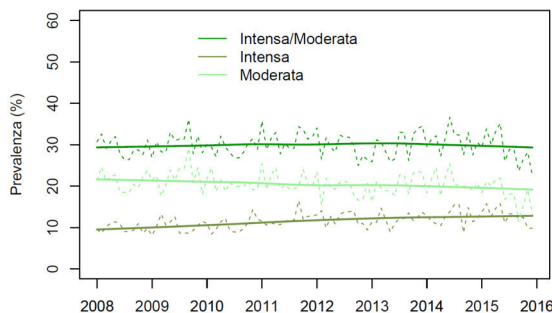
Attività fisica nel tempo libero ai livelli raccomandati (%)  
Romagna PASSI 2012-15



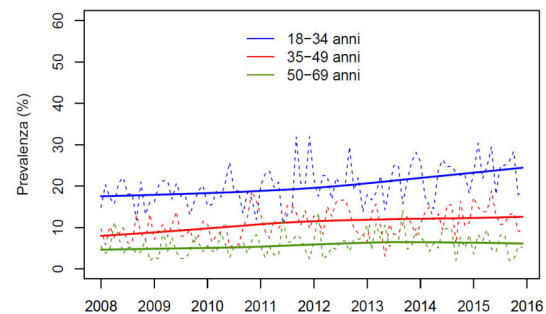
\* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA);  
Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

Dall'analisi delle serie storiche regionali non emergono andamenti significativi per il periodo 2008-2015 nella percentuale di persone che svolgono attività fisica nel tempo libero ai livelli raccomandati. Più in particolare, nel periodo considerato risulta un incremento nella prevalenza di 18-69enni che praticano attività fisica intensa ai livelli raccomandati fuori dal lavoro, andamento significativo anche sul piano statistico; invece la prevalenza di chi svolge attività moderata appare in diminuzione, in modo, però, non significativo sul piano statistico. L'aumento dell'attività fisica intensa risulta significativo sul piano statistico anche in tutte le classi d'età, anche se più evidente tra i 18-34enni, e in ambo i generi.

Attività fisica nel tempo libero secondo linee guida (%)  
Emilia-Romagna PASSI 2008-15



Attività fisica intensa nel tempo libero secondo linee guida (%)  
Emilia-Romagna PASSI 2008-15





## La mobilità attiva in Romagna: dati del sistema di sorveglianza PASSI (Anni 2014-2015)

**La mobilità attiva (a piedi e/o in bicicletta) per gli spostamenti abituali non è solo un modo di muoversi nel rispetto dell'ambiente, ma anche un'ottima soluzione per raggiungere i livelli raccomandati di attività fisica e quindi per migliorare il proprio stato di salute.**

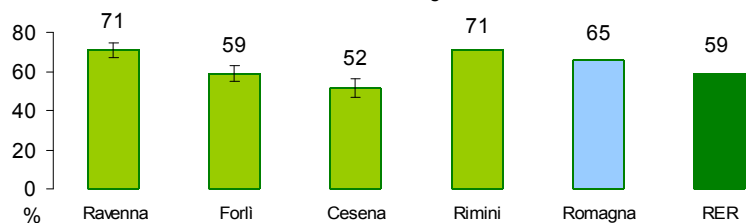
Nel biennio 2014-2015 la sorveglianza PASSI ha indagato la percentuale di persone adulte (18-69 anni) che hanno fatto nell'ultimo mese **mobilità attiva**, cioè che si sono spostati in bicicletta o a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali, ad esclusione dell'attività sportiva o ricreativa. In Romagna oltre il 65% delle persone 18-69enni intervistate ha riferito di aver fatto nell'ultimo mese mobilità attiva, percentuale superiore a quella regionale (59%). In particolare appare più alta nelle province di Rimini e Ravenna (71%) rispetto ai territori di Forlì (59%) e Cesena (52%).

Il 30% degli intervistati ha fatto mobilità attiva, nelle quantità raccomandate dall'OMS per avere benefici di salute (*più di 150 minuti/settimana fra cammino e bici per gli spostamenti abituali*); il 34% ha dichiarato livelli inferiori.

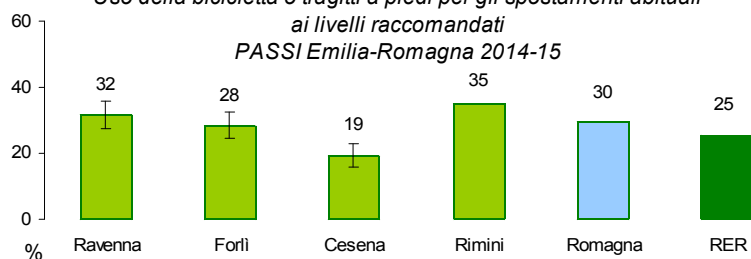
La percentuale di persone che hanno fatto mobilità attiva risulta più elevata tra i 18-24enni, le persone con difficoltà economiche riferite e gli stranieri.

Il modello di regressione logistica, che corregge l'influenza dei diversi fattori, conferma l'associazione tra la mobilità attiva ai livelli raccomandati e la classe d'età più giovane e la cittadinanza straniera.

Uso della bicicletta o tragitti a piedi per gli spostamenti abituali  
PASSI Emilia-Romagna 2014-15



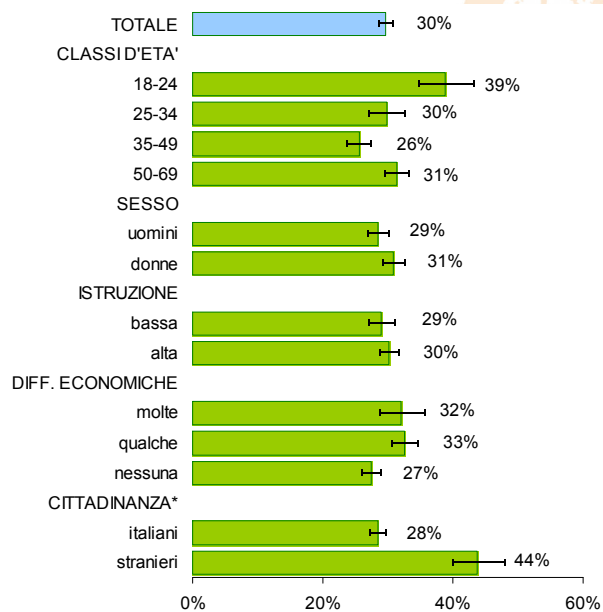
Uso della bicicletta o tragitti a piedi per gli spostamenti abituali  
ai livelli raccomandati  
PASSI Emilia-Romagna 2014-15



Uso della bicicletta o tragitti a piedi  
per gli spostamenti abituali ai livelli raccomandati (%) in Romagna  
PASSI Emilia-Romagna 2014-15



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



## Uso della bicicletta per gli spostamenti abituali

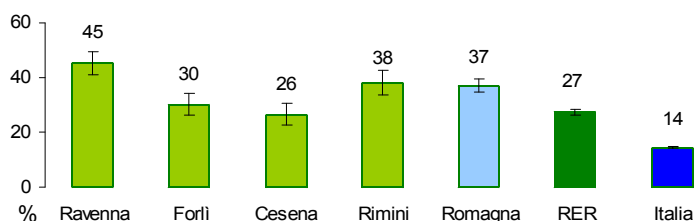
In Romagna il 37% delle persone con 18-69 anni, nell'arco di un mese, ha utilizzato la bicicletta per gli spostamenti abituali, pari a una stima di quasi 280 mila persone.

Questa percentuale risulta significativamente superiore sia a quella regionale (27%) che a quella nazionale (14%).

In particolare risulta maggiore nelle province di Ravenna (45%) e Rimini (38%) rispetto ai territori di Forlì (30%) e Cesena (26%).

Chi si muove in bicicletta lo fa mediamente per circa 32 minuti al giorno per 4 giorni a settimana.

Uso della bicicletta per gli spostamenti abituali  
PASSI Emilia-Romagna 2014-15



## Tragitti a piedi per gli spostamenti abituali

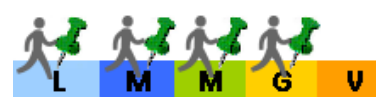
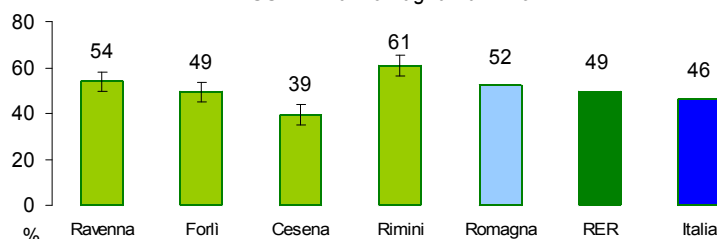
In Romagna oltre il 52% delle persone con 18-69 anni ha dichiarato di aver fatto nell'ultimo mese tragitti a piedi per gli spostamenti abituali, pari a una stima di oltre 390 mila persone.

Questa percentuale risulta statisticamente superiore sia a quella regionale (49%), che a quella nazionale (46%).

In particolare appare più alta nelle province di Rimini (61%) e Ravenna (54%) rispetto ai territori di Forlì (49%) e Cesena (39%).

Chi si muove a piedi per gli spostamenti abituali lo fa mediamente per circa 35 minuti al giorno per 4 giorni la settimana.

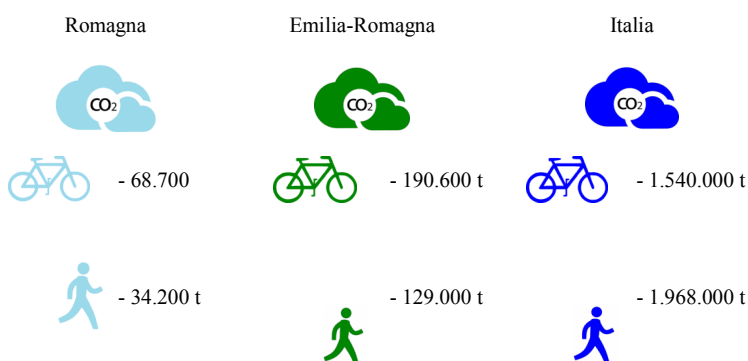
Tragitti a piedi per gli spostamenti abituali  
PASSI Emilia-Romagna 2014-15



## Risparmio di CO2

In Romagna l'uso della bicicletta, anziché dell'automobile, ha evitato l'emissione<sup>1</sup> di quasi 69 mila tonnellate di CO2 in un anno e l'essere andati a piedi ne ha risparmiate oltre 34 mila tonnellate. Questi valori sono rispettivamente di circa 190 e 129 mila nella regione Emilia Romagna e di oltre 1.500.000 e quasi 2 milioni a livello nazionale.

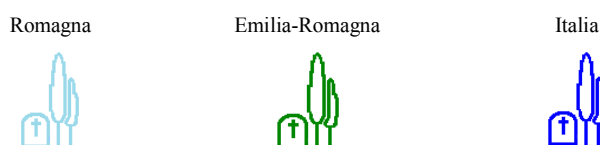
Stima delle tonnellate di CO2 risparmiate



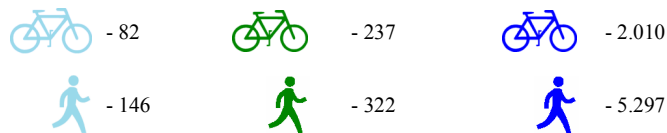
## Decessi evitati

In Romagna si stima un risparmio di mortalità del 13% tra chi va in bicicletta (- 82 decessi all'anno) e del 16% tra chi va a

Stima dei decessi evitati



piedi, ossia di 146 decessi<sup>2</sup>. I decessi evitati sono rispettivamente oltre 200 e oltre 300 nella regione Emilia Romagna e di oltre 2 mila e oltre 5 mila a livello nazionale.



<sup>1</sup> L'impatto sull'emissione di CO2 della mobilità attiva studiata è stato calcolato stimando il numero di km annui percorsi dall'insieme di "ciclisti" e dei "pedoni" del territorio regionale, assumendo una velocità media di 15 km/h per gli spostamenti in bicicletta e una di 4,8 km/h per quelli a piedi e ipotizzando che la mobilità attiva sia alternativa a un'automobile utilitaria che produce mediamente 150 gr di CO2 a km.

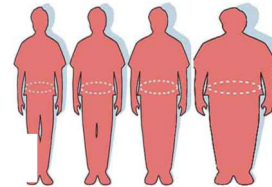
<sup>2</sup> La riduzione di mortalità viene stimata dal programma HEAT (Health Economic Assessment) dell'OMS: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>

**Che cos'è il sistema di sorveglianza PASSI?**

È un sistema di monitoraggio della salute della popolazione adulta (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Stima la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali e la diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome partecipano al progetto. Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto casualmente dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Ogni mese personale delle AUSL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario standardizzato. I dati vengono registrati in forma anonima in un unico archivio nazionale. Per maggiori informazioni, visita il sito <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-er>

**A cura del Gruppo Tecnico Ausl della-Romagna:** Giuliano Silvi, Valeria Frassinetti, Oscar Mingozzi, Patrizia Vitali, Michela Morri

**Intervistatrici:** **Ravenna** Donatella Brambilla, Sonia Coveri, Annalina Licastro, Manuela Melandri, Emanuela Montanari, Lucia Paulazzo, Elena Rambelli, **Cesena** Sabrina Guidi Francesca Castoldi, Chiara Ceccarelli, Marinella Franceschini, Mara Romagnoli, Marilena Gorini **Forlì** Emilia Biguzzi, Daniela Biondi, Ambra Burnacci, Simona Fabbri, Vilma Fabbri, Roberta Farneti, Giuditta Farolfi, Maria Lamberti, Paola Orlati, Paola Grimellini, Giuseppina Impagnatiello, Milva Zoli, **Rimini** Raffaella Accorsi, Marina Casadei, Daniela Giovanardi, Giovanna Gismondi, Mirca Guerra, Rossella Lattarulo, Elita Mastrovito, Patricia Napoli, Domenico Rizzi, Maria Luisa Romagnoli, Filomena Verde, Francesca Zampieri



## Sovrappeso e obesità in Romagna: i dati delle sorveglianze (2011-14)

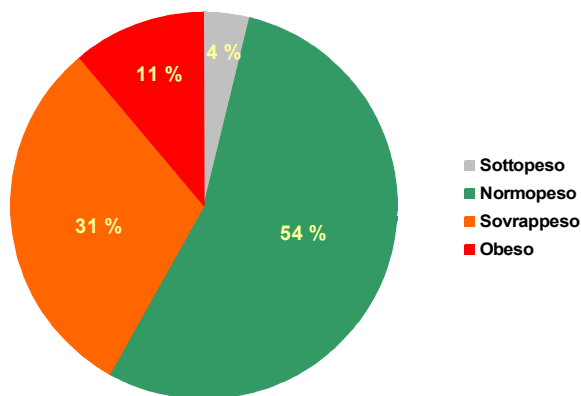
### Adulti (18-69 anni)

Sulla base dei dati PASSI relativi al periodo 2011-14, si stima che nell'Ausl della Romagna l'**eccesso ponderale** coinvolga una quota rilevante (42%) di adulti 18-69enni: in particolare il 31% è in sovrappeso e 11% è obeso<sup>1</sup>.

La stima rilevata corrisponde a circa 232mila persone adulte in sovrappeso e 82mila obese.

Nel complesso la prevalenza di eccesso ponderale è in linea sia con il dato nazionale sia con quello regionale.

Stato nutrizionale (%)  
Ausl della Romagna PASSI 2011-14



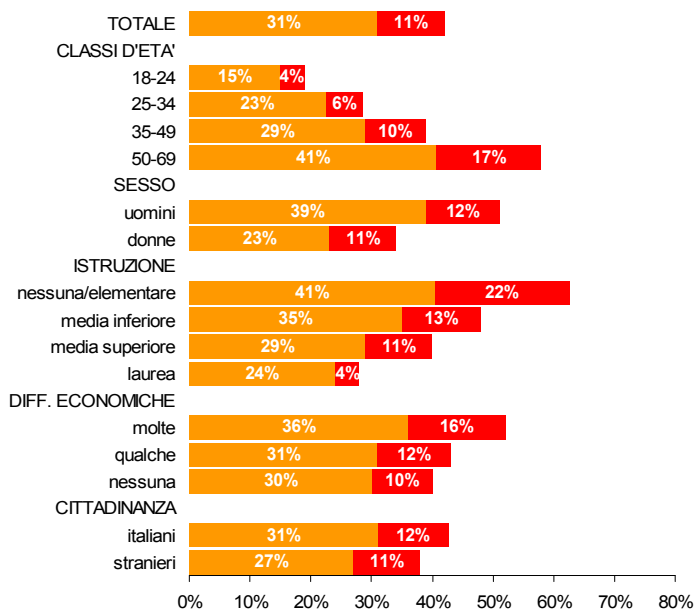
<sup>1</sup> Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI, calcolato come peso in kg diviso altezza in metri elevata al quadrato) in 4 categorie: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9) e obeso (BMI ≥ 30)

### Persone in eccesso ponderale

L'eccesso ponderale è una condizione che aumenta con l'età e colpisce di più gli uomini e le persone socialmente svantaggiate con basso titolo di studio o con difficoltà economiche.

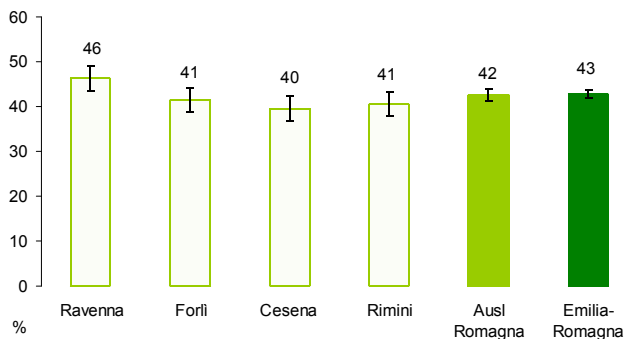
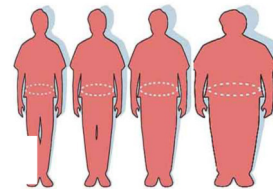
Nell'analisi statistica multivariata condotta si conferma l'associazione con le classi d'età più avanzate, genere maschile, basso livello d'istruzione e presenza di molte difficoltà economiche.

Eccesso ponderale (%)  
Ausl Romagna PASSI 2011-14



Stato nutrizionale per territori (%)  
PASSI 2011-14

La distribuzione dell'eccesso ponderale nel territorio



La distribuzione della prevalenza di persone in eccesso ponderale nei territori romagnoli presenta lievi differenze (range: 46% Ravenna - 40% Cesena).

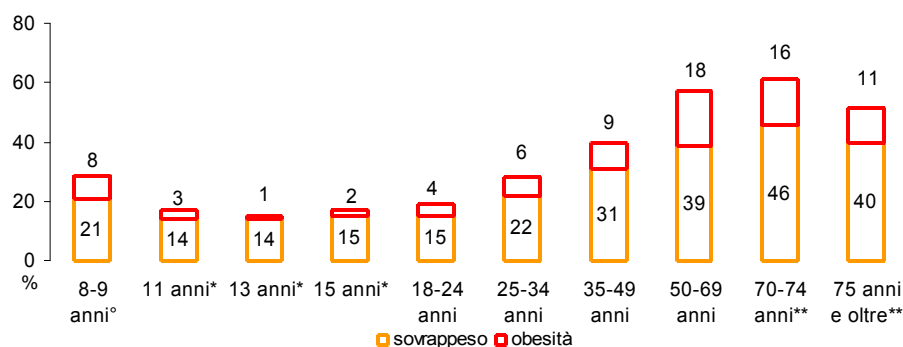
## Anziani (oltre 69 anni)

In Emilia-Romagna, l'eccesso ponderale cresce con l'età: oltre la metà (55%) delle persone ultra 69enni è in eccesso ponderale (42% in sovrappeso e 13% obesa) (dati PASSI d'Argento 2012-13)

## Bambini (8-9 anni) e ragazzi (11-15 anni)

Secondo l'indagine OKkio 2014 in Emilia-Romagna il 29% dei bambini è in eccesso ponderale (21% in sovrappeso e 8% obesi), le prevalenze diminuiscono nell'adolescenza: 17% negli 11enni, 15% nei 13enni e 17% nei 15enni (HBSC 2014).

*Persone in eccesso ponderale per classi d'età (%)*  
**Emilia-Romagna**  
 OKkio alla salute 2014° HBSC 2014\*, PASSI 2011-14, PASSI d'Argento 2012-13\*\*



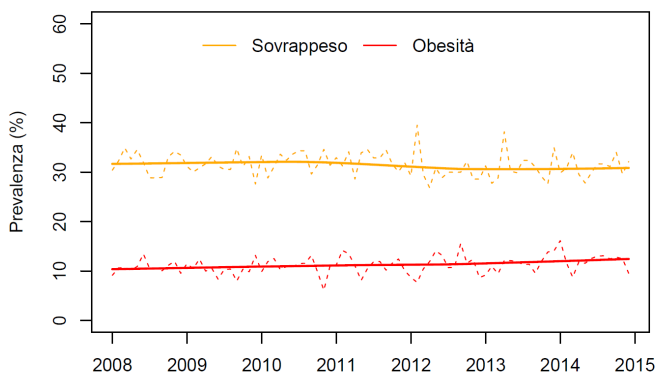
## Trend temporali in Emilia-Romagna

Nel periodo 2008-14, l'andamento della prevalenza di persone in sovrappeso è in lieve calo, mentre quello delle persone obese è in lieve aumento (andamenti non significativi sul piano statistico).

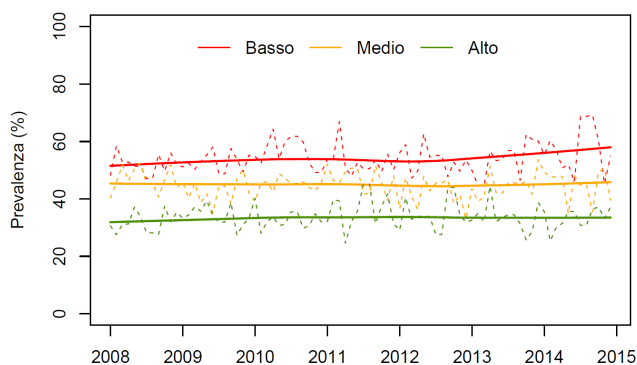
La percentuale di persone in eccesso ponderale risulta in lieve aumento tra i 18-34enni, costante tra i 35-49enni e in diminuzione tra i 50-69enni (andamenti non statisticamente significativi); è costante in uomini e donne.

L'eccesso ponderale mostra un incremento tra le persone con un basso livello socio-economico<sup>2</sup>, mentre è pressoché costante tra quelle con livello medio-alto.

*Persone in sovrappeso e obese (%)*  
 Emilia-Romagna PASSI 2008-14



*Persone in eccesso ponderale per livello socio-economico*  
 Emilia-Romagna PASSI 2008-14



<sup>2</sup> Livello socio-economico basso: persona con bassa istruzione e presenza di difficoltà economiche; livello medio: persona con bassa istruzione e assenza di difficoltà economiche oppure con alta istruzione e presenza di difficoltà economiche; livello alto: persona con alta istruzione e assenza di difficoltà economiche



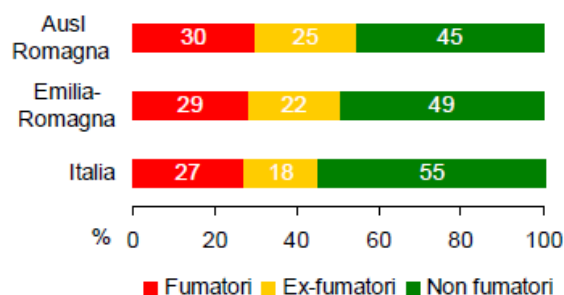
## L'abitudine al fumo di sigaretta nell'Ausl Romagna: dati del sistema di sorveglianza PASSI (anni 2011-14)

### L'abitudine al fumo di sigaretta

Nel territorio dell'Ausl della Romagna il 30% dei 18-69enni fuma sigarette, stima che corrisponde a circa 223mila persone; il 25% è un ex-fumatore e il 45% non ha mai fumato. La prevalenza aziendale dei fumatori è in linea con quella regionale (29%) e lievemente superiore a quella nazionale.

Circa un quarto (27%) dei fumatori è un forte fumatore (20 sigarette o più al giorno); solo il 3% è un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

*Abitudine al fumo di sigaretta (%)  
PASSI 2011-14*

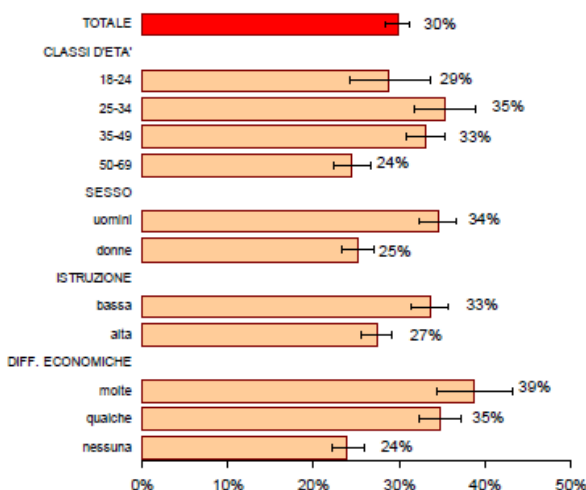


La prevalenza di fumatori è più alta nella classe 25-34 anni (35%) e negli uomini (34% rispetto al 25% nelle donne).

L'abitudine al fumo di sigaretta è più diffusa tra le persone con bassa scolarità (33%) e presenza di difficoltà economiche (fino al 39% in presenza di molte difficoltà).

L'analisi statistica di regressione logistica condotta conferma le correlazioni sopra riportate.

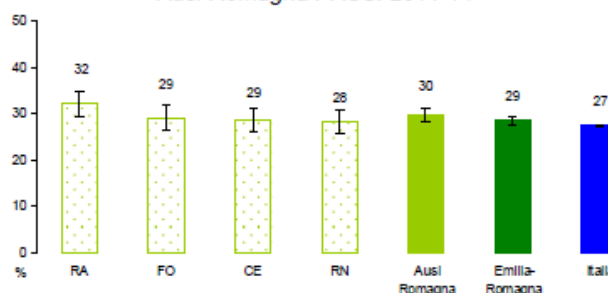
*Fumatori (%)  
Ausl Romagna PASSI 2011-14*



### La distribuzione dei fumatori nel territorio

La distribuzione territoriale dei fumatori presenta leggere differenze, non statisticamente significative, negli ambiti territoriali dell'Ausl della Romagna (range: 32% Ravenna - 28% Rimini).

*Fumatori per ambiti territoriali (%)  
Ausl Romagna PASSI 2011-14*



### Fumo e patologie croniche

Circa un quarto dei fumatori associa al fumo almeno un altro fattore di rischio cardiovascolare: in particolare fuma oltre un terzo (38%) delle persone con una patologia respiratoria, un quarto delle persone con una patologia cardiocircolatoria (26%), con ipertensione (26%) e con diabete (25%).

*Fumatori e patologie (%)  
Ausl Romagna PASSI 2011-14*

	Fumatori
Patologie respiratorie	38%
Patologie cardiologiche	26%
Iipertensione	26%
Diabete	25%

## Smettere di fumare

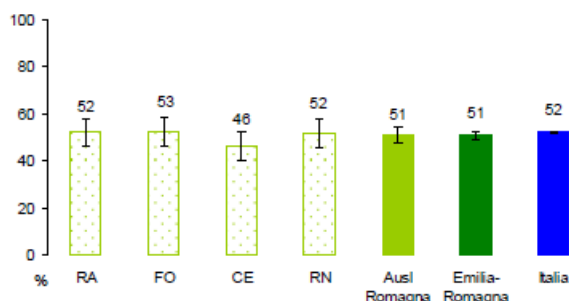
Nell'Ausl Romagna il 42% dei fumatori ha dichiarato di aver provato a smettere di fumare negli ultimi 12 mesi, pari a una stima di circa 93mila persone; tra questi la maggior parte (78%) ha ripreso a fumare, il 12% non fuma più da meno di sei mesi (cioè è un "fumatore in astensione") e il 10% è riuscito nel tentativo in quanto ha smesso da più di 6 mesi. I valori aziendali sono in linea con quelli regionali.

## I consigli da parte degli operatori sanitari

Circa la metà dei fumatori (51%) dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, in particolare la percentuale di persone che riferisce di aver ricevuto il consiglio aumenta con l'età in entrambi i generi ed è maggior nelle persone con basso titolo di studio (56%).

La distribuzione territoriale del consiglio di smettere di fumare fumatori presenta leggere differenze, non statisticamente significative, negli ambiti territoriali dell'Ausl della Romagna (range: 53% Forlì - 46% Cesena) sia rispetto al dato regionale che nazionale.

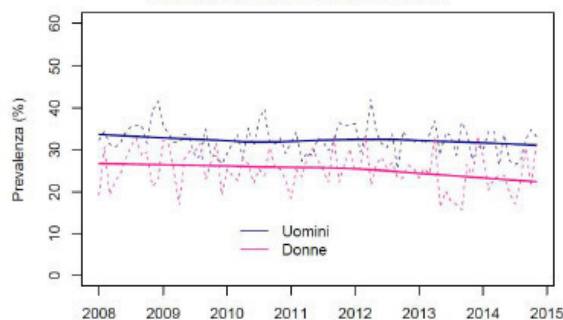
Consiglio di smettere di fumare da parte dei sanitari (%) PASSI 2011-14



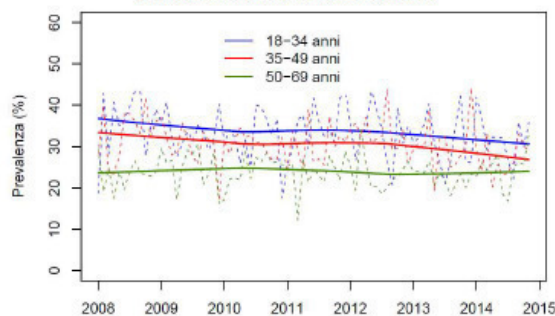
## L'evoluzione dell'abitudine tabagica

Nel periodo 2008-14 nella regione Emilia-Romagna la prevalenza di fumatori appare complessivamente in diminuzione (andamento statisticamente significativo); il calo è più evidente tra le donne (statisticamente significativo), nelle classi d'età 18-34 e 35-49 anni (non statisticamente significativo), tra le persone con alta istruzione e senza difficoltà economiche (statisticamente significativi).

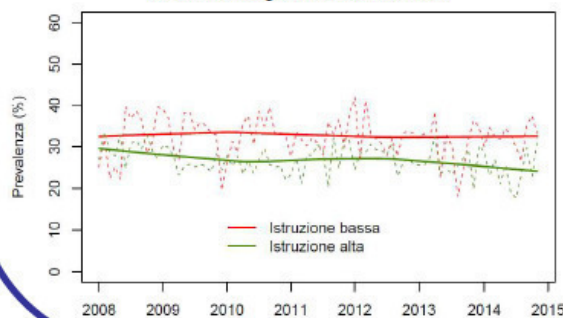
Fumatori per genere (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-14



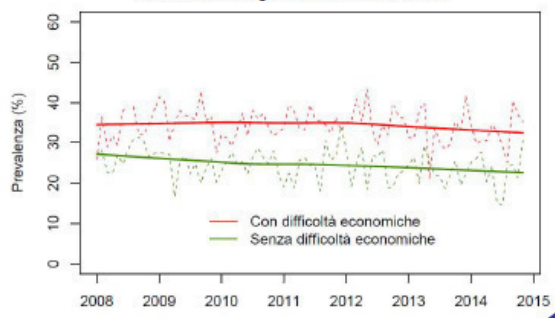
Fumatori per classi d'età (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-14



Fumatori per titolo di studio (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-14



Fumatori per condizioni economiche (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-14



Per maggiori informazioni consultare: [www.ausl.mo.it/dsp/passier](http://www.ausl.mo.it/dsp/passier)

A cura di: Laura Sardonini, Oscar Mingozzi, Michela Morri, Giuliano Silvi, Cristina Raineri, Patrizia Vitali, Nicoletta Bertozzi



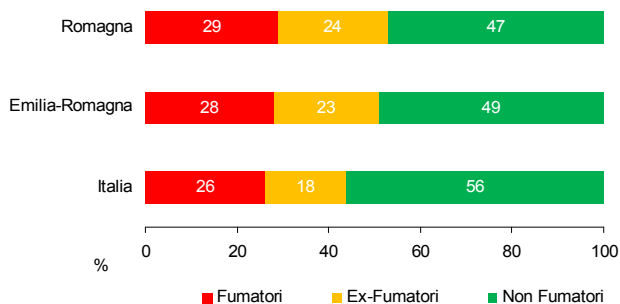


## L'abitudine al fumo di sigaretta in Romagna: dati del sistema di sorveglianza PASSI (anni 2013-2016)

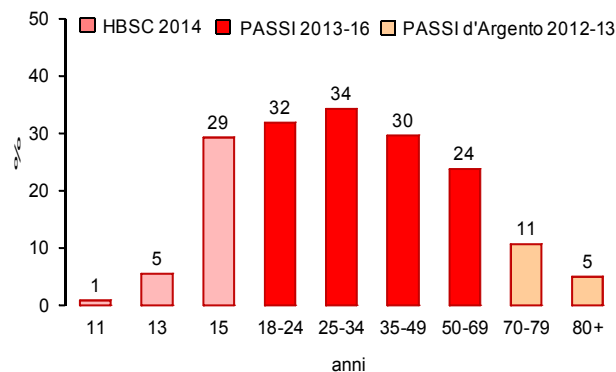
In Romagna fuma sigarette meno di un terzo (29%) degli adulti 18-69enni, pari a una stima di circa 202mila persone; il valore è in linea con quello regionale (28%) e nazionale (26%).

Da dati dell'intera Regione Emilia-Romagna, l'abitudine al fumo inizia precocemente: dall'indagine sugli adolescenti HBSC 2014 emerge che fuma sigarette l'1% degli 11enni, il 5% dei 13enni e il 29% dei 15enni, percentuali che salgono al 32% tra i 18-24enni e al 34% tra i 25-34enni. Dopo i 50 anni la prevalenza di fumatori diminuisce progressivamente: 24% tra i 50-69enni, 11% tra i 70-79enni e 5% dopo gli 80 anni.

*Abitudine al fumo di sigaretta (%)  
PASSI 2013-2016*



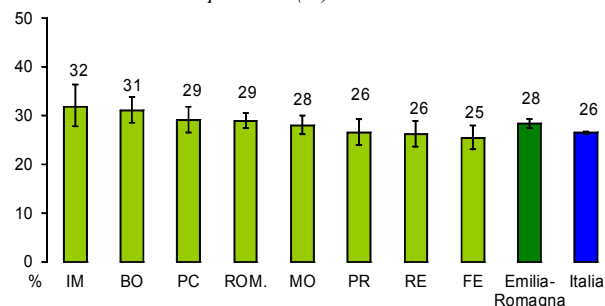
*Fumatori per età (%)*



### La distribuzione dei fumatori

Tra le Ausl emiliano-romagnole la prevalenza di fumatori varia dal 32% di Imola al 25% di Ferrara; non sono presenti differenze significative tra le macroaree regionali (29% in Romagna e in Emilia Centro e 27% in Emilia Nord) e tra le zone geografiche omogenee (31% nei comuni di montagna e 28% nei comuni capoluogo e in quelli di collina/pianura).

*Fumatori per Ausl (%) PASSI 2013-2016*



### Le caratteristiche dei fumatori

La prevalenza di fumatori di sigaretta è più alta tra:

- i 25-34enni (34%);
- gli uomini (33%);
- le persone con bassa scolarità (32%);
- le persone con difficoltà economiche (fino al 39% in presenza di molte difficoltà);
- le persone con cittadinanza italiana (29%).

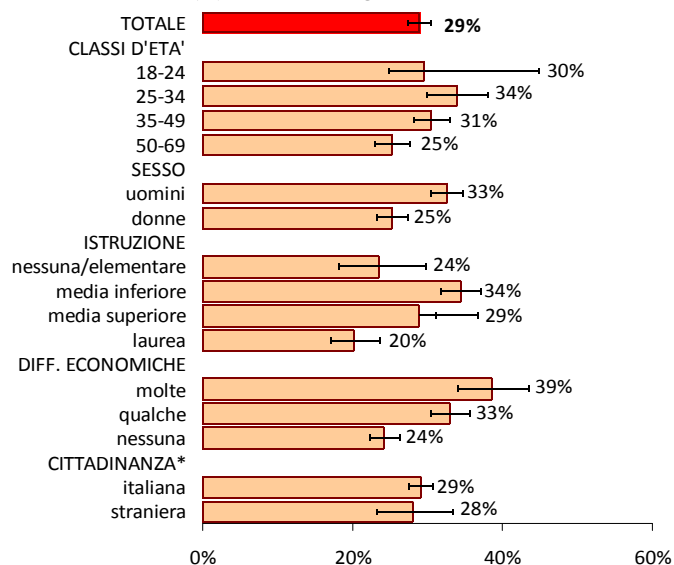
In ambito regionale, tra le persone con patologie croniche la prevalenza di fumatori risulta essere del 28%; in particolare fuma un terzo (34%) delle persone con patologia respiratoria cronica e un quarto circa di quelle con una patologia cardiocircolatoria (27%) o con diabete (23%).

Circa un quarto (22%) dei fumatori 18-69enni è un forte fumatore (20 sigarette o più al giorno); solo il 3% è un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

Il 6% dei fumatori fa uso anche di sigaretta elettronica. Solo lo 0,1% delle persone intervistate utilizza la sigaretta elettronica in maniera esclusiva.

Il 17% dei fumatori fuma sigarette "rollate" (cioè fatte a mano): il 4% qualcuna, l'1% più della metà e il 12% tutte o quasi tutte. L'uso di sigarette "rollate" è maggiore tra gli uomini (21%) rispetto alle donne (12%) e tra i più giovani (35% tra i 18-24enni e 25% tra i 25-34enni) rispetto ai 50-69enni (10%).

*Fumatori (%) Emilia-Romagna PASSI 2013-2016*



\* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA);  
Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

## Smettere di fumare

In Romagna il 41% dei fumatori ha dichiarato di aver provato a smettere di fumare negli ultimi 12 mesi, pari a una stima di circa 83mila persone; tra questi la maggior parte (79%) ha ripreso a fumare, il 13% non fuma più da meno di sei mesi (cioè è un “fumatore in astensione”) e l’8% è riuscito nel tentativo in quanto ha smesso da più di 6 mesi.

Quasi tutti gli ex fumatori (90%) hanno riferito di essere riusciti a smettere di fumare da soli; è bassa la percentuale di chi ha fatto ricorso a farmaci e cerotti (2%) oppure si è rivolto a corsi organizzati dalle aziende sanitarie (1%).

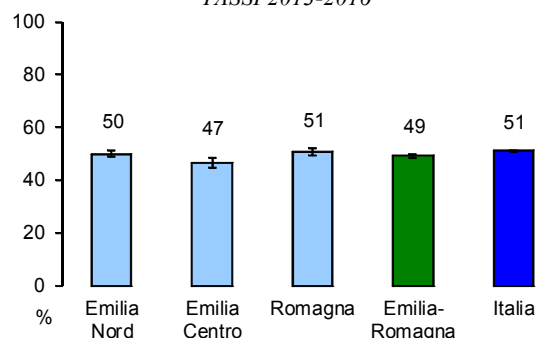
La percentuale di ex fumatori aumenta in modo quasi lineare all’avanzare dell’età negli uomini mentre nelle donne risulta pressoché stabile tra i 35 e i 60 anni.

## Attenzione dei sanitari

Il 41% delle persone 18-69enni intervistate ha dichiarato che negli ultimi 12 mesi un medico o operatore sanitario gli ha **chiesto se fuma**.

Solo la metà circa (51%) dei fumatori ha riferito di aver ricevuto nell’ultimo anno il **consiglio di smettere di fumare** da parte di un medico o operatore sanitario.

Consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario (%)  
PASSI 2013-2016

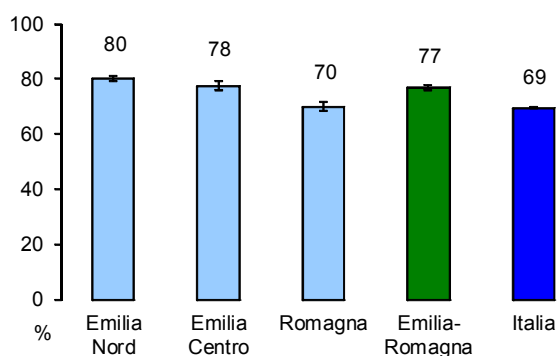


## Il rispetto del divieto di fumare nei locali pubblici

In Romagna, la maggior parte (70%) degli intervistati di 18-69 anni ritiene che il divieto di fumare nei luoghi pubblici sia sempre rispettato; il valore è sensibilmente inferiore a quello regionale (77%), ma in linea con quello nazionale (69%).

Si registra un modesto gradiente tra le macroaree regionali (Emilia Nord, Emilia Centro e Romagna); non si rilevano, invece, differenze tra le zone geografiche omogenee (78% nei comuni di montagna, 77% nei comuni di pianura/collina e nei capoluogo di provincia)

Rispetto assoluto del divieto di fumare nei locali pubblici (%)  
PASSI 2013-2016

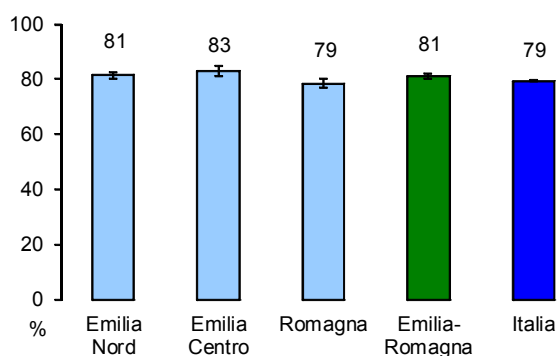


## Il rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro

In Romagna la maggior parte (78%) degli intervistati di 18-69 anni ritiene che il divieto di fumare nei luoghi di lavoro sia sempre rispettato, valore di poco inferiore a quello regionale (81%) e nazionale (79%).

Il valore regionale è significativamente superiore a quello nazionale (79%). All’interno della regione non appaiono particolari differenze tra le macroaree e le zone omogenee (79% nei comuni di montagna, 80% nei comuni di pianura/collina e 83% nei capoluogo di provincia).

Rispetto assoluto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro (%)  
PASSI 2013-2016



## Possibilità di fumare in casa

In Emilia-Romagna il 19% degli intervistati ha dichiarato che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 15% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 4% ovunque); il valore è pressoché sovrapponibile a quello regionale (20%) e nazionale (19%). Tra le macroaree regionali non emergono differenze significative (21% Emilia Centro e 19% in Emilia Nord), mentre la prevalenza è leggermente più alta nei comuni di montagna (23%) rispetto ai comuni capoluoghi (21%) e quelli di collina/pianura (19%).

Fumare in casa è un comportamento da evitare soprattutto nelle abitazioni in cui vivono bambini: in Romagna come in regione nel 10% delle abitazioni in cui vive un minore sotto i 14 anni si fuma, 9% solo in alcune stanze e 1% dappertutto.

*A cura del Gruppo Tecnico PASSI dell'AUsl Romagna: Mauro Palazzi, Sabrina Guidi, Patrizia Vitali, Oscar Mingozi, Giuliano Silvi, Cristina Raineri, Michela Morri.*





## Il consumo di alcol in Emilia-Romagna: i dati delle sorveglianze (anni 2010-13)

### Consumo di alcol a maggior rischio

In Emilia-Romagna il 64% delle persone con 18-69 anni consuma alcol, anche occasionalmente, e il 21% presenta un consumo a maggior rischio per la salute<sup>1</sup>, pari a una stima di circa 632 mila persone.

Il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso:

- negli uomini
- nelle classi di età più giovani (52% nei ragazzi di 18-24 anni e 36% nelle ragazze della stessa età)
- nelle persone con un livello di istruzione medio-alto (ad eccezione che tra gli uomini di 50-69 anni, tra cui la prevalenza è più alta nelle persone con un basso titolo di studio)
- negli intervistati di cittadinanza italiana.

Analizzando le variabili del grafico in un modello di regressione logistica per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, il consumo di alcol a maggior rischio si conferma significativamente maggiore nelle classi d'età più giovani, nelle persone con un alto livello d'istruzione, con molte difficoltà economiche e con cittadinanza italiana.

Tra le persone con diagnosi di cirrosi o di malattia cronica del fegato, oltre la metà (55%) ha consumato alcol negli ultimi 30 giorni, anche solo occasionalmente, e un quinto (20%) in modo potenzialmente rischioso per la salute.

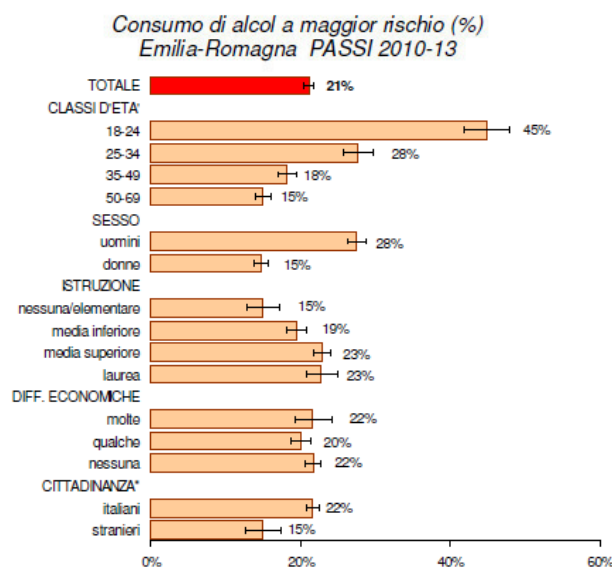
L'indagine HBSC<sup>5</sup> del 2010 riporta che a livello regionale già dagli 11 anni i ragazzi hanno un rapporto alterato con l'alcol: il 5% degli undicenni, l'8% dei tredicenni e il 25% dei quindicenni ha riferito di aver bevuto tanto da ubriacarsi almeno una volta; inoltre il 6% dei 15enni ha dichiarato di assumere alcolici quotidianamente.

La sorveglianza PASSI d'Arg<sup>6</sup> che circa la metà (53%) della popolazione ultra 64enne consuma alcol e che il 24% presenta un consumo potenzialmente a rischio per la salute, in quanto consuma più di una unità alcolica al giorno.

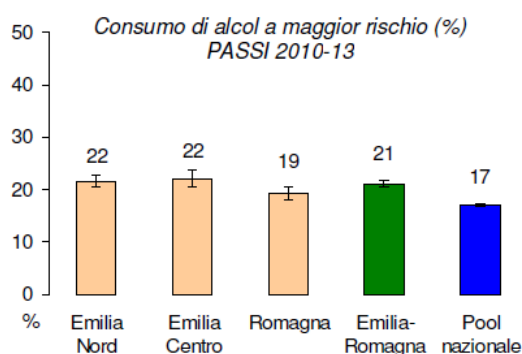
Secondo i dati PASSI la percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio in Emilia-Romagna (21%) è superiore a quella nazionale (17%) e leggermente inferiore a quella registrata nelle altre Regioni del Nord (23%).

In Emilia-Romagna il consumo di alcol a maggior rischio è uniforme tra le Aree Vaste regionali e più diffuso nei Comuni di montagna (26%) rispetto ai Capoluoghi di provincia (22%) e ai Comuni di pianura/collina (20%).

Consumo di alcol a maggior rischio (ultimi 30 giorni)		
	%	Stima regionale
Consumatori di alcol a maggior rischio <sup>1</sup>	21%	632 mila
- Forti consumatori abituali di alcol <sup>2</sup>	6%	173 mila
- Consumatori di alcol fuori pasto <sup>3</sup>	9%	275 mila
- Consumatori binge <sup>4</sup>	11%	332 mila



\* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA);  
Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (FPFM)



<sup>1</sup> Consumo forte e abituale di alcol e/o consumo di alcol fuori pasto e/o consumo binge; una persona può appartenere a più di una categoria, per cui la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

<sup>2</sup> più di 2 unità alcoliche medie giornaliere per gli uomini e più di 1 unità alcolica media giornaliera per le donne

<sup>3</sup> consumo di alcol prevalentemente o solo fuori dai pasti

<sup>4</sup> 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione per gli uomini e 4 o più per le donne

<sup>5</sup> HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è un'indagine multicentrica internazionale che indaga i comportamenti di salute degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni. In Emilia-Romagna è stata svolta nel 2010 con un campione rappresentativo a livello regionale e ha coinvolto 3.619 ragazzi di 214 classi

<sup>6</sup> PASSI d'Argento è un'indagine su stili di vita e fattori di rischio nella popolazione ultra 64enne

## Consumo *binge drinking*

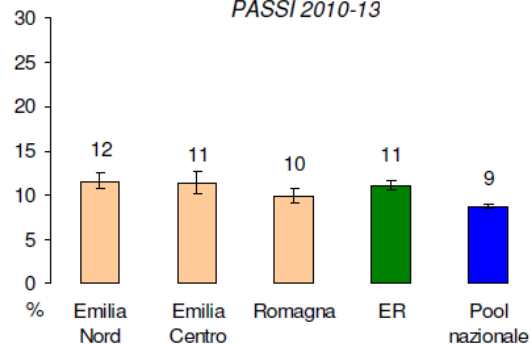
Tra le modalità di consumo di alcol a rischio, assume particolare rilevanza il *binge drinking*, cioè l'assunzione smodata di bevande alcoliche.

In PASSI questo comportamento è riferito dall'11% degli intervistati, in percentuale maggiore dai giovani (si passa dal 19% tra i 18-24enni al 7% tra i 50-69enni) e dagli uomini (16% rispetto al 6% delle donne).

Il dato regionale (11%) è lievemente più alto di quello nazionale (9%) e sovrapponibile a quello delle altre Regioni del Nord (11%).

Il consumo *binge* è abbastanza uniforme tra le Aree Vaste regionali e più diffuso nei Comuni di montagna (14%) rispetto ai Capoluoghi (12%) e ai Comuni di pianura/collina (10%).

Consumo *binge* per Aree Vaste regionali (%)  
PASSI 2010-13

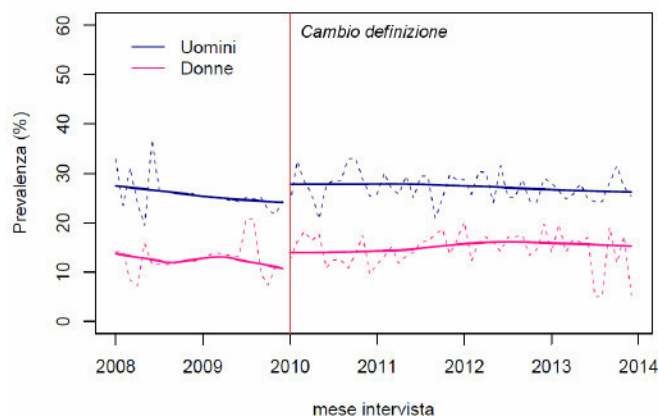


## Trend del consumo di alcol a rischio

La percentuale di consumo di alcol a rischio appare complessivamente stabile nel periodo 2008-13, sia prima che dopo il cambio di definizione del consumo *binge*<sup>6</sup> (2010).

Osservando la serie scomposta per i due generi, si nota un lieve aumento tra le donne dopo il cambio di definizione del consumo *binge* (non statisticamente significativo).

Consumo di alcol a rischio per sesso (%)  
Serie destagionalizzata - Emilia-Romagna PASSI 2008-13



## L'attenzione degli operatori sanitari

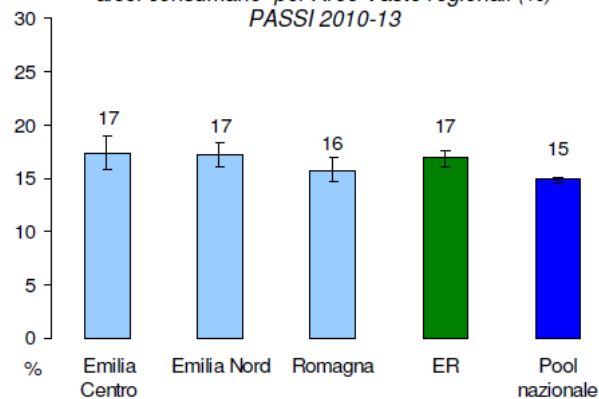
In Emilia-Romagna il 17% degli intervistati ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol, valore di poco superiore a quello nazionale (15%).

Questa percentuale è più alta negli uomini (26%) rispetto alle donne (11%) e non mostra differenze significative per classe d'età.

Il dato è uniforme tra le Aree Vaste regionali e non si rilevano differenze significative tra le zone geografiche omogenee.

Solo il 7% delle persone risultate consumatrici di alcol a maggior rischio ha dichiarato di aver avuto il consiglio sanitario di bere meno; questa percentuale sale al 9% tra i consumatori *binge*.

Persone a cui un operatore sanitario ha chiesto quanto alcol consumano per Aree Vaste regionali (%)  
PASSI 2010-13



<sup>6</sup> Negli anni 2007-09 si definiva consumatore *binge* chi aveva consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione. Nel 2010 la soglia delle 6 o più unità è stata ridotta a 5 o più per gli uomini e a 4 o più per le donne, con un conseguente leggero aumento della prevalenza: negli uomini si va dal 12% del 2007-09 al 16% del 2010-13 e nelle donne dal 2% al 6%, differenza significativa sul piano statistico.

A cura del Gruppo Tecnico PASSI Emilia-Romagna: Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzì, Letizia Sampaolo, Lara Bolognesi, Laura Sardonini, Federica Balestra, Anna Rita Sacchi, Alma Nieddu, Anna Maria Ferrari, Natalina Collina, Sara De Lisis, Ivana Stefanelli, Aldo De Togni, Giuliano Silvi, Cristina Raineri, Oscar Mingozi, Patrizia Vitali, Michela Morri, Rossana Mignani, Marina Fridel, Paola Angelini, Alba Carola Finarelli



Comuni di Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Faenza, Riolo Terme, Solarolo

Settore Servizi alla Comunità – Ufficio di Piano

## **IL PIANO DI ZONA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020 UNIONE ROMAGNA FAENTINA**

### **Sezione Povertà (ex art 13 DLgs 147/2017)**

#### **Introduzione**

La sezione povertà dei piani di zona deve riportare, come da indicazioni nei Piani povertà nazionali e regionali, la definizione dei rafforzamenti 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 la quota del Fondo Povertà, nonché la sintesi delle azioni programmatiche, strategiche e organizzative in materia di povertà dell'ambito distrettuale.

Dovrà essere parte integrante dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020 ed essere approvata contestualmente. La programmazione attuativa di tale sezione, comprensiva delle risorse, avverrà attraverso apposita successiva integrazione, da approvarsi con le modalità del programma attuativo annuale, in seguito alla definizione delle risorse nazionali e regionali destinate agli ambiti distrettuali (l'ipotesi di ripartizione indicativa per il nostro distretto è di € 372.308,13 (di cui € 53.424,15 Riparto Fondo Povertà mezzi statali – quota senza fissa dimora).

#### **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.**

Il citato DLgs n.147 individua tre Livelli essenziali delle prestazioni nella lotta alla povertà, puntualmente, ripresi nel Piano Nazionale di contrasto alla Povertà. In particolare:

1. **INFORMAZIONE-ACCESSO**, con funzioni di informazione, consulenza, orientamento e assistenza nella presentazione della domanda. Tali funzioni sono garantite dal sistema dei servizi sociali territoriali, nello specifico dalla rete degli sportelli sociali che svolgono già funzioni di segretariato sociale.
2. **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**, intesa come analisi preliminare e approfondita del bisogno che devono essere offerti dal servizio sociale professionale nell'ambito del servizio sociale territoriale e in caso di bisogno complesso, in equipe multidisciplinari a composizione variabile, da calibrare in base ai bisogni del nucleo.
3. **PROGETTO PERSONALIZZATO** che dovrà ricomprendere la definizione degli obiettivi generali e dei risultati specifici attesi, l'insieme dei sostegni (servizi e interventi) messi a disposizione dei nuclei da parte dei servizi coinvolti e dai soggetti del terzo settore che collaborano all'attuazione del progetto e gli impegni assunti dai nuclei medesimi. In questo caso, sotto la regia del Servizio sociale territoriale si possono prevedere molteplici servizi/interventi a seconda del progetto definito e sottoscritto (servizio sociale professionale/tirocini per l'inclusione sociale/sostegno socio-educativo/assistenza domiciliare /sostegno alla genitorialità/mediazione culturale).

Rispetto all'utilizzo delle risorse del Fondo Povertà – quota servizi, **l'ordine di priorità** all'attuazione

dei livelli essenziali di cui al Dlgs 147/17, come richiamati nel Piano povertà regionale, è il seguente:

1. **Servizio sociale territoriale** (1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti)

2. **Progetto personalizzato** per i nuclei in cui si presenti una situazione di bisogno complesso e per i nuclei in cui si presenti una situazione di bisogno complesso e sia presente un bambino nei primi 1000 giorni di vita

3. **Punti di accesso/sportelli sociali** (un punto di accesso per ogni comune con popolazione inferiore ai 40.000 abitanti e un punto di accesso ogni 40.000 abitanti per i comuni con popolazione superiore ai 40.000 abitanti)

### 1.1. Servizio sociale territoriale

Il servizio sociale territoriale dell'Unione Romagna Faentina, gestito su base associata, conta **n.15 assistenti sociali** (dotazione organica) a cui si aggiungono altre assistenti sociali in convenzione dalla AUSL e soddisfa il criterio posto come livello essenziale di assistenza sia dalla normativa regionale che nazionale (1 assistente sociale ogni 5.000 ab.) Sebbene il parametro minimo sia abbondantemente soddisfatto si ritiene di procedere al rafforzamento del servizio sociale territoriale sia dal punto di vista del segretariato sociale che del servizio sociale professionale per garantire un sostegno e presidio ad alcune situazioni più in difficoltà a garantire l'accesso e la presa in carico in particolare delle situazioni complesse, nonché consentire il mantenimento della dotazione organizzata attraverso la puntuale sostituzione di personale in assenza prolungata

### 1.2. Progetto personalizzato

Il **progetto personalizzato** deve contenere obiettivi, risultati concreti, sostegni da attivare a supporto del percorso e impegni assunti dal nucleo beneficiario del REI e che costituiscono l'elemento condizionale all'erogazione del beneficio economico. I sostegni sono a loro volta puntualmente elencati dal Piano nazionale:

- tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
- sostegno socio-educativo domiciliare e territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare,
- assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità;
- sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
- servizio di mediazione culturale;
- servizio di pronto intervento sociale;

I servizi sopra elencati sono già programmati e attivi, tranne il servizio di pronto intervento sociale in fase di attivazione, nel distretto faentino e fruibili da tutti i cittadini del distretto su progettazione sociale.

Si prevede di destinare una quota del fondo povertà al loro rafforzamento da destinarsi a:

- tirocini per persone che non rientrano nella L.R. 14/2015
- servizi di prossimità e pronto intervento sociale
- sostegno alla genitorialità garantito dal centro famiglie distrettuale con particolare riguardo ai piccoli comuni

### 1.3. Punti di accesso/sportelli sociali

Con riferimento ai punti di accesso per il REI i comuni del distretto hanno tutti garantito almeno un punto di accesso in alcuni casi anche utilizzando la funzione di segretariato sociale dell'assistente sociale.

Si ipotizza pertanto di favorire la messa in rete mediante l'individuazione di ulteriori punti di accesso ravvisando, però anche la necessità di prevedere l'inserimento di figure amministrative che si occupino degli aspetti amministrativo/contabile connessi all'attività in argomento.

presenza dell'assistente sociale e delle funzioni di sportello sociale (n.operatori equivalenti)	Numero complessivo ore prestate sul territorio (numero ore aggregato 18)
BRISIGHELLA	1
CASOLA VALSENO	0.4
CASTEL BOLOGNESE	1.6
FAENZA	13.51
RIOLO TERME	0.83
SOLAROLO	0.66

#### **1.4. Interventi e servizi in favore di persone in condizioni di povertà estrema e senza dimora**

Destinatari degli interventi sono le persone che:

- vivono in strada o in sistemazioni di fortuna;
- ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna;
- sono ospiti di strutture, anche per periodi di lunga durata, per persone senza dimora;
- sono in procinto di uscire da strutture di protezione, cura o detenzione e non dispongono di una soluzione abitativa.

Gli obiettivi prioritari sono:

- consolidamento ed ampliamento dei percorsi di **autonomia abitativa** con particolare riferimento all'Housing First e all'Housing Led;
- valorizzazione e potenziamento del **lavoro di comunità**;
- accompagnamento e sostegno all'acquisizione della **residenza anagrafica**.

Il fondo potrà garantire i percorsi di autonomia anche per persone o nuclei familiari in uscita da percorsi di protezione o cura (es. mamme con bambini, neo maggiorenni, persone con disagio mentale, ecc).

#### **2. La governance distrettuale per l'attuazione del Piano Povertà**

Un sistema di contrasto alla povertà efficace richiede un forte coordinamento tra gli attori coinvolti nella sua attuazione. La governance a livello distrettuale è garantita dal Comitato di distretto, composto dai 6 sindaci dei Comuni del Distretto faentino e con la presenza del Direttore di distretto.

Il comitato di distretto definisce le priorità di intervento in area povertà attraverso la concertazione con le organizzazioni sindacali e promuove la costituzione di tavoli di co-progettazione con gli organismi di terzo settore e gli altri attori del territorio attivi in area povertà.

L'Ufficio di piano distrettuale coordina tecnicamente l'azione programmatoria e organizzativa gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello di ambito distrettuale, in stretta interconnessione con il Centro per l'impiego, al fine di garantire omogeneità nell'applicazione delle norme ed equità di trattamento per i cittadini.

#### **Modello organizzativo per l'attivazione, costituzione e funzionamento dell'equipe multidisciplinare**

Come previsto dall'Accordo di Programma per la Salute ed il Benessere Sociale nel Distretto di Faenza 2017-2019 e nell'accordo tra L'Unione Romagna Faentina e Azienda AUSL della Romagna, per il triennio 2017-2018 si è lavorato nell'ottica dell'integrazione allo sviluppo di azioni omogenee dal punto di vista dell'accesso, presa in carico e attuazione degli interventi nei singoli 6 Comuni del Distretto.

Il modello organizzativo prevede:

- l'**accesso** del cittadino presso il punto di accesso del Comune di residenza;
- una fase di **pre-assessment** garantita dallo sportello sociale/assistente sociale;
- la **presa in carico** è garantita dall'assistente sociale territoriale anche attraverso l'attivazione dell'equipe multidisciplinare composta da operatore Centro per l'Impiego e/o Operatore del Servizio Sanitario per i casi complessi.

La presa in carico è orientata alla definizione di un progetto sociale individualizzato che prevede, con il coinvolgimento dell'utente e del suo nucleo familiare e di eventuali operatori volontari di terzo settore attivi nell'accompagnamento di questi percorsi.

Il Progetto sociale individualizzato ha come obiettivo principale l'attivazione dell'empowerment della persona analizzando il contesto sociale, lavorativo e abitativo.

Si specifica come, all'interno del Piano di Zona Distrettuale 2018-2020 le schede intervento riconducibili a quest'area sono:

- n. 15 - Potenziamento degli interventi nei primi mille giorni di vita;

- n. 16 - Sostegno alla genitorialità;
- n. 17 - Progetto adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti;
- n. 18 - Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolti a bambini adolescenti e neo maggiorenni con bisogni sociosanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela;
- n. 22 - Misure a contrasto della povertà- sostegno all'inclusione attiva, reddito di inclusione e reddito di solidarietà (SIA/REI-RES);
- n. 23 - Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili;
- n. 24 - La casa come fattore di inclusione e benessere sociale.

## Case della salute e medicina di iniziativa

Completato

### Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL –Dipartimento Cure primarie e Medicina di comunità Ravenna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Nelle Case della Salute l'assistenza avviene attraverso l'azione congiunta dei medici di famiglia, dei pediatri, dei medici specialisti, del personale infermieristico e tecnico, delle ostetriche, degli operatori socio assistenziali, del personale allo sportello, con il coinvolgimento della comunità nelle sue diverse forme e la collaborazione con il sociale. L' Azienda USL della Romagna ha da tempo promosso e strutturato nelle Case della salute funzionanti percorsi di coinvolgimento della medicina generale e delle equipe infermieristiche di assistenza domiciliare, di integrazione ospedale-territorio e con i Servizi Sociali dei diversi ambiti distrettuali, con un diverso stato di avanzamento nell'Azienda.</p> <p>1. "La Casa della salute per guadagnare salute"</p> <p>Esiste generale consenso , a partire dalla Carta di Ottawa, sul fatto che la partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento della comunità negli interventi di promozione della salute sono fondamentali per migliorare l'empowerment individuale e di comunità, la salute generale e ridurre le disuguaglianze in salute. I programmi di promozione della salute hanno un maggiore successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa.</p> <p>Ciò comporta che le azioni che vengono condotte con le comunità non possano essere stabilite a priori, ma debbano rispondere alle caratteristiche sociali, ambientali, educative ed organizzative specificamente presenti.</p> <p>Ciò è stato recepito sia nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 , sia dalla DGR 2128/2016 che individua le Case della salute come una opportunità per attivare processi di empowerment ( miglioramento delle competenze e capacità di controllo) della individuale e di comunità, attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali</p> <p>In relazione agli interventi afferenti la Salute mentale è utile rilevare che la letteratura scientifica ha evidenziato come l'assunzione di farmaci correlati alla cura delle patologie psichiatriche insieme agli stili di vita che le persone hanno in relazione anche a disabilità correlata o altro, induce affetti collaterali importanti in area cardiologica e metabolica tanto da determinare un'aspettativa di vita di circa 20 in meno per le persone con esperienza di grave malattia mentale. Questo rende assolutamente indispensabile una presa in carico congiunta con i MMG insieme ad un'attenta informazione e sensibilizzazione degli utenti e dei loro caregivers.</p> <p>Si sottolinea inoltre come il lavoro di team multidisciplinare ed integrato aumenti le competenze reciproche e l'appropriatezza sulla intercettazione precoce delle patologie all'esordio e la gestione delle persone con bisogni complessi.</p> <p>2. Progetto regionale CASA-LAB (attuazione DGR 2128/2016)</p> <p>L'obiettivo del progetto è aumentare l'efficacia della presa in carico da parte dei servizi sociosanitari, sociali e sanitari territoriali verso quella parte di popolazione in condizioni di fragilità sociale e quindi più a rischio di incorrere in ospedalizzazione inappropriata. Ci si attende di riuscire ad intercettare in tempo utile tutte le situazioni di ricovero ospedaliero che riguardano pazienti fragili anche quelle che non sono gestite dal PUA tramite le dimissioni protette. Il progetto prevede la segnalazione da parte del MMG al PUA/assistente sociale che realizza un contatto col paziente o care giver (proattività). L'obiettivo è la presa in carico</p>
------------------	---

	<p>globale del cittadino/utente della CdS per tutte le istanze sanitarie e socio-sanitarie e per il corretto percorso per il rientro nel setting domiciliare. Un altro obiettivo è la definizione di incontri multiprofessionali fra i professionisti operanti all'interno della CdS e gli operatori sociali al fine di condividere e coordinare i percorsi di aiuto agli utenti fragili e fare in modo che diventino uno strumento strutturato di lavoro.</p> <p>3. Dipendenze patologiche Si vuole creare un punto informativo, di accoglienza e di orientamento rivolto a chi ha problemi di gioco patologico, per mettere in contatto rapido gli utenti con i servizi sanitari, sociali, legali, antiusura e le associazioni di volontariato/gruppi di auto-aiuto. Il progetto è legato al reclutamento di un educatore professionale che opererà sul territorio dei 3 distretti della provincia di Ravenna.</p> <p>4. Salute mentale adulti Si vuole implementare il progetto già avviato in maniera sperimentale, con l'estensione alla CdS di Brisighella. Il progetto prevede la presa in carico del paziente attraverso l'utilizzo di una scheda integrata che è stata sperimentata all'interno della CdS di Russi e attraverso la discussione dei casi clinici in occasione di briefing multidisciplinari che coinvolgono i professionisti che operano all'interno della CdS, i professionisti della Salute Mentale e i Servizi Sociali.</p>
<p><b>Descrizione</b></p>	<p>Le Case della Salute rappresentano un luogo di riferimento certo per l'accesso alle cure sanitarie territoriali, in cui si concretizza sia l'accoglienza e l'orientamento ai servizi che la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale. L'obiettivo principale è quello di migliorare quanto attualmente presente e implementare i contenuti delle nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute, avviando un percorso di sviluppo organizzativo e assistenziale delle Case della salute finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• indurre un cambiamento culturale nella comunità professionale che opera nell'ambito delle Case della salute.</li> <li>• realizzare una più efficace integrazione delle diverse componenti professionali che operano nell'ambito della Casa della salute, con l'implementazione di strumenti collegiali di partecipazione alle decisioni;</li> <li>• proseguire nello sviluppo della presa in carico delle persone con patologie croniche e delle persone fragili, in una logica di medicina d'iniziativa;</li> <li>• promuovere ulteriormente percorsi di prevenzione e promozione della salute multidisciplinari con la partecipazione della comunità e in collaborazione con le associazioni di volontariato;</li> <li>• favorire la continuità del percorso di cura tra i diversi setting assistenziali (domicilio, letti intermedi, Ospedali), qualificando le modalità di accesso nell'ambito del Nucleo di Continuità Ospedale Territorio (NuCot).</li> </ul> <p>Sono stati quindi declinati gli interventi/progetti di seguito sintetizzati:</p> <p>1. "La Casa della salute per guadagnare salute". La Casa della salute di Brisighella è stata recentemente individuata (a seguire di quanto avviato nel distretto di Lugo –Bagnacavallo) come fulcro del progetto sperimentale "La Casa della salute per guadagnare salute" 2013-2016. Il progetto, nel frattempo è stato esteso anche a tutta l'AUSL della Romagna, nel nostro territorio è in continuità con la programmazione degli anni precedenti. Obiettivo generale del progetto è migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso iniziative di promozione di stili di vita sani (sui temi di Guadagnare salute: fumo, alcol, alimentazione, attività fisica) rivolte ai cittadini, agendo sul miglioramento delle competenze dei cittadini nel prendersi cura della propria salute e sulle sinergie tra dipartimenti territoriali, con una particolare attenzione alla popolazione affetta da patologie croniche presa in carico nelle Case della Salute.</p> <p>2. Progetto regionale CASA-LAB (attuazione DGR 2128/2016) All'interno del progetto formativo regionale sperimentale CASA-LAB, sono state individuate a livello dell'Azienda Usl n.5 CdS e per il territorio del distretto di Faenza è stata individuata la Casa della Salute di Castel Bolognese/Valle del Senio (quale CdS hub con sedi secondarie di Casola, Valsenio, Riolo Terme e Solarolo). Il progetto è focalizzato sulla "Identificazione e presa in carico della popolazione fragile in continuità con la dimissione ospedaliera". Si vuole realizzare un'integrazione professionale multidisciplinare fra figure sanitarie e socio-sanitarie, all'interno della Casa della Salute. Tale integrazione passa attraverso una condivisione delle informazioni presenti nelle rispettive banche dati e da momenti formalizzati di lavoro in comune per una co-costruzione dei progetti.</p> <p>3. Dipendenze patologiche Apertura di uno Sportello di primo accesso al trattamento e al supporto delle condizioni correlate al gioco d'azzardo patologico all'interno delle CdS di Brisighella e Castel Bolognese.</p>

	<p>Organizzazione di un ciclo di incontri annuali rivolti alla popolazione sul tema delle dipendenze patologiche "Parole Stupefacenti".</p> <p>4. Salute Mentale Adulti</p> <p>Implementazione del progetto di integrazione dei Servizi di Salute Mentale nelle Cure Primarie all'interno della CdS di Brisighella.</p> <p>Identificazione di un medico della Salute Mentale di riferimento per il territorio afferente alla CdS Castel Bolognese / Valle Senio.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Popolazione afferente alle Case della Salute di Brisighella, e nel triennio: Castel Bolognese, Riolo Terme, Casola Valsenio e Solarolo.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aderire al Programma di formazione/intervento CASaLAB, con l'individuazione di professionisti appartenenti sia all'ambito sanitario che al sociale e lo sviluppo di progetti di miglioramento;</li> <li>• strutturare il coordinamento nelle Case della Salute attraverso l'individuazione del Referente organizzativo e del board gestionale/organizzativo.</li> <li>• proseguire nell'attivazione nelle Case della Salute degli ambulatori infermieristici della cronicità, estendendo la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO, Insufficienza Renale Cronica, con il monitoraggio periodico dei percorsi di cura attivati attraverso la pianificazione di briefing strutturati tra i professionisti coinvolti e con l'implementazione graduale di ulteriori patologie croniche, oltre al diabete 2;</li> <li>• garantire all'interno delle Case della salute la presa in carico della fragilità\complessità, con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare in integrazione ospedale-territorio e tra ambito sanitario e sociale;</li> <li>• valorizzare il ruolo delle Case della Salute come luogo propulsore della promozione della salute nelle comunità e degli interventi previsti dal Progetto Guadagnare salute, con il coinvolgimento dei MMG, operatori sanitari della Casa della Salute, Amministratori dei Comuni e Rappresentanti del terzo settore, per migliorare la salute e gli stili di vita dei cittadini, specialmente quelli affetti da malattie croniche;</li> <li>• condividere con le UU.OO. ospedaliere e territoriali coinvolte il modello di continuità Ospedale/territorio (NuCot), attraverso specifici incontri informativi/formativi.</li> <li>• Progettazione, in concorso di risorse umane tra Ausl, Unioni di Comuni e Associazioni, di un punto di accoglienza nella sede principale della Casa della Salute della Valle del Senio;</li> <li>• adozione della Carta dei Servizi;</li> <li>• programmazione nel triennio della distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti con patologia cronica presso la Casa della salute principale della Valle del Senio, compatibilmente con le risorse umane disponibili;</li> <li>• valutazione per la programmazione di posti letto residenziali a rilievo sanitario (CURE INTERMEDIE) per consentire, come da D.G.R. n. 2128/2016, una maggiore risposta di prossimità con l'utilizzo della Medicina del territorio (MMG).</li> <li>• Inoltre:</li> </ul> <p>In considerazione del percorso di arruolamento iniziato per i pazienti con patologia cronica BPCO e Diabete negli ambulatori della Casa della salute di Brisighella si ritiene opportuno intercettare i pazienti fumatori al fine di facilitare l'accesso al centro per il trattamento del tabagismo. Si prevede in ogni caso di proseguire in azioni già intraprese che necessitano di consolidamento, manutenzione, ampliamento, quali:</p> <p>Formazione per i professionisti al counselling motivazionale</p> <p>Il personale infermieristico delle Case della salute di Brisighella è stato formato al counseling motivazionale attraverso percorsi formativi realizzati localmente 2017. Tale formazione va consolidata con incontri di rinforzo periodico e supervisione. Alla formazione generale potrebbe essere affiancata quella specifica al counseling per la cessazione del fumo, organizzata a livello regionale, già seguita da alcuni operatori e che può essere rivolta ad altri.</p> <p>Supporto alla cessazione abitudine al fumo:</p> <p>Sulla base della positiva esperienza svolta a Russi, il personale infermieristico della Casa della Salute, che opera nell'ambulatorio della patologia cronica, una volta intercettati i pazienti fumatori, e valutata la loro motivazione sono indirizzati all'ambulatorio del Servizio Igiene Pubblica dove il primo martedì del mese è presente un medico per la terapia del tabagismo</p> <p>2. Progetto regionale CASA-LAB (attuazione DGR 2128/2016)</p>

	<p>Implementare modalità di lavoro integrato col mondo sociale e condivisione delle informazioni a disposizione dai diversi data set. Coinvolgimento delle associazioni di volontariato per funzioni di guida ai servizi presenti nella CdS per l'utente ed eventuale supporto per la fornitura di ausili generici per favorire il rientro al domicilio precoce di pazienti dimessi dall'ospedale.</p> <p>3. Dipendenze patologiche</p> <p>Apertura dello sportello di prima accoglienza per i problemi di gioco d'azzardo patologico. Saranno contestualmente organizzati corsi di formazione rivolti specificatamente ai MMG/PLS e corsi divulgativi rivolti alla popolazione.</p> <p>4. Salute mentale adulti</p> <p>Avvio dei briefing periodici congiunti fra le equipe multidisciplinari della CdS e dei servizi di salute mentale e i Servizi sociali, adozione della scheda di presa in carico integrata.</p> <p>2018: incontri mensili di team multidisciplinare presso la CdS di Brisighella, che prevedono la presenza dei MMG, professionisti del CSM dedicati (Psichiatra, Infermiere), Assistenti Sociali dell'Unione dei Comuni e altri professionisti attivi sulla CdS.</p> <p>Presenza periodica dell'infermiere presso la CdS di Brisighella</p> <p>2019: verifica e consolidamento dell'obiettivo di lavoro precedente</p> <p>- Incontri informativi e di sensibilizzazione sugli stili di vita sani e fronteggia menti degli effetti metabolici e cardiovascolari secondari all'utilizzo di rivolti a persone con esperienza di malattia mentale, caregivers, e cittadini interessati. Si prevedono n.4 incontri/anno.</p> <p>2020: verifica e consolidamento dell'obiettivo di lavoro precedente</p> <p>- Implementazione del modello di collaborazione in un'altra CdS hab insistente nel distretto.</p> <p>Gli investimenti economici complessivi dei progetti rappresentati nella presente scheda fanno riferimento a diverse voci di spesa composte e inserite nel bilancio dell'Azienda Usl, fanno inoltre riferimento al finanziamento del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche per la riduzione delle disuguaglianze e la promozione della salute, Piano Regionale della Prevenzione relativo al Piano Locale Attuativo 2015-2018.</p> <p>Delibera Giunta regionale n. 2128/2016 "Casa della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa".</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL Distretto di Faenza, Unione dei Comuni della Romagna faentina, Enti del terzo Settore, Associazioni del volontariato e promozione sociale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore Cure primarie di Ambito, Salute Mentale, Sert, e Servizi sociali Distretto Faenza.
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane e materiali dei soggetti coinvolti

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

**Indicatori locali: 0**



# Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Completato

## Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

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

<b>Razionale</b>	<p>La discussione ed il confronto con gli interlocutori politici, istituzionali, sindacali, ecc..., sul documento "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera" è stata approvata dalla CTSS in data 09.01.2017, con indicazione ad una riduzione complessiva nell'Ausl della Romagna di 116 PL, attestandosi ad un numero complessivo di 4.278 PL pari a 3,79 per 1.000 abitanti.</p> <p>La riduzione dei PL in Romagna è stata ipotizzata con obiettivo prioritario di attestare la percentuale dei PL al 3,7 per 1000 abitanti, ma nel contempo viste le criticità derivanti dalla variabilità di popolazione residente e stagionale che rende meno attendibile il valore medio/anno della dotazione effettiva, ci si è attestati ad un valore di 3,79. Tale valore rappresenta il picco massimo della disponibilità di posti letto necessaria a far fronte alle oscillazioni di aumento della domanda. La dotazione media di PL. è comunque coerente con le indicazioni della DGR n. 2040/2015 e pertanto pari a 4224 PL. (3,7 per 1000 abitanti). Tale valore, in realtà, rappresenta solo il picco massimo della disponibilità di PL necessaria per far fronte alle oscillazioni della domanda viste le criticità derivanti dalla variabilità della popolazione residente e stagionale che rende meno attendibile il valore medio/anno della dotazione effettiva, fermo restando che la dotazione media di PL.è comunque coerente con le indicazioni della DGR n. 2040/2015 e pertanto pari a 4224 PL.</p> <p>Per le reti Hub and Spoke la dgr 2040/2016 rimanda alla competenza regionale la definizione dei bacini, UOC, gli assetti di rete e le relazioni tra loro, con il necessario coinvolgimento dell'Azienda e dei professionisti, attraverso una metodologia di lavoro che prevede l'individuazione di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali con l'obiettivo di definire il riassetto delle reti di rilievo regionale all'interno del quadro più ampio delle rete ospedaliera regionale.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Contesto: l'Azienda Usl della Romagna si configura come un'organizzazione di tipo reticolare, modello organizzativo e funzionale che meglio risponde alla realtà demografica e sociale del territorio della Romagna, caratterizzato da un elevato indice di dispersione della popolazione e policentrico. La logica reticolare rappresenta l'adattamento al territorio romagnolo del tradizionale modello hub e spoke, accentuandone le caratteristiche di cooperazione tra i nodi, favorendo la mobilità dei professionisti e l'assistenza distribuita o centralizzata, adottando il criterio dell'intensità di cure combinando, nel modo più opportuno, lo specifico bisogno del paziente con la competenza dei professionisti e le caratteristiche della struttura.</p> <p>Assistenza Ospedaliera: struttura dell'offerta</p> <p>L'azienda opera mediante 7 presidi ospedalieri a gestione diretta che raggruppano 13 ospedali, 14 case di cura convenzionate (private accreditate) e 1 IRCCS (è infatti presente sul territorio aziendale un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per la cura dei tumori).</p> <p>Nel corso del 2017 sono proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 concretizzate con l'approvazione del documento "Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione Ospedaliera" in data 09.01.2017 da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria poi ratificato con la</p>

	<p>Delibera del Direttore Generale n. 482 del 24.10.2017 che ha sancito il formale avvio dell'importante percorso di riordino.</p> <p>L'Azienda si è anche impegnata a portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti dalla Legge 135/2012, dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015.</p> <p>Alla data del 31/12/2015 Il numero complessivo dei posti letto per l'Azienda Usl della Romagna (pubblico e privato) era di 4.394 posti letto, rispetto ad una dotazione massima da raggiungere pari a 4.166 (in base al tetto del Decreto Balduzzi fissato a 3,7*1.000 abitanti).</p>
<b>Destinatari</b>	Assistibili residenti nel territorio degli 8 distretti dell'Azienda Usl della Romagna
<b>Azioni previste</b>	<p>Anno 2018.</p> <p>Il disegno organizzativo della Nuova Azienda della Romagna, che progressivamente si sta determinando, dopo l'iniziale strutturazione dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali a cui si sono affiancati, in una logica di integrazione reticolare, i Programmi e le Reti cliniche aziendali, trova un naturale sviluppo nella istituzione di specifici Percorsi Clinico assistenziali:</p> <p>Senologia, Tumore Toracico, Tumore Epato-bilico-pancreatico, Tumore esofageo, Patologia funzionale esofagea, Stroke, Patologia del pavimento pelvico, Trapianto di Midollo, Prostate Unit (approccio globale al tumore della prostata), Tumore gastroenterico, Percorso nascita, Autismo, Piede diabetico, Dimissioni protette (Nucot), Vulnologia, Mielolesioni, Disturbi del comportamento alimentare, Cardiomiopatia, Approccio multidisciplinare del paziente hcw e afferente al Sert, insufficienza renale cronico avanzata, Adenotonsillectomie pediatriche, Cure palliative, TAVI, Board Anatomia patologica, Chirurgia robotica, Terapia antalgica, Budget di Salute.</p> <p>Nello sviluppo dei percorsi sopra descritti sono stati formalizzati per ognuno di questi i referenti clinici ed organizzativi e gli specifici obiettivi; allo scopo sono coinvolti tutti i Dipartimenti aziendali (ospedalieri e territoriali) e le UU.OO .</p> <p>Con le azioni sopra riportate si configura lo sviluppo di azioni finalizzate alla qualificazione della rete ospedaliera orientate all'utilizzo appropriato della medesima (come previsto e in attuazione del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015), ad un'organizzazione per intensità di cura, che qualifica l'offerta e i percorsi di cura, anche attraverso lo sviluppo di azioni integrate con le strutture del territorio quali le Case della Salute, Cure Intermedie, Ospedali di Comunità e la rete delle strutture sociosanitarie.</p> <p>Allo scopo la programmazione aziendale prevede nel triennio l'incremento di ulteriori posti letto di Ospedale di Comunità (n.15 p.l. a Brisighella) e di cure intermedie (n.24 pl complessivi a S.Piero in Bagno, Santarcangelo di Romagna, Novafeltria e S.Sofia). Tale complessiva programmazione per il triennio configura un setting assistenziale a supporto dell'integrazione ospedale-territorio e della continuità delle cure, servendo anche aree geografiche in collina e non prossime a grossi centri urbani.</p> <p>Connesso al ridisegno della funzione ospedaliera è quello della medicina del territorio con un progressivo sviluppo delle Case della Salute per la presa in carico del paziente cronico secondo i principi della sanità di iniziativa con l'obiettivo di evitare ricoveri per la riacutizzazione delle patologie.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi.</p> <p>Inoltre, in relazione ai percorsi assistenziali ospedale-territorio sono coinvolte le Aree Welfare degli Enti Locali per tutte le azioni di dimissione protetta sociosanitaria (domiciliare e residenziale). Per gli interventi di accesso alla rete dei servizi nei percorsi di continuità assistenziale sociosanitari gli EE.LL. sono coinvolti per le popolazioni caratterizzate da non autosufficienza, fragilità e salute mentale (valutazione per l'accesso ai servizi della rete e progettazione piani di intervento assistenziali, sanitari e sociosanitari, con l'utilizzo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale e progetti di Budget di Salute).</p> <p>Per tutti gli interventi territoriali integrati relativi ai progetti di Budget di salute sono coinvolte anche l'Area del terzo settore e le Associazioni di Volontariato.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda Usl, EE.LL, Terzo Settore, Associazioni di Volontariato, Utenti.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direzione sanitaria Azienda Usl della Romagna
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori sanitari e tecnostutture Azienda Usl Romagna

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

# Cure Intermedie e sviluppo dell'Ospedale di Comunità in Azienda USL Romagna

Completato

## Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

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

<b>Razionale</b>	<p>Le Cure intermedie promuovono modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari per rispondere ai bisogni emergenti legati all'allungamento della speranza di vita, all'aumento delle patologie croniche multimorbilità e fragilità. Prevedono un'area di servizi integrati, sanitari e sociali residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza territoriale in cui il Piano di Assistenza Individuale risulta essere concordato fra i diversi attori: operatori sanitari e sociali, nonché paziente e care-giver dove il self-management del paziente e i processi di case/care-management risultano essere gli elementi fondanti nel presa in carico del paziente.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Le cure intermedie si caratterizzano come setting assistenziale idoneo a supportare il processo di dimissione dalle strutture di ricovero sia nella gestione della fase acuta a domicilio sia nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti di patologia, evitando il ricovero in ambito ospedaliero. L' Azienda USL della Romagna al fine di garantire la continuità delle cure ha da tempo promosso e strutturato percorsi di dimissioni protetta in integrazione con i Servizi Sociali dei diversi ambiti aziendali. L'obiettivo principale è quello di migliorare quanto attualmente presente ed integrare maggiormente le cure intermedie nei percorsi di dimissione ospedaliera avviando un percorso di riorganizzazione dei percorsi attualmente in essere che vede, quale elemento strategico l'implementazione di un Nucleo di Continuità Ospedale Territorio (NuCot) finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizzare un percorso aziendale omogeneo per la gestione delle dimissioni protette e la definizione di criteri specifici riferiti ai diversi setting assistenziali con la declinazione di un set d'indicatori finalizzati a misurare esiti e processo ;</li> <li>- strutturare una regia unica di ambito territoriale (Cesena, Forlì, Rimini-Riccione, Ravenna-Lugo e Faenza) che favorisca un utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture di cerniera, anche attraverso un puntuale monitoraggio dei progetti di invio attraverso una gestione integrata e multiprofessionale delle dimissioni protette;</li> <li>- contribuire alla riorganizzazione della rete per la gestione del paziente tra ospedale e territorio riducendo la frammentazione degli interventi.</li> </ul> <p>Sviluppare e consolidare la rete degli Ospedali di Comunità in ambito aziendale in linea a quanto previsto nel documento di riorganizzazione della rete ospedaliera (doc CTSS 9/1/2017).</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Pazienti prevalentemente con patologie croniche provenienti da struttura ospedaliera o dal domicilio, con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa</p>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condividere il modello di continuità NuCot con i Servizi Sociali dei Comuni/Unione dei Comuni dei Distretti afferenti ad Azienda USL Romagna;</li> <li>- Progressiva estensione del modello organizzativo del NuCOT e costituzione della rete delle strutture di cerniera, nel corso del 2018, nei Distretti di Lugo e Faenza, previa ricognizione del livello di adesione del Contesto Socio-sanitario, con adesione al progetto degli UdP ed individuazione dei posti di CRA AAA arruolabili e del contesto Ospedaliero con conseguente arruolamento delle rispettive LD e PAC</li> <li>- condividere e promuovere il modello di continuità NuCot e gli strumenti di valutazione</li> </ul>

	<p>predisposti con i professionisti sanitari e sociali delle diverse UU.OO ospedaliere e territoriali al fine di favorirne il progressivo sviluppo attraverso specifici incontri formativi;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- condividere il modello di continuità NuCot con i gestori di strutture socio- sanitarie, accreditate con posti letto qualificati come ad Alta Attività Assistenziale;</li> <li>- implementare gli strumenti di valutazione del setting assistenziale attraverso l'utilizzo dapprima della documentazione e successivamente attraverso la predisposizione di un applicativo informatico;</li> <li>- prevedere il monitoraggio continuo dei percorsi pianificati attraverso una verifica puntuale e periodica dei singoli progetti con la pianificazione di briefing strutturati nei diversi setting facenti parte le strutture intermedie;</li> <li>- favorire la misurazione degli esiti attraverso un set d'indicatori definiti da procedura aziendale</li> <li>- promuovere la progettazione e realizzazione dell'OsCo Brisighella n 15 pl , a direzione e gestione infermieristica, e con responsabilità clinica affidata ai medici della casa della salute di Brisighella ed ai medici del servizio di Continuità assistenziale, da inserire nelle rete delle strutture di cerniera del distretto di Faenza, destinato ad accogliere in via temporanea, pazienti provenienti dalle UU.OO per acuti del distretto di Faenza, e con riserva di posti in entrata (n 5), destinata ai mmg del distretto , quale alternativa al ricovero ospedaliero , così come definito dal documento Aziendale approvato dalla CTSS il 9/1/2017.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi, Centrale di Coordinamento con i Servizi Sociali Ravenna Lugo e Faenza
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda USL Servizi Sociali Unione dei Comuni, Gestori delle strutture sociosanitarie per anziani.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore Dipartimento Cure Primarie Ambito di Ravenna; Direzione del Distretto
<b>Risorse non finanziarie</b>	Supporti informatici integrati nella Cartella Clinica a carico di Azienda USL Romagna; Personale infermieristico, medico e assistenti sociali dell'Unione della Romagna faentina, coinvolte nel progetto NuCot

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



## Co-progettazione sociale e sanitaria attraverso il budget di salute

Completato

### Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;</b>

<b>Razionale</b>	Il BdS individua modalità di intervento co-progettate e partecipate che integrano gli aspetti sociali e sanitari aumentando la qualità della risposta complessiva in termini di benessere e salute mentale
<b>Descrizione</b>	<p>Metodologia di lavoro per l'integrazione socio-sanitaria a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato per pazienti seguiti dal CSM al fine di garantire la sostenibilità di interventi integrati finalizzati a realizzare percorsi di autonomia, di accompagnamento sul territorio, di sviluppo o supporto alla domiciliarità in alternativa o successivamente alla assistenza residenziale, prendendo in considerazione tre principali determinanti di salute (abitare, lavoro, socializzazione).</p> <p>La metodologia si sviluppa attraverso l'attivazione di UVM con partecipazione di utenti familiari, enti locali, associazioni, volontariato, MMG, CSM, terzo settore ed altri soggetti utili al progetto individualizzato. Il progetto è condiviso e sottoscritto da tutti gli attori.</p> <p>L'Azienda USL della Romagna, ha attivato un percorso d'implementazione della metodologia del Budget di salute attraverso il coinvolgimento progressivo dei diversi Distretti sanitari, partendo dapprima con una sperimentazione nelle sedi di Ravenna, Riccione e Rubicone, per poi estenderla all'intera azienda. Il Percorso, prevede dei Referenti aziendali e un gruppo di professionisti, identificati dai diversi CSM, con funzioni di facilitatori che hanno avuto una particolare formazione e che sostengono il percorso d'implementazione nelle diverse sedi locali.</p> <p>La metodologia, oltre ad essere utilizzata a supporto dei progetti in favore delle persone con disturbo della salute mentale, trova la propria estensione verso altre tipologie di bisogno caratterizzanti le persone con problemi di dipendenza o di disabilità intellettiva e autismo. Consolidare un percorso di sviluppo fortemente integrato con il Centro di Salute Mentale verso persone con esperienza di malattia che presentano difficoltà nelle aree della socializzazione/affettività e del tempo libero a causa delle disabilità connesse alla malattia e degli alti livelli di stigma sia interno che esterno attraverso il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato. Si ritiene di continuare l'esperienza dell'anno 2017, finalizzata a mettere in rete supportando e monitorando gli esiti dei sub progetti realizzati in partnership con alcune Associazioni di Volontariato con la finalità di offrire eque opportunità alle persone al fine di contribuire alla costruzione della salute/benessere, aumentare l'empowerment, e diminuire i livelli di dipendenza dalle istituzioni. I progetti si articolano negli assi della socializzazione/affettività, apprendimento di nuove tecniche e conoscenze a supporto della socialità</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Utenti in cura presso il DSMDP con particolare attenzione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• situazioni di esordio psicopatologico,</li> <li>• giovane età</li> <li>• persone in uscita da percorsi residenziali</li> <li>• persone a forte rischio di istituzionalizzazione.</li> </ul>

	Utenti del SERT e della U.O di NPIA
<b>Azioni previste</b>	Definizione delle modalità di progettazione e realizzazione del Piano di Trattamento Riabilitativo Integrato; Costruzione e ottimizzazione di una rete integrata con gli Enti Locali per lo sviluppo dei progetti; Condivisione di progetti delle Associazioni coerenti agli obiettivi del BdS; Ulteriori azioni di informazione, sviluppo e partecipazione di utenti e famigliari; Costruzione di progetti in partnership con le Associazioni di Volontariato; Miglioramento del raccordo sociale e sanitario per progetti integrati nell'individuazione precoce delle malattie psichiatriche; Monitoraggio e verifica dello stato del territorio sui casi già presenti ad alta complessità.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Azioni facilitazione e di supporto all'abitare per utenti DSMDP e soluzioni per una maggiore disponibilità di situazioni abitative Interventi per una strutturata condivisione di risorse del territorio, sia con EELL che con Associazioni e Privato Sociale Attivazione delle misure di contrasto alla povertà (SIA RES REI Lr 14/2015 ecc.).
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o DSM/DP</li> <li>o Enti Locali</li> <li>o Distretto</li> <li>o Associazioni, Volontariato, Cufo</li> <li>o Terzo Settore</li> <li>o Utenti e famigliari</li> <li>o Altri soggetti sociali e risorse del territorio, utili al progetto personalizzato</li> </ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore UO Riabilitazione psichiatrica, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infantile, Direzione Settore Servizi alla Comunità
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane e materiali dei soggetti coinvolti

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---



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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione della Romagna Faentina</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>	A fronte dei bisogni assistenziali sempre più complessi delle persone che non sono in grado di prendersi cura di se stesse, occorre tutelare anche coloro che se ne occupano sia sotto il profilo della gestione delle persone sia sotto il profilo del loro benessere
<b>Descrizione</b>	Garantire interventi integrati rivolti al riconoscimento ed al sostegno del caregiver familiare, in collaborazione con i soggetti del Terzo Settore.
<b>Destinatari</b>	Associazioni del Terzo Settore, cooperative sociali, caregiver e famiglie
<b>Azioni previste</b>	Organizzare, in collaborazione con le Associazioni e le Cooperative del Terzo Settore, momenti di informazione e di formazione per valorizzare la figura ed il ruolo del caregiver familiare; promuovere il coinvolgimento attivo dell'associazionismo per rilevare i bisogni ed ideare percorsi di contrasto all'isolamento rivolti ai caregivers; valorizzare e responsabilizzare il ruolo del caregiver all'interno del PAI e del PEI; promuovere eventi di sensibilizzazione circa la figura del caregiver; promuovere azioni di supporto ai caregivers, anche di tipo psicologico; ricerca della collaborazione dei soggetti del Terzo Settore e di quanti possano essere interessati e/o coinvolti, al fine di promuovere la qualificazione e l'emersione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Sistema dei Servizi sociali e sanitari e, in dettaglio, Rete dei servizi per la non autosufficienza e Piano per la prevenzione. Azioni volte alla qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Associazioni e Cooperative sociali, operatori sociali e sanitari e soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze, gestori dei servizi della non autosufficienza, familiari e associazioni di familiari e/o utenti, Centri di formazione professionale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore UO Riabilitazione psichiatrica, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria e Cure primarie, Settore Servizi alla Comunità: Responsabile Ufficio di Piano - Responsabile del Servizio Anziani, Adulti e Disabili - Responsabile Servizio Minori e Famig
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane e materiali dei soggetti coinvolti; definizione delle risorse impegnate nel complesso della rete dei servizi per la non autosufficienza: vedi programmazione 2018 "Quadro allargato FRNA e FNNA"

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

## Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di Noi

Completato

### Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

<b>Razionale</b>	Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed alle opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale.
<b>Descrizione</b>	Interventi al fine di promuovere l'autonomia delle persone disabili e il loro inserimento sociale, lavorativo, abitativo nonché la loro piena partecipazione in tutti gli ambiti della vita.
<b>Destinatari</b>	Persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima.
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire l'integrazione e la partecipazione sociale della persona con disabilità nella comunità di appartenenza;</li> <li>• definire progetti personalizzati di vita autonoma, anche al di fuori del nucleo familiare di appartenenza, attraverso il coinvolgimento di tutte le risorse professionali, umane, strumentali ed economiche attivabili nei differenti contesti di riferimento;</li> <li>• programmare percorsi di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine nonché, laddove possibile, per la deistituzionalizzazione;</li> <li>• potenziare i progetti che comportano l'erogazione di assegni di cura e di contributi aggiuntivi per la regolarizzazione e la qualificazione del lavoro di cura svolto dalle assistenti familiari, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e/o socio-educativa, interventi educativi individuali o di gruppo;</li> <li>• consolidare la collaborazione con l'ASP della Romagna Faentina per la realizzazione del programma per l'utilizzo del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, di cui all'art. 3 della L. n. 112/2016;</li> <li>• realizzazione di progetti per soluzioni abitative innovative, insieme con l'Asp anche mediante l'assegnazione di risorse economiche;</li> <li>• programmare interventi di accrescimento della consapevolezza e delle abilità personali, nonché dello sviluppo delle competenze individuali per favorire l'autonomia delle persone con grave disabilità e per meglio gestire aspetti di vita quotidiana, anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale;</li> <li>• consolidare le modalità di coinvolgimento dei soggetti interessati nella programmazione distrettuale, con particolare riferimento alle Associazioni e delle persone con disabilità, attraverso la pianificazione di riunioni di programmazione generale del "Tavolo di consultazione e confronto sulla disabilità";</li> <li>• riconoscimento di agevolazioni alle tariffe di abbonamento per l'utilizzo del trasporto pubblico a favore di persone in condizioni di fragilità, in applicazione della D.G.R. n. 1982 del 30/11/2015;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• riconoscimento di contributi a sostegno della mobilità casa-lavoro, in esecuzione della D.G.R. n. 1073 del 17/07/2017, in favore dei lavoratori disabili (fisici psichici e intellettivi) che manifestino particolari difficoltà nel recarsi sul luogo di lavoro con mezzi propri o con normali mezzi di trasporto pubblico: si tratta di contributi, assegnati a mezzo di procedura ad evidenza pubblica, destinati a coprire spese quali il carburante utilizzato per il veicolo proprio o di un familiare, il pagamento del servizio taxi o di un servizio privato personalizzato con conducente, l'acquisto o la modifica di ausili trasportatori adattati. La finalità è quella di agevolare i processi di mobilità da e verso i luoghi di lavoro per i lavoratori disabili impossibilitati a conciliare gli orari di lavoro con gli orari ed i percorsi dei trasporti pubblici e/o bisognosi di un trasporto personalizzato;</li> <li>• erogazione di contributi in favore di persone in situazione di handicap grave per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli e per l'acquisto di ausili, attrezzature e arredi personalizzati per la casa, secondo quanto previsto dalla Legge Regionale n. 29/1997 e dalla D.G.R. n. 1161/2004 e successive modificazioni;</li> <li>• contributi del Fondo Regionale per la non autosufficienza finalizzati ad interventi di adattamento domestico su iniziativa e proposta dei servizi territoriali per anziani non autosufficienti e disabili, ai sensi della D.G.R. n. 1206/2007;</li> <li>• consolidare la collaborazione con l'Associazione Sportiva Dilettantistica Disabili di Faenza per la promozione di: attività natatoria per gli alunni disabili frequentanti la Scuola Primaria e la Scuola Secondaria di 1° e di 2° grado e per le persone frequentanti i centri residenziali e semiresidenziali per disabili; attività psicomotoria per i bambini frequentanti le Scuole dell'Infanzia;</li> <li>• sostenere la prosecuzione, in collaborazione con l'ANFFAS e l'ASP della Romagna Faentina, delle attività presso il Laboratorio "Il Faro" per la realizzazione di interventi di promozione della socializzazione e di aggregazione, finalizzati ad evitare l'esclusione sociale delle persone con disabilità.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, Salute, Scuola, Formazione, Lavoro, Mobilità e politiche per la non autosufficienza.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi Sociali, socio-sanitari e sanitari, Cooperazione sociale, Associazionismo locale e coordinamenti Associazioni (CUFO e CSV), Gestori dei servizi per non autosufficienza, Acer, Giudice tutelare e uffici giudiziari.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Ufficio di Piano -Operatori dei servizi socio-sanitari, con particolare coinvolgimento di assistenti sociali ed educatori. Servizi sanitari Ausl della Romagna - Distretto di Faenza
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane e materiali dei soggetti coinvolti e fondi dedicati alla non autosufficienza (Quadro allargato FRNA - FNNA)

**Totale preventivo 2018: € 142.772,23**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **14.406,23 €**
- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **128.366,00 €**

**Indicatori locali: 0**



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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>Al fine di recepire i contenuti espressi nella L.38/10, nella DRG 560/2015 "Riorganizzazione della Rete Locale di Cure Palliative" e nella DRG 1770/2016 "Requisiti specifici per l'accreditamento della Rete Locale di Cure Palliative" dell'Emilia Romagna nel contesto dell'AUSL della Romagna, nell'anno 2017 si è costituito un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare con la finalità di definire un modello organizzativo di riferimento per la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) e dei "nodi" centrali che la costituiscono.</p> <p>Nel 2017 è stato approvato un documento di riordino della Rete Locale Cure Palliative dell'AUSL Romagna elaborato dal gruppo sopracitato e condiviso con la Direzione Aziendale, che definisce in modo uniforme la struttura organizzativa di coordinamento della Rete e dei Nodi della Rete, le modalità di accesso e le modalità operative di funzionamento, le interfacce, le competenze professionali, i programmi formativi e le collaborazioni con il terzo settore.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il modello organizzativo prevede, in un logica complessiva di rete, percorsi di presa in carico del paziente e della sua famiglia fondati sul concetto di qualità di vita residua, sulla necessità di mantenere livelli di prossimità della cura e dell'assistenza, molto flessibili, basati sulla gradualità degli interventi, interdisciplinari e ad elevato livello di integrazione tra la realtà ospedaliera e quella territoriale.</p> <p>Il coordinamento della RLCP, affidata ad un Direttore delle UU.OO. coinvolte, si avvale di un organismo di Coordinamento Tecnico multiprofessionale, costituito dai referenti dei singoli Nodi di ciascun Ambito territoriale, con funzioni di programmazione e monitoraggio.</p> <p>Nei quattro ambiti territoriali dell'AUSL Romagna dovranno essere strutturati i nodi della Rete (Ospedale, Hospice, Ambulatorio e Domicilio), nei quali operano equipè multidisciplinari, alcune con competenze di base e altre con competenze avanzate, composte da Medici di Medicina Generale, Continuità Assistenziali, Specialisti in cure palliative e terapia del dolore, Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Psicologi con competenze specialistiche della Terapia del Dolore e Cure Palliative.</p> <p>A garanzia della continuità assistenziale nel percorso di presa in carico dei pazienti e delle famiglie, vengono individuati Infermieri Case Manager di RLCP, Infermieri Case Manager nel Nodo Domicilio e nel Nodo Hospice.</p> <p>La RLCP si avvale inoltre della collaborazione di professionisti di Organizzazioni del Terzo Settore, opportunamente formati e integrati, inseriti in programmi locali coordinati dal Referente della RLCP di ambito territoriale.</p> <p>L'accesso alla Rete viene garantito attraverso un punto di governo per ogni ambito territoriale, strumento fondamentale per raggiungere sia l'obiettivo dell'accesso equo sia l'obiettivo della continuità delle cure.</p> <p>L'implementazione del modello organizzativo delineato, da avviarsi nell'anno 2018, richiede un percorso graduale, non solo per individuare le risorse necessarie, ma per la condivisione di competenze, metodi e strumenti di lavoro sul territorio aziendale con tutti i professionisti coinvolti nella RLCP.</p>

<b>Destinatari</b>	Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerative e sofferenza psicologica, fisica spirituale e loro famiglia .
<b>Azioni previste</b>	<p>Il piano di implementazione del modello organizzativo per la RLCP prevede per l'anno 2018 la realizzazione delle seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definizione della procedura aziendale "Rete Locale di Cure Palliative dell'AUSL Romagna"</li> <li>2. Definizione dei criteri di accesso alla RLCP e condivisione degli stessi con il Percorso Aziendale "NuCOT – Nucleo di continuità Ospedale Territorio"</li> <li>3. Definizione degli strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e della qualità assistenziale percepita.</li> <li>4. Definizione della documentazione sanitaria informatizzata con particolare riferimento alla scheda di pianificazione assistenziale</li> <li>5. Costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinare di Ambito Territoriale per la declinazione operativa del funzionamento dei Nodi della Rete nel contesto di riferimento</li> <li>6. Definizione e avvio di un progetto formativo trasversale per gli operatori dei Nodi della Rete e che si integrano con essa, al fine di condividere l'approccio assistenziale ai pazienti che necessitano di Cure Palliative, metodi e strumenti di lavoro in ambito aziendale, nello specifico di prevedere: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corso di formazione per equipe multidisciplinare di base e specialistiche della RLCP e per il terzo settore in ogni ambito territoriale,</li> <li>- Incontro informativo per presentazione della RLCP ai Direttori, Coordinatori e Case Manager delle UU.OO. ospedaliere in ogni ambito territoriale.</li> </ul> </li> </ol> <p>Gli investimenti economici complessivi dei progetti rappresentati nella presente scheda fanno riferimento a diverse voci di spesa composte e inserite nel bilancio dell'Azienda Usl.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per la prossimità e la domiciliarità, Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Al fine di coinvolgere e regolamentare i rapporti con il terzo settore è stato elaborato un apposito bando per raccogliere le proposte di collaborazione con l'AUSL della Romagna nella co-progettazione di interventi a favore di persone affette da patologie inguaribili evolutive e ai loro famigliari, residenti nel territorio dell'Azienda.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Coordinatore Rete Cure Palliative Aziendale, Direttore Dipartimento Oncoematologico, Responsabile Infermieristico e Tecnico Dipartimento Oncoematologico.
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane e materiali dei soggetti coinvolti

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>Mantenimento e sviluppo del progetto sperimentale finanziato dal Ministero della salute terminato l'anno 2017.</p> <p>Gli interventi del promotore della salute sono utili per aumentare il livello di informazione sanitaria e per diffondere la conoscenza delle modalità di trasmissione delle più diffuse malattie infettive e delle relative opportunità offerte dal Servizio sanitario regionale sia dentro il carcere, sia all'esterno.</p> <p>L'obiettivo è quello di passare da una medicina di attesa a una medicina in cui il Sistema sanitario è anche promotore della salute attraverso un operatore, educatore o infermiere, che durante la detenzione fornirà alle persone in regime di detenzione informazioni sulla cura della persona, la promozione della salute, gli stili di vita sani, compatibilmente con il contesto in cui ci si trova.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Garantire la presenza di un professionista che opera all'interno dell'équipe sanitaria e, in collaborazione con questa, concorre alla promozione della salute attraverso informazione, orientamento, sostegno ed educazione, per favorire nella persona detenuta stili di vita sani (in modo consapevole) e una attenzione al proprio benessere anche in un contesto come quello dell'istituto penitenziario. Alla persona detenuta vengono proposti interventi individuali e/o di gruppo.</p> <p>Gli interventi del promotore della salute sono utili per aumentare il livello di informazione sanitaria e per diffondere la conoscenza delle modalità di trasmissione delle più diffuse malattie infettive e delle relative opportunità offerte dal Servizio sanitario regionale sia dentro il carcere, sia all'esterno.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Persone detenute adulte, maschi e femmine, negli Istituti Penitenziari; persone condannate in misura alternativa presenti sul territorio regionale; minori interessati da provvedimenti giudiziari.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>La Regione prevede integrazione di interventi tra Comuni e Aziende USL e promuove la collaborazione con il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, con gli Enti del terzo settore, per la programmazione condivisa, l'attuazione ed il monitoraggio di azioni volte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sviluppo e consolidamento delle attività degli sportelli informativi per detenute/i, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario;</li> <li>• promozione, in raccordo con le istituzioni competenti ed i soggetti del terzo settore, di interventi coordinati finalizzati al miglioramento della qualità della vita, benessere della persona e all'umanizzazione della pena, con particolare attenzione ai "nuovi giunti" e ai "dimittendi";</li> <li>• realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per</li> </ul>

	<p>l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• produzione e utilizzo di materiale informativo specifico per il contesto di riferimento e/o realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione in linea con le campagne nazionali e mondiali (giornate sui temi dell'HIV, della prevenzione del tumore al seno, della lotta al fumo, ecc.);</li> <li>• sostegno di progetti di inserimento e re-inserimento socio-lavorativo per coloro che sono in esecuzione penale esterna e/o in uscita dal carcere e che spesso sono portatori di fragilità complesse (personali, familiari, sanitarie, ecc.);</li> <li>• sostegno alla sperimentazione di percorsi innovativi, quali quelli ispirati ai principi della giustizia riparativa con particolare attenzione alla mediazione penale;</li> <li>• supporto ai percorsi di cura e inclusione sociale dei rei prosciolti per disturbi mentali sottoposti a misure di sicurezza detentiva, in Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), o non detentiva;</li> </ul> <p>Gli investimenti economici complessivi dei progetti rappresentati nella presente scheda fanno riferimento a diverse voci di spesa composte e inserite nel bilancio dell'Azienda UsI</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche di sostegno alla fragilità – Programma d'inclusione sociale previsto dalle Amministrazioni Comunali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL, Direzioni Carceri e Comuni/Unioni dei Comuni, Associazioni del territorio
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore U.O Cure Primarie Servizi sociali dell'Unione della Romagna faentina
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane e materiali dei soggetti coinvolti N.B.: Il finanziamento quota fondo sanitario è relativo ai tre Istituti carcerari dell'Azienda UsI della Romagna

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## Promozione di politiche di Equità e approccio alla medicina di genere

Completato

### Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

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

<b>Razionale</b>	Molte sono le evidenze oggi disponibili sul ruolo dei determinanti sociali sulle diseguaglianze di salute. Pertanto è opportuno porre l'attenzione ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle organizzazioni di cura, prevenzione e assistenza sociale e sanitaria. Fondamentale diventa la capacità, nei processi di organizzazione dei servizi, di considerare la pluralità delle differenze al fine di produrre uguaglianza nel diritto alla salute (Governance for health Equity OMS 2003)
<b>Descrizione</b>	Per favorire un approccio strutturale al tema Equità è necessario intervenire sia con azioni di sistema volte ad agire sul sistema dei servizi nel suo complesso, sia con azioni puntuali all'interno delle singole organizzazioni e degli operatori che verso gli utenti. Alla luce delle esperienze già attuate in questi anni si procederà nel dare nuovo impulso al coordinamento Aziendale al fine di assicurare la pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione, gestione e erogazione dei servizi. Si prevede di sviluppare l'adozione di strumenti orientati all'Equità (es: Health Equity Audit) per garantire maggiore coerenza tra i dati di iniquità e le azioni messe in campo. Gli investimenti economici complessivi dei progetti rappresentati nella presente scheda fanno riferimento a diverse voci di spesa composte e inserite nel bilancio dell'Azienda Usl.
<b>Destinatari</b>	Utenti e operatori dei servizi del sistema regionale, con maggiore attenzione alle fasce più vulnerabili (es. persone in povertà o a rischio di esclusione sociale)
<b>Azioni previste</b>	-Attivazione del Coordinamento Aziendale sull'equità - Adozione aziendale del piano di azioni sull'equità - Utilizzo di specifici strumenti e metodologie per valutare interventi e programmazione (es. Equality Impact Assessment); - programmare la formazione dei professionisti per fornire competenze sulla valutazione e il contrasto delle diseguaglianze.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Interventi previsti dal piano Regionale della Prevenzione 2015-2018; Politiche per promuovere l'Health Literacy e l'autonomia delle persone.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Agenzia Sanitaria e sociale regionale, Amministrazioni comunali, Istituzioni scolastiche, Volontariato.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore di Distretto (in quanto componente del gruppo di coordinamento aziendale sull'Equità)
<b>Risorse non finanziarie</b>	Operatori sanitari afferenti l'Azienda Usl e operatori Comuni/ Unioni dei comuni

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

## Azioni di contrasto all'esclusione sociale delle persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di marginalità

Completato

### 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>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	La crisi economica degli ultimi anni ha provocato l'impovertimento di molte categorie sociali, con la conseguenza che oggi molte persone vivono in condizione di povertà estrema e la condizione di homeless-ness è diventata sempre più grave. Ciò pone l'obbligo di costruire risposte strutturate e articolate rivolte a un numero crescente di persone, caratterizzate da bisogni complessi in cui si sommano problemi legati alle dipendenze, al disagio mentale, alla salute, di tipo relazionale, socio-economico, ecc.
<b>Descrizione</b>	Crescente aumento delle povertà estreme e di homeless-ness con fattori di multi problematicità e multifragilità (problematiche sanitarie, dipendenze, disagio psichico) Alcuni bisogni sanitari complessi inerenti il disagio mentale e le dipendenze non trovano una presa in carico nei servizi specialistici in quanto si tratta di soggetti privi di residenza
<b>Destinatari</b>	Adulti, anziani soli, stranieri, nuclei con minori e nuclei monogenitoriali, padri separati, ex detenuti
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. interventi a bassa soglia e di pronto intervento sociale come risposta ai bisogni primari(cibo, riparo, cure mediche ) anche in risposta ai bisogni contingenti (emergenza freddo);</li> <li>2. consolidamento di tavoli ( CRAC) tra servizi sociali, sanitari e terzo settore per la ricognizione dei bisogni, la programmazione, formulazione di progetti al fine di dare risposte mirate ai bisogni emergenti di individui o gruppi di individui;</li> <li>3. favorire l'accesso alle politiche di contrasto alla povertà locali, regionali, nazionali (rei, res, bonu sociali, l. 14) e collaborazione con i centri per l'impiego;</li> <li>4. consolidamento del modello housing first e nuove formule di abitare solidale (condominio solidale);</li> <li>5. attivazione del percorso per la programmazione di una serie di eventi/cinema durante il periodo estivo, coinvolgendo la comunità locale nell'organizzazione e nell'attuazione degli eventi. Le tematiche proposte dovranno avere rilevanza sociale e si dovranno creare le condizioni affinché le famiglie coinvolte, possano sentirsi veramente parte attiva e protagonista nella promozione di tali eventi. Alla richiesta di coinvolgimento in questo percorso a titolo di volontariato, gli operatori costruiranno un patto educativo con le famiglie interessate, che vede il riconoscimento di aiuti socio-assistenziali richiesti dalle famiglie stesse;</li> <li>6. proseguimento della collaborazione con l'ASP della Romagna Faentina nella partecipazione al progetto "Faenza contro l'usura";</li> <li>7. Potenziamento della collaborazione con la Fondazione "Pro Solidarietà" di Faenza per la gestione delle attività a sostegno delle persone indigenti e senza fissa dimora;</li> <li>8. promozione di interventi di sostegno alla transizione abitativa ed all'autonomia dei nuclei Rom e Sinti, in attuazione del progetto presentato alla Regione Emilia Romagna, ai sensi della L.R. n. 11/2015.</li> </ol>

	Si tratta, più in generale, di attività legate alla messa a disposizione di abitazioni, di assistenza educativo-domiciliare, di attivazione di progetti di inclusione sociale e di volontariato come avvio per percorsi di inserimento lavorativo.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, culturali e giovanili, politiche del lavoro, politiche sanitarie, politiche per la casa
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Associazioni, Terzo Settore, cooperative sociali, associazioni di volontariato, servizi sociali e sanitari, Asp della Romagna Faentina, Comes cooperativa sociale Onlus di Marradi (FI)
<b>Referenti dell'intervento</b>	Settore servizi alla Comunità URF: Responsabile Ufficio di Piano; Responsabile Servizio Minori del Settore Servizi alla Comunità; Responsabile Servizio Anziani, Adulti e Disabili del Settore Servizi alla Comunità; Direttore UO Dipendenze patologiche
<b>Risorse non finanziarie</b>	Risorse umane e materiali dei soggetti coinvolti Volontari e risorse proprie delle Associazioni del territorio, coinvolte nelle progettazioni

**Totale preventivo 2018: € 323.159,45**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **35.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **234.735,30 €**
- Quota Fondo povertà nazionale: **53.424,15 €**

**Indicatori locali: 0**

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

Completato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

<b>Razionale</b>	<p>L'arrivo e la permanenza in Italia e in Emilia Romagna di persone provenienti da Paesi Terzi rappresentano un fenomeno strutturale ed in aumento, che necessita di adeguate risposte in una ottica preventiva e promozionale. Nel corso degli ultimi anni le caratteristiche dei flussi in ingresso sono significativamente cambiate :  in particolare nell'ambito del territorio dell'Unione della Romagna Faentina si registra l'uscita dai centri di accoglienza straordinaria (non essendo al momento prevista un'accoglienza nell'ambito dello SPRAR) di madri sole con figli che richiedono la predisposizione di progetti per continuare il progetto di inclusione che attualmente non sono ancora strutturati sul nostro territorio e che quindi interpellano la comunità e le sue risorse. Al 20/04/2018 si attesta la presenza di numero 3 nuclei madre-bambino usciti dai cas del territorio e numero 2 nuclei in prossima uscita. Appare significativo evidenziare che il fenomeno è in un fase iniziale legata alla recente apertura dei cas nel territorio e che la prefettura ne prevede un aumento significativo. In riferimento al fenomeno dei minori stranieri non accompagnati si evidenzia una diminuzione degli stessi all'interno di percorsi comunitari sul territorio, rispetto all'anno 2015, legata ad un aumento della risposta positiva all'attivazione da parte delle reti parentali presenti nel territorio.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Sostenere i percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera, in particolare verso le persone neo arrivate (per ricongiungimento familiare, richiesta di protezione internazionale, lavoro) e/o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.), al fine di rispondere a particolari bisogni (lingua italiana, mediazione, orientamento al territorio e alla normativa). In relazione ai flussi non programmati di richiedenti protezione internazionale, occorre consolidare una filiera istituzionale dell'accoglienza e dell'inclusione, promuovendo la definizione di un modello di accoglienza integrato a livello territoriale tra interventi statali, regionali e locali, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Accoglienza e del Piano Nazionale Integrazione così come previsti dal Dlgs 142/2015.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Personne appartenenti a Paesi Terzi neo arrivate in Italia:  minori stranieri non accompagnati;  nuclei vulnerabili composti da madri sole e minori in uscita da percorsi di accoglienza in qualità di richiedenti protezione internazionale;  minori/adulti vittime di tratta</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>a) Sostegno all'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria:  mantenimento dei corsi di lingua italiana comprensivi di momenti di incontro/confronto con gli esperti dei servizi territoriali (consultorio familiare, pediatria di comunità, servizio sociale-centro per le famiglie..);  b) Promuovere un sistema locale di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale in connessione e coerenza con interventi governativi:  - consolidare il modello di governo locale del sistema di accoglienza che, attraverso la</p>

definizione di linee di intervento, consenta una miglior gestione del fenomeno e del suo impatto sul sistema dei servizi territoriali. In relazione a questo obiettivo, rispetto alle madri titolari di protezione internazionale ospiti dei Cas del territorio dell'Unione (Farsi Prossimo, Ceis, Il Giardino dell'Ospitalità, La Rosa dei Venti):

- 1) programmare una presa in carico congiunta da parte di tutti gli attori coinvolti (Asp, Prefettura, Servizio Sociale, Cas), al fine di sostenere e valutare in itinere l'andamento del progetto di integrazione delle singole madri e l'eventuale evoluzione nel momento della dimissione dal Cas;
- 2) programmare con i soggetti del territorio (pubblici, del privato sociale, del volontariato) una modalità di presa in carico al termine del periodo di accoglienza straordinaria, rispondente ai bisogni emersi in fase valutativa: prioritariamente, tale presa in carico potrebbe avvenire da parte delle Associazioni responsabili dei Cas, per una continuità delle figure di riferimento da affiancare agli operatori del servizio sociale;
- 3) consolidare il percorso di sensibilizzazione della comunità, coinvolgendo il Terzo Settore e il volontariato;
- 4) favorire un approccio omoculturale attraverso il sostegno di soggetti conosciuti e ritenuti idonei da parte del servizio sociale;
- 5) definire progetti di supporto all'accudimento, in particolare per la fascia 0-3 anni, attraverso una specifica co-progettazione in collaborazione con il Terzo Settore.

c) Promuovere un sistema locale di accoglienza e integrazione per minori stranieri non accompagnati in connessione e coerenza con gli interventi regionali e governativi:

- 1) programmare una presa in carico congiunta da parte di tutti gli attori coinvolti (questura, servizi scolastici e formativi, servizi sanitari, servizi sociali, tribunale dei minorenni) al fine di sostenere e valutare in itinere l'andamento del progetto di integrazione e la regolarizzazione della posizione sul territorio italiano;
- 2) concordare con le Forze dell'Ordine le azioni idonee a favorire la ricostruzione di eventuali rapporti parentali sul territorio italiano;
- 3) favorire percorsi di affidi familiari omoculturali in alternativa all'istituzionalizzazione, in collaborazione con il centro per le famiglie, le associazioni rappresentative degli stranieri e il privato sociale;
- 4) implementare la presenza e la formazione di mediatori culturali competenti, in collaborazione con le associazioni rappresentative degli stranieri e il privato sociale;
- 5) definire progetti di tutoraggio e di accompagnamento sul territorio per favorire l'autonomia dei neo maggiorenni;
- 6) prevedere in collaborazione con i servizi di inserimento lavorativo, percorsi che possano essere partecipati anche da minorenni prossimi al compimento della maggiore età, compatibilmente con il livello di maturità e di conoscenza della lingua raggiunto, in modo che possano avviarsi all'indipendenza economica fin da subito;
- 7) favorire l'acquisizione di competenze interculturali da parte dei servizi territoriali e terzo settore attraverso momenti di formazione con esperti del settore;
- 8) contenere il flusso dei minori stranieri non accompagnati - clandestini - anche con azioni di rimpatrio assistito, nei casi di assenza di reti parentali e/o amicali e di forte rischio di avviamento di attività illegali;

d) Promuovere un sistema locale di accoglienza e integrazione per vittime della tratta attraverso l'attività di sensibilizzazione e di promozione del progetto locale "Oltre la Strada".

e) Consolidare il modello organizzativo che vede il coordinamento pubblico del servizio di accoglienza, gestito sul piano operativo dall'ASP della Romagna Faentina e da undici soggetti del Terzo Settore, attraverso una rete di 32 strutture di accoglienza CAS;

f) Proseguire nella collaborazione con l'ASP della Romagna Faentina ai fini dell'attuazione di interventi sperimentali di seconda accoglienza in favore di rifugiati e richiedenti asilo che manifestino l'intenzione di fermarsi sul nostro territorio.

g) Progettare interventi di seconda accoglienza, in collaborazione con l'ASP della Romagna Faentina, nei confronti di persone che versino in situazioni di particolare fragilità e vulnerabilità quali donne sole, nuclei monogenitoriali e vittime della tratta.

h) Garantire e consolidare il corso di alfabetizzazione per donne straniere che si svolge al Centro per le Famiglie in collaborazione con il Centro Provinciale per l'Istruzione degli adulti: per permettere la frequenza alle donne che abbiano figli non in età scolare viene offerto un servizio di "babysitteraggio".

	<p>i) Promuovere i lavori della Consulta dei cittadini stranieri e delle cittadine straniere, costituita a seguito di un percorso elettivo locale, ai sensi della L.R. n. 5/2004.</p> <p>l) Garantire la presenza del punto informativo specialistico per i cittadini stranieri, gestito dalla cooperativa sociale RicercAzione e dedicato ad attività di informazione, orientamento e consulenza.</p> <p>Per impostare una corretta relazione tra neo-arrivati e società che accoglie è essenziale imparare il prima possibile la lingua del paese di destinazione per rimanere nel nostro paese in condizioni di regolarità, per attivare un processo di integrazione sociale, lavorativa, culturale, politica e per rafforzare le chance di successo del migrante nell'ambito delle singole politiche di settore.</p> <p>Si registrano delle difficoltà nell'apprendimento della lingua italiana, sembrerebbe importante che gli attori coinvolti strutturassero dei momenti di valutazione per comprendere le cause che portano il singolo neo-arrivato ad avere delle problematiche nell'apprendimento della lingua italiana, con la finalità di riprogrammare l'intervento.</p> <p>La gestione dei flussi non programmati di richiedenti asilo, minori non accompagnati e vittime di tratta è oggi in capo a diversi soggetti istituzionali, sì che l'accoglienza si fonda su sistemi paralleli che devono essere ricondotti a sistematicità e maggiormente interconnessi con il territorio: ciò è possibile solo a patto di intensificare la collaborazione inter-istituzionale e, al contempo, coinvolgere opportunamente le comunità locali (società civile organizzata e singole individualità).</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Politiche sociali, sanitarie, educative e di promozione</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Settore Servizi alla Comunità dell'Unione della Romagna Faentina.  Ausi - Distretto Faenza  Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni  Tribunale per i Minorenni  Forze dell'Ordine  Comitato Minori Stranieri non accompagnati  Strutture residenziali per l'accoglienza, sia in urgenza che programmata  ASP della Romagna Faentina  CAS  Ministero degli interni progetto SPRAR minori  Famiglie aderenti al progetto accoglienza  Privato sociale  Volontari singoli o associato  Centro servizi stranieri</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Responsabile Settore Servizi alla Comunità, Capo Servizio Minori e Famiglia , Servizi alla Comunità; responsabile ufficio di Piano .  Direttore UO Riabilitazione psichiatrica - CSM</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>In via di definizione: Finanziamento "Progetto ministeriale TEAM Progetto Start ER 2 - Salute, tutela e accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale in Emilia Romagna".  Risorse umane e materiali dei soggetti coinvolti.</p>

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	
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>Promozione del diritto alle pari opportunità, contrasto a tutte le forme di discriminazione diretta o indiretta.</p> <p>Accanto alla parità tra donne e uomini, vengono prese in considerazione le discriminazioni multiple e i pregiudizi in base non solo al sesso, al colore, alle origini etniche e sociali, alla lingua, alla religione o ad altre convinzioni, alle opinioni politiche o ad altre opinioni, ma anche quelle relative all'appartenenza ad una minoranza, alla disabilità, all'età, all'orientamento sessuale, all'identità di genere o allo stato economico o sociale.</p> <p>L'educazione alle differenze va promossa fin dall'infanzia, poiché è nella prima fase della vita che si sviluppano i modelli di riferimento.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Realizzare azioni volte alla diffusione della cultura delle differenze ed al contrasto al pregiudizio.</p> <p>Sviluppare l'integrazione fra il mondo della scuola ed il mondo della formazione.</p> <p>Promuovere interventi di mediazione linguistico culturale, prevalentemente in ambito scolastico.</p> <p>Favorire l'inserimento della popolazione immigrata.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutti i cittadini con particolare riguardo alle donne, alle persone con disabilità ed alle persone straniere.
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azioni per l'inserimento sociale e scolastico dei minori stranieri: attraverso il Centro per le Famiglie, vengono realizzati interventi di mediazione linguistico-culturale nelle Scuole, per favorire l'integrazione degli alunni stranieri nel contesto scolastico.</li> <li>- Promozione delle attività della Consulta dei cittadini e delle cittadine straniere, istituita in applicazione della L.R. n. 5 del 2004, per favorire l'integrazione delle persone straniere nel contesto sociale locale e per promuovere la loro partecipazione attiva alla vita delle Istituzioni locali e dell'intera comunità.</li> <li>- Attività di informazione, orientamento e consulenza in materia di immigrazione della popolazione straniera, mediante il Punto informativo specialistico per cittadini stranieri, con sportelli aperti nel territorio del Comune di Faenza e di Castel Bolognese.</li> <li>- Interventi di integrazione scolastica e di sostegno integrato alle attività estive, in favore di alunni con disabilità: garantire interventi assistenziali ed educativi, erogati da personale qualificato, a sostegno dell'integrazione scolastica per alunni disabili frequentanti le scuole di ogni ordine e grado ed i servizi per l'infanzia, in linea con quanto definito nel Piano educativo individualizzato; garantire i medesimi interventi anche nel periodo estivo, per permettere alle famiglie la libera scelta dei centri estivi da frequentare.</li> <li>- Promuovere la prosecuzione delle attività legate al Progetto "Comunità educante", in collaborazione con la cooperativa sociale Kaleidos di Faenza e nell'ambito dell'attuazione della L.R. n. 3/2010: oggetto del processo partecipativo è l'ideazione e l'organizzazione della</li> </ul>

	<p>Settimana faentina dell'Educazione, il "Festival della Comunità educante", la cui filosofia ispiratrice è legata ad un antico proverbio africano: "Per educare un fanciullo serve un intero villaggio".</p> <p>- Realizzazione in partnership con l'Associazione SOS Donna di Faenza e l'Unione dei Comuni della Bassa Romagna, delle attività inserite nel progetto "Unioni per le differenze", presentato in Regione nel 2018, ai sensi della D.G.R. n. 1835/2017: si tratta di azioni di promozione, di sensibilizzazione e di formazione alla cultura delle differenze, da realizzare sia nelle scuole che nel territorio, attraverso incontri pubblici, spettacoli teatrali, percorsi formativi, autoformativi ed educativi, percorsi di sostegno alla genitorialità ed alle relazioni sociali e familiari, laboratori di socializzazione e teatrali.</p> <p>- Valorizzazione e promozione delle attività dell'Associazione sportiva disabili di Faenza: l'Associazione, socia della cooperativa Nuova Co.G.I.Sport di Faenza cui è affidata la gestione della piscina comunale, opera per favorire la pratica sportiva delle persone con disabilità, fra cui in particolare le persone disabili che frequentano i Centri diurni e gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado per interventi di psicomotricità.</p> <p>- Incentivazione della collaborazione fra Associazioni espressione del mondo della disabilità, Istituti scolastici e Associazioni di promozione sociale del territorio per la diffusione di progetti di inclusione scolastica e sociale, anche per il tramite di operatori commerciali: implementazione nel territorio dell'Unione della comunicazione aumentativa alternativa (CAA), metodologia inclusiva di cui rendere partecipi non solo gli insegnanti ed i genitori, ma la cittadinanza tutta.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sanitarie, sociali, del lavoro, educative
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Associazione SOS Donna di Faenza, Associazione Demetra di Lugo, Unione della Bassa Romagna e Unione della Romagna Faentina, Asp della Romagna Faentina, Cooperativa sociale RicercAzione, Associazione Teatro Due Mondi, AUSL, Istituzioni scolastiche.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Operatori dei servizi socio-sanitari e scolastici, con particolare coinvolgimento di assistenti sociali ed educatori. Settore Servizi alla Comunità: Ufficio di Piano
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 123.520,48**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **45.298,60 €**

- Altri fondi statali/pubblici (*Provincia di Ravenna - Fondi ex L. 208/2015 art. 1 c. 947*): **78.221,88 €**

**Indicatori locali: 0**



## Potenziamento degli interventi nei primi mille giorni di vita

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL della Romagna in collaborazione con l'Unione dei Comuni</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>	È ormai appurato scientificamente che lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino non sono automatici, ma avvengono in risposta a stimoli sociali e interpersonali. Questi stimoli influenzano entità, direzione e stabilità delle connessioni sinaptiche e quindi lo sviluppo delle reti neuronali che sono alla base delle diverse competenze del bambino, delle interazioni tra queste e le sue capacità di apprendere. Interventi domiciliari, per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita producono risultati volti a contribuire a ridurre le disuguaglianze, a sostenere la genitorialità ed a prevenire condizioni di trascuratezza/negligenza dei bambini. Interventi precoci in epoca prenatale e post natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze.
<b>Descrizione</b>	Il progetto è rivolto soprattutto al sostegno ai neogenitori, nell'accesso ai servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei bambini, quali nidi e scuole per l'infanzia, servizi sociali e sanitari. L'aiuto dovrà essere orientato a identificare i fattori di rischio e a supportare le famiglie nell'identificazione delle risorse proprie, della rete familiare allargata e nel contesto sociale e delle modalità per far fronte alle difficoltà. Gli strumenti potrebbero essere interventi di home visiting, programmi di sostegno ai genitori mirati a costruire legami di attaccamento sicuri nei bambini, ad aiutare i genitori stessi ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo dei bambini ed a facilitare la loro relazione, a rafforzare l'autostima della madre, a prevenire episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.
<b>Destinatari</b>	Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori. Neomamme e famiglie con figli piccoli anche in condizioni di vulnerabilità sociale. Individuazione di criteri di priorità nell'attivazione dell'intervento in relazione all'età dei bambini, alle condizioni della madre, ed ai fattori di rischio (ad es. basso livello socio-economico; età della madre <20 anni o nucleo monoparentale; basso livello di scolarizzazione; mancanza di supporto familiare, stato depressivo materno o depressione post-partum, ecc.).
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenziare la collaborazione tra i diversi servizi della rete (centro per le famiglie, assistenti sociali, consultorio, neuropsichiatria infantile, pediatri di libera scelta, ecc...).</li> <li>- Garantire l'accesso ad un'assistenza appropriata ed integrata al percorso nascita, con particolare attenzione alle azioni di empowerment della coppia genitoriale.</li> <li>- Implementare l'assistenza integrata al puerperio e al sostegno dell'allattamento materno.</li> <li>- Attivare azioni di prevenzione e cura (es. interventi di educativa domiciliare e/o home visiting e/o altri programmi di intervento) mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri, a rafforzare l'autostima della madre, a prevenire episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.</li> <li>- Porre un'attenzione particolare a raggiungere, informare, coinvolgere le famiglie straniere e le famiglie svantaggiate, individuando precocemente le situazioni di vulnerabilità nei periodi</li> </ul>

	<p>preconcezionali, prenatali e nel primo anno di vita, anche attraverso l'attivazione di screening, quali quello della violenza domestica e della salute mentale in gravidanza e nel post parto.</p> <p>- Promuovere nei contesti di accudimento del bambino interventi a domicilio, fattori protettivi e di resilienza stimolando anche la capacità dei genitori (e del contesto allargato) di fruire delle risorse offerte dai servizi socio-educativi e sanitari territoriali.</p> <p>- Individuazione precoce delle situazioni dove sussistono fattori di rischio per una presa in carico tempestiva integrata fra i servizi preposti alla tutela.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Sostegno alla genitorialità (famiglia e contesto allargato/Comunità)
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Consultori Familiari,                      Pediatria di Comunità,                      Pediatri di libera scelta,                      Medici di medicina generale, Punti Nascita, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.), i servizi educativi 0-3 anni, scuole dell'infanzia, coordinatori e coordinamento pedagogico, biblioteche, associazionismo, terzo settore.</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Centro per le famiglie                      Consultorio familiare                      Servizi Sociali</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>Ostetriche del consultorio familiare                      Medici del consultorio familiare                      Psicologi del consultorio familiare</p>

**Totale preventivo 2018: € 11.774,26**

- Centri per le Famiglie: **6.129,04 €**
- Altri fondi statali/pubblci ( ): **5.645,22 €**

**Indicatori locali: 0**



## Sostegno alla genitorialità

Completato

### Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Aiutare le coppie in tutte le fasi di crisi in cui ci si può trovare separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economiche, in tutti i casi in cui vi siano patologie o disabilità che riguardano i figli.
<b>Descrizione</b>	Negli ultimi anni si è sempre di più assistito ad un aumento della conflittualità familiare, che ha portato alla crescita del numero delle separazioni e dei divorzi, con l'inevitabile coinvolgimento dei figli. A tale situazione va aggiunto un generale impoverimento, determinato dalla lunga crisi economica che impone di ri-orientare il sistema dei servizi per far fronte ai nuovi bisogni, con una attenzione all'educazione alla prima infanzia, alla promozione del benessere e di stili di vita sani e consapevoli. Un aiuto concreto deve essere rivolto alle famiglie affidatarie e adottive.
<b>Destinatari</b>	Famiglie con figli piccoli, figli giovani adulti e adolescenti
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenere progetti integrati di tipo partecipativo tra sociale sanitario educativo e privato. Il Consultorio sarà un punto della rete che si attiverà per il sostegno alla genitorialità in collaborazione con i Servizi Sociali e con la Neuropsichiatria Infantile per dare una risposta alle sempre crescenti conflittualità familiari determinate da povertà e dallo sfaldamento dei nuclei familiari con crescente vulnerabilità dei soggetti più deboli (bambini e adolescenti).</li> <li>- Interventi di supporto alla genitorialità in presenza di nuclei familiari stranieri al cui interno esiste il rischio di isolamento sociale e di deprivazione, intercettando e accompagnando queste famiglie in percorsi di inclusione.</li> <li>- Porre particolare attenzione a situazioni complesse, quali quelle determinate da violenza domestica o matrimoni forzati che possono accentuare le difficoltà ad esercitare la funzione genitoriale.</li> <li>- Rendere maggiormente visibile l'operato del Centro per le Famiglie, quale servizio dedicato all'informazione, all'orientamento, al sostegno alle competenze genitoriali, allo sviluppo delle risorse familiari e comunitarie.</li> <li>- Riconoscere aiuti di carattere economico, nel rispetto delle normative esistenti, al fine di sostenere le capacità dei nuclei familiari che presentano difficoltà, anche a causa della crisi economica, e di favorire la partecipazione alle attività educative e culturali del territorio, dedicate in modo particolare ai minori.</li> <li>- Attivare le risorse del territorio per promuovere forme di accoglienza familiare e di supporto alle famiglie, in collaborazione con l'associazionismo ed il volontariato locali.</li> <li>- Approfondire il tema della conflittualità familiare e delle separazioni, quale fenomeno all'attenzione dei servizi in modo trasversale, anche tramite la definizione di procedure e di modalità di lavoro condivise con le Autorità giudiziarie e gli Ordini degli Avvocati-</li> <li>- Potenziare la collaborazione tra il Centro per le famiglie e l'Associazione "sulleAlIdella MENTE" per mantenere un punto di ascolto e di orientamento in ambito distrettuale allo scopo di sensibilizzare ai problemi di anoressia nervosa, bulimia nervosa e alimentazione compulsiva; fornire indicazioni a parenti e amici su come riconoscere e aiutare chi soffre di un disturbo</li> </ul>

	<p>alimentare; orientare le persone che soffrono di un disturbo alimentare verso dei possibili percorsi di cura; promuovere delle iniziative di prevenzione cercando di sensibilizzare la popolazione e le istituzioni al problema; condurre gruppi di Auto Mutuo Aiuto per persone affette da DCA e per le reti formali e informali coinvolte.</p> <p>- Implementare gli interventi per promuovere l'elaborazione del lutto naturale e traumatica, anche in collaborazione con l'Associazione "Rivivere", attraverso: momenti formativi, conferenze e progetti sperimentali rivolti a promuovere una cultura del lutto rivolti a operatori, insegnanti e genitori; interventi di counselling focale rivolti a persone che hanno vissuto un lutto naturale e traumatico, gruppi di confronto tra genitori che hanno perso un figlio e tra adulti che hanno perso una persona cara, gruppi di parola per bambini e ragazzi che hanno perso un genitore.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>12. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo arrivate</p> <p>9. Medicina di genere</p> <p>15. Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accadimento familiare e nei servizi.</p> <p>25. Contrasto alla violenza di genere</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Centri per le famiglie, Servizi sociali, Neuropsichiatria infantile, Pediatri di libera scelta e Medici di medicina generale, Punti Nascita, Servizi specialistici in caso di patologie specifiche, Servizi educativi 0-3 anni, Scuole di ogni ordine e grado, Biblioteche, Enti del Terzo settore, Coordinatori pedagogici.</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Servizio per i minori, Centri per le famiglie e Consultorio familiare</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>Psicologi del consultorio familiare</p>

**Totale preventivo 2018: € 36.600,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **24.600,00 €**
- Centri per le Famiglie: **12.000,00 €**

**Indicatori locali: 0**

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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;D;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'adolescenza è una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé. È una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. La tutela dei diritti alla partecipazione, all'ascolto, alla conoscenza e ad un ambiente di vita che garantisca e promuova benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti. Nel territorio regionale esistono numerose e spesso eccellenti esperienze di promozione del benessere e della salute e di prevenzione del rischio in adolescenza. Tali esperienze sono spesso frammentarie sia per la molteplicità di fattori (e di servizi) che intervengono nella fascia d'età 11-19 anni, che per la difficoltà degli adolescenti ad accedere in modo spontaneo ai servizi e, soprattutto, per la non completa condivisione delle strategie e integrazione degli interventi in ambito sociale e sanitario a livello regionale. È quindi indispensabile ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione interistituzionale e interprofessionale sia a livello regionale che territoriale. La programmazione degli interventi ha come riferimento la conoscenza delle caratteristiche, delle condizioni di vita e dei bisogni degli adolescenti del territorio, definita sulla base di dati, ricerche e ascolto e coinvolgimento diretto degli adolescenti.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il "Progetto Adolescenza" (approvato con Dgr. 590/13 "Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza - Linee di indirizzo regionali") si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti (con attenzione agli adulti di riferimento ed al passaggio alla maggiore età) e di coordinare, in un percorso integrato dedicato agli adolescenti, le diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende sanitarie/province ed ai Distretti/Zone sociali. La proposta metodologica è di operare utilizzando le risorse e le competenze già oggi disponibili, che vanno raccolte e coordinate in un "Progetto Adolescenza" con una programmazione che attraversi tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, scolastici ed educativi, che operi in collaborazione con il Terzo settore e che sia coordinato a livello aziendale/provinciale, con una declinazione distrettuale. Le modalità organizzative del "Progetto Adolescenza" vengono definite nel rispetto delle diverse specificità territoriali e garantiscono continuità tra promozione, prevenzione e cura e appropriatezza degli interventi. Il gruppo di operatori che si coordina nel "Progetto Adolescenza" è multidisciplinare e trasversale a tutti i servizi sociali e sanitari che si occupano di adolescenti. Sono collegati al "Progetto Adolescenza" tutti gli interventi socio-sanitari destinati alla fascia d'età 11-19 anni in ambito scolastico e comunitario (promozione di stili di vita salutari, prevenzione e cura delle psicopatologie, educazione all'affettività e alla sessualità, promozione della salute sessuale e riproduttiva, tutela dei minori, prevenzione del maltrattamento e abuso, individuazione precoce dei comportamenti a rischio ecc.), compresi i progetti contenuti nel Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 di cui alla D.G.R. 771/2015. Le raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per</p>

	<p>gli adolescenti e i giovani adulti” rappresentano uno sviluppo ed un approfondimento delle prime indicazioni sulle caratteristiche dei percorsi di cura contenute nella DGR 590/2013 e propongono un percorso di cura per l’età 14-25 anni fondato su continuità e integrazione tra promozione del benessere, prevenzione e cura; garanzia di accesso diretto; competenza specifica e integrazione dei professionisti. Il Progetto Adolescenza” si caratterizza per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- forte connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di adolescenza: scuola, servizi educativi, servizi sanitari, servizi e opportunità sociali (tempo libero, servizio civile, cultura, sport);</li> <li>- integrazione e armonizzazione tra politiche di promozione, prevenzione, sostegno e cura;</li> <li>- contemporaneità di attenzione all’adolescenza, alla comunità e ai legami esistenti e da sviluppare;</li> <li>- organizzazione di interventi in una logica di prossimità (andare verso), affiancamento partecipato e flessibilità;</li> <li>- attenzione e sostegno alle competenze genitoriali;</li> <li>- attenzione e cura alla promozione del benessere scolastico, come fattore di contrasto alla dispersione scolastica e all’insuccesso formativo;</li> <li>- cura delle relazioni tra generi, tra generazioni, tra culture;</li> <li>- collaborazione con il terzo settore;</li> <li>- integrazione gestionale delle risorse umane e materiali, infra e interservizi, individuando configurazioni organizzative e modalità di coordinamento tra le attività dei diversi servizi ed enti;</li> <li>- integrazione professionale finalizzata al miglioramento del lavoro interprofessionale.</li> </ul>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Preadolescenti e adolescenti, loro familiari</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Sostenere i lavori del tavolo adolescenza: secondo quanto previsto dalla Delibera di Giunta regionale n. 590/2013 dal 2016 è stato istituito un tavolo con funzione di coordinamento che agisca in ambito sociale, educativo, scolastico e sanitario, coinvolgendo pubblico, privato e terzo settore per le azioni di prevenzione e promozione del benessere in adolescenza. Tale tavolo ha individuato due problematiche emergenti sulle quali lavorare in modo coordinato: il ritiro sociale e/o scolastico (il cosiddetto fenomeno NEET Not education, Employment or Training) e la violenza nelle scuole (in particolare il bullismo e il cyber bullismo). Il primo obiettivo su cui il tavolo è quello di creare una cultura condivisa su temi attuali che aiutino a leggere le peculiarità dei nostri giovani e della società odierna perchè possano guidarci verso una risposta più adeguata ai bisogni dei nostri bambini/ragazzi e delle loro famiglie. La complessità dei fenomeni sopracitati e dei successivi interventi richiede un intreccio di percorsi e una modalità di lavoro per “progetti”, in sinergia tra le diverse istituzioni, con la finalità di costruire strumenti e percorsi condivisi rispondenti ai bisogni dei ragazzi e delle loro famiglie. Partendo dagli esiti raggiunti col tavolo, si confermano i seguenti progetti anche per i prossimi anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l’opuscolo “I feel good” che ha raccolto negli anni scolastici 2016/2017 e 2017/2018 le proposte rivolte alle scuole di ogni ordine e grado realizzate da enti pubblici, privati e del terzo settore sui temi della promozione del benessere e della prevenzione;</li> <li>• promuovere la creazione di spazi pomeridiani con valenza aggregativi/educativa e di sostegno al percorso scolastico;</li> <li>• la proposta formativa: “COME PROMUOVERE L’AGIO DI BAMBINI E RAGAZZI A SCUOLA E IN FAMIGLIA” rivolta a tutti gli insegnanti e agli operatori sociali sanitari ed educativi pubblici e privati del territorio oltre che momenti divulgativi per le famiglie; si attiveranno altre formazioni comuni, volte anche ad individuare prassi e procedure condivise, per proseguire il lavoro svolto sul tema della promozione del benessere dei bambini e ragazzi con l’obiettivo di prevenire la violenza tra pari e la dispersione scolastica, anche in collaborazione con l’Università di Bologna e istituti specializzati sul tema.</li> <li>• Prevenzione e sensibilizzazione sugli stessi temi con incontri ed approfondimenti dedicati ai genitori.</li> <li>• Sostenere e implementare progetti sperimentali di presa in carico di ragazzi che vivono situazioni di ritiro sociale e/o scolastico: come ad esempio progetto coop. Educare insieme “E’ possibile! Anche con i ragazzi impossibili”;</li> <li>• Promuovere, in collaborazione con gli Istituti Scolastici Comprensivi del Distretto, l’apertura di sportelli psicologici dedicati agli studenti delle Scuole Secondarie di 1° Grado.</li> <li>• Consolidare la collaborazione con L’ASP della Romagna Faentina per la prosecuzione del progetto “Tutor”: il progetto prevede un’azione educativa condivisa dal preadolescente e dalla sua famiglia; un supporto di tipo psico-affettivo e di aiuto per l’organizzazione dei compiti</li> </ul>

e per lo studio; un intervento educativo concordato e definito da un progetto elaborato in sinergia con i servizi sociali.

- Integrazioni fa il progetto "Tutor" (ASP della Romagna Faentina) ed il progetto "Ci sono anch'io: la squadra cresce" (Centro per le famiglie). Destinatari sono tutti i giovani di età compresa tra 5 e 18 anni ed indirettamente le loro famiglie: vengono sviluppati i percorsi di gruppo e/o individuali, condotti da personale educativo con l'ausilio di ragazzi selezionati e formati nell'ambito del progetto per l'impiego di volontari in Servizio Civile.

Il team educativo è composto da due ragazzi del servizio civile (debitamente formati e che abbiano già svolto parte del servizio presso centri ricreativi estivi) e da un tutor (che sta già seguendo il ragazzo il cui progetto individualizzato necessita di un ampliamento di riferimenti): presso il Centro per le Famiglie si incontra il piccolo gruppo-studio rivolto in particolare ai ragazzi delle Scuole secondarie di 1° grado che vivono situazioni individuali o familiari di fragilità e o di disagio, tre giorni alla settimana per due ore pomeridiane, al fine di sostenere la motivazione allo studio.

- Azioni finalizzate a promuovere l' agio, rivolti alle fasce adolescenziali e giovanili in esecuzione della Legge Regionale n. 14/2008: prosecuzione delle attività collegate ai progetti "URF... che Radio!", "Lavori in Unione" e "Informagiovani 3. 0".

URF.....che Radio!

La Web Radio è uno spazio di aggregazione virtuale, in cui le realtà territoriali possono incontrarsi e farsi conoscere, uno spazio in cui i giovani possano trovare opportunità di crescita personale, economica e sociale, condividendo attività formali ed informali che favoriscano la cooperazione creativa e lo sviluppo di idee imprenditoriali. Attualmente la sede della Radio si trova a Palazzo Borghesi (a Faenza in via Tonducci, 24), luogo in cui è presente la cooperativa sociale CEFF, una realtà con cui è iniziato un processo di conoscenza reciproca delle propria attività, allo scopo di sensibilizzare e informare ulteriormente i cittadini sul tema dell'integrazione sociale delle persone con disabilità.

Lavori in Unione

Il progetto è rivolto ai ragazzi e alle ragazze dai 14 ai 19 anni, che frequentano gli Istituti scolastico superiori di Faenza, Riolo Terme e Imola: vuole far conoscere agli adolescenti il mondo del volontariato e offrire l'opportunità di sperimentarsi in un'attività a favore della comunità.

Ai ragazzi viene proposto di dedicare, nei mesi estivi, due o più settimane delle loro vacanze ad iniziative che spaziano dalla tutela ambientale e dei beni comuni alla solidarietà, al turismo ed alla comunicazione.

Il progetto è strutturato in percorsi settimanali (5 giorni mattina e/o pomeriggio) in cui i ragazzi e le ragazze dopo una breve formazione, potranno inserirsi in specifiche attività di volontariato.

Informagiovani 3.0

Il progetto ha come obiettivo quello di modificare il servizio informagiovani, potenziandolo e sperimentando un nuovo modello progettuale più vicino ai giovani. In sinergia con gli Istituti Tecnici Superiori, sarà indetto un concorso d'idee per la realizzazione di un'APP pensata e realizzata dai giovani.

Attraverso la collaborazione del Distretto sanitario, del Centro per l'impiego, dei Sindacati, delle Associazioni di categoria, di Centuria Agenzia (gestore dell'incubatore Faenza), dell'Università e delle cooperative sociali, verrà sottoposto agli Istituti Superiori e ai Centri di formazione un catalogo di proposte per interventi nelle scuole che spazieranno dalla salute, alla formazione, all'orientamento al mondo del lavoro o a quello dei corsi universitari, alla digitalizzazione.

- Proseguire nel percorso di creare un maggior coordinamento tra i vari interventi indirizzati agli adolescenti in carico al servizio sociale favorendo la formazione degli operatori e la qualità degli interventi stessi in un'ottica integrata e di rete. Per esempio: educativa domiciliare, progetto tutor, centri pomeridiani, progetto esordi ...

☒

SERVIZI EDUCATIVI PER LA VALORIZZAZIONE DEL TEMPO EXTRASCOLASTICO: Centro di Aggregazione Giovanile (C.A.G.) e spazi compiti del territorio dell'URF. Come specificato dalle definizioni presenti nella legge regionale 14/08, tali servizi si offrono come luoghi per la socializzazione guidata, la promozione dell'agio e la prevenzione e, in considerazione delle specificità territoriali, anche per l'accompagnamento ai percorsi scolastici. Funzionano in stretta sinergia con i Comuni di riferimento e gli altri servizi del territorio, collaborando con le scuole secondarie di primo grado locali anche per progetti specifici in orario scolastico (CCR, progetti tematici su affettività, uso dei media...).

	- Favorire le occasione di partecipazione e "protagonismo" degli adolescenti con attività di volontariato e laboratoriali esempio: "Botteghe e mestiere", Lavori in Unione, Servizio civile "stand by me", Informagiovani...
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche di sostegno alla genitorialità; Politiche per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità; Politiche per la valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari; Politiche per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Coordinamento e sinergia con Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Medici di Medicina Generale, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.), Scuole secondarie di primo e secondo i servizi educativi scuole dell'infanzia, coordinatori e coordinamento pedagogico, biblioteche, associazionismo, terzo settore;
<b>Referenti dell'intervento</b>	Servizio minori - per gli aspetti meramente sociali – dott.ssa Dalpozzo Centro per le famiglie – Consultorio familiare – dott.ssa Zoffoli Neuropsichiatria Infantile – dott.ssa Attanasio Centro di Salute Mentale - Servizio Dipendenze Patologiche – dott.s
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 16.331,02**

- Centri per le Famiglie: **2.938,52 €**
- Altri fondi regionali (*Progetti L.R. 14/2008*): **13.392,50 €**

**Indicatori locali: 0**

## Promozione del benessere, prevenzione e cura di preadolescenti e adolescenti nelle scuole e prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare

Completato

### 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 –Dipartimento sanità pubblica come coordinamento aziendale</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>Nella promozione della salute rivolta ai ragazzi si adotta l' approccio 'salutogenico' (Antonovsky) basato sulla ricerca di ciò che crea salute e quindi attento ai fattori di protezione, che sono trasversali, rispetto al modello tradizionale dei fattori di rischio e della relativa puntuale 'patogenesi'. Questo elemento culturale si sviluppa pienamente nella concezione, sostenuta anche a livello europeo , che prende il nome di "scuole che promuovono salute", che da diversi anni viene portata avanti al livello provinciale e dal 2016 a livello aziendale, realizzando un 'catalogo ' di proposte volte alla promozione della salute nelle scuole, unitario a livello di Azienda USL della Romagna. Questo approccio si compone di diverse linee di azione: integrare le azioni e i percorsi di promozione della salute all'interno dello sviluppo della programmazione scolastica ; valorizzare il protagonismo e la partecipazione degli studenti; promuovere il miglioramento del contesto fisico e sociale della scuola; sviluppare strategie efficaci per creare legami tra scuola famiglia e comunità e per promuovere un utilizzo competente dei servizi sanitari. La costituzione di reti di scuole può dare un forte impulso a queste azioni. Si promuove inoltre l'utilizzo di tecniche fortemente interattive volte a favorire sicurezza emotiva e sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, basato sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment, ovvero di sviluppo del potenziale individuale e collettivo in termini di autostima, autoefficacia e autodeterminazione. Per la prevenzione dei DCA inoltre si utilizza il metodo della "dissonanza cognitiva"(cfr.Stice).</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'attività preventivo rivolta alle scuole, grazie anche all'approccio unificante dato dal Piano regionale della prevenzione copre tutto l'arco scolastico che va dalle materne alle scuole secondarie di secondo grado e si articola in percorsi che toccano diversi temi di salute, integrandoli ovunque possibile. Le proposte sono caratterizzate da diverse linee di azione: integrare le azioni e i percorsi di promozione della salute all'interno dello sviluppo della programmazione scolastica (curricolarità) ; valorizzare il protagonismo e la partecipazione degli studenti ( in particolare con la peer education) ; promuovere il miglioramento del contesto fisico e sociale della scuola; sviluppare strategie efficaci per creare legami tra scuola famiglia e comunità e per promuovere un utilizzo competente dei servizi sanitari. I temi più estesamente trattati sono quelli di 'Guadagnare salute, le dipendenze, l'educazione affettiva e sessuale, il benessere, la sicurezza, la prevenzione incidenti domestici .</p> <p>Oltre all'attività comune a tutta la Romagna vi son percorsi o collaborazioni specifiche. In Provincia di Ravenna si sperimenta un approccio alla prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare ( DCA) che si inserisce all'interno di proposte educazionali già sperimentate ( Paesaggi di prevenzione' ) , con formazione di insegnanti e studenti, svolta in collaborazione con l'associazione 'SulleALIdelleMENTI'.</p> <p>Di ventennale durata e trasversale a quali tutti i temi la collaborazione con l'Istituto Oncologico Romagnolo che ci accompagna nella formazione e nella realizzazione dei percorsi. Una nuova collaborazione si sta attivando con il 'Festival della creatività' a Faenza</p> <p>Oltre a quanto sopra, in ambito scolastico e comunitario saranno effettuati interventi socio-</p>

	<p>sanitari che promuovono stili di vita salutari prevenzione delle dipendenze, individuazione precoce dei comportamenti a rischio. Ciò in considerazione che l'adolescenza è una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé. È una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. La tutela dei diritti alla partecipazione, all'ascolto, alla conoscenza e ad un ambiente di vita che garantisca e promuova benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti. E' necessario mettere in campo interventi integrati per la prevenzione e la promozione del benessere di adolescenti e pre-adolescenti nei luoghi istituzionali (scuole) e nei luoghi di aggregazione giovanile (parrocchie, gruppi scout, gruppi sportivi ecc.) .</p> <p>Oltre a ciò il progetto "tra le righe" si propone interventi rivolti a Giovani che frequentano luoghi di aggregazione giovanile quali pub, discoteche, raves, concerti ed altre feste, gestori di locali, organizzatori di eventi, forze dell'ordine ecc.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Popolazione scolastica dalle scuole materne alle secondarie di secondo grado.</p> <p>Per gli interventi relativi alle dipendenze in integrazione con il SerT: Scuole Medie Inferiori e Superiori del Distretto di Faenza</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. studenti</li> <li>2. insegnanti</li> <li>3. genitori</li> </ol> <p>Adolescenti e operatori di gruppi scout, parrocchiali, centri di aggregazione per adolescenti</p> <p>Il progetto "Tra le righe" è rivolto a giovani che frequentano luoghi di aggregazione giovanile quali pub, discoteche, raves, concerti ed altre feste, gestori di locali, organizzatori di eventi, forze dell'ordine ecc.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Interventi educazionali svolti in collaborazione con le scuole. Formazione degli insegnanti. Formazione di gruppi di peer educators nelle scuole secondari di secondo grado.</p> <p>Progetti :</p> <p>Scuola dell'infanzia: Bolla i pericoli, Infanzia a colori</p> <p>Scuole primarie: Infanzia a colori</p> <p>Scuole secondarie di primo grado: Liberi di scegliere ( fumo ) , Paesaggi di prevenzione( fumo.-alcol-alimentazione-attività fisica), W l'amore ( educazione all'affettività)</p> <p>Scuole secondarie di secondo grado: Scuole libere dal fumo, Paesaggi di prevenzione , Tra rischio e piacere ( dipendenze), Educazione all'affettività e sessualità, Verso un lavoro piu' sicuro, studenti in rete contro la zanzara tigre</p> <p>Con associazione 'SulleALIdelleMENTI' Prevenzione Disturbi del comportamento alimentare.: progetto #identità today di formazione nelle scuole (il progetto è in corso di definizione, ma comunque prevederà per ogni intervento un incontro di formazione per gli insegnanti e un ciclo di quattro incontri basati sulla dissonanza cognitiva e sulla lettura critica dei media, rivolto su base volontaria a ragazze e ragazzi a rischio di DCA) ;</p> <p>Si parteciperà alle azione del Festival della creatività</p> <p>Relativamente al tema delle dipendenze il SerT mette a disposizione percorsi diversificati in base al target, che prevedono l'utilizzo di strumenti informativi, multimediali, incontri interattivi, lezioni frontali.</p> <p>Queste azioni prevedono anche la possibilità di coinvolgere formatori esperti negli specifici ambiti e di collaborare con operatori di altri servizi ed altre istituzioni del territorio e del volontariato sociale.</p> <p>In particolare sono previsti percorsi diversificati rivolti agli adolescenti, agli insegnanti, ai genitori, ai gruppi di operatori, sia nelle scuole che in altri contesti.</p> <p>formazione e sensibilizzazione di promozione vs giovani, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- allestimento di info-point all'interno dei luoghi di aggregazione</li> <li>- acquisto di materiale informativo e di profilassi:</li> <li>- effettuazione di attività di rilevazione dati e statistiche di attività e di esito, per aggiornare il progetto alle necessità emergenti.</li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>L'intervento prevede diverse azioni di informazione, comunicazione e formazione che si prefiggono di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• favorire nei giovani l'aumento della consapevolezza e della responsabilità rispetto a:</li> </ul>

- uso/abuso/dipendenza di sostanze psicoattive legali ed illegali,
- comportamenti a rischio (sesso non protetto guida in stato di ebbrezza)
- bullismo
- educazione alla legalità,
- stimolare la dimensione dell'educazione fra pari, valorizzando le competenze comunicative e le capacità dei ragazzi,
- offrire strumenti e letture del fenomeno del consumo/abuso di sostanze al mondo degli adulti di riferimento, finalizzati a facilitare la comunicazione tra adulti e adolescenti
- perseguire l'integrazione fra le diverse agenzie del territorio, nella consapevolezza che questo scambio di competenze e risorse offre risposte più articolate rispetto a problematiche che sono estremamente complesse
- perseguire la attivazione e l'attività di coordinamento e formazione del Tavolo di lavoro sulla Prevenzione

In sintesi promuove questo impianto teorico e metodologico:

La scuola va considerata come luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti, basato sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment, che facilitano le scelte di salute e si traducono in benefici effettivi.

Le azioni di educazione, formazione e informazione possono essere valorizzate da un contesto che favorisca il benessere psicofisico di tutti coloro che "abitano" la scuola (studenti, docenti, operatori, famiglie). I due aspetti hanno un effetto sinergico: il contesto ambientale rende facili scelte salutari e la componente educativa sviluppa la consapevolezza dei soggetti coinvolti.

Elementi metodologici portanti sono il lavoro interdisciplinare con il coinvolgimento delle diverse aree tematiche (linguistica, scientifica, espressiva) e l'impiego di tecniche interattive che secondo le più attuali evidenze pedagogiche facilitano l'acquisizione di competenze trasversali da parte degli allievi. L'uso delle tecniche interattive e dell'apprendimento cooperativo consente inoltre di differenziare le proposte in base ai bisogni e alle caratteristiche degli alunni, garantendo equità.

Le scelte istituzionali a sostegno della vision di "Scuole che promuovono salute" si traducono in atti formali con il coinvolgimento di tutti gli Organi collegiali a partire dalla definizione curricolare, nel P.O.F., della promozione della salute in rapporto ai diversi stili di vita. A questi atti formali si integrano interventi concreti che rendano facili le scelte salutari. Nelle Scuole Secondarie di II grado, il gruppo di studenti impegnati in attività di educazione fra pari sostiene col proprio contributo il processo di Scuole che promuovono salute.

I Progetti, condiviso nell'ambito del Tavolo della Prevenzione (che riunisce tutti i Servizi Sanitari dell'AUSL relativamente alla provincia di Ravenna) si inseriscono organicamente nell'insieme delle progettualità sperimentate e definite a livello regionale con il Piano Regionale della Prevenzione.

Piano Regionale della Prevenzione e relativo Piano Locale Attuativo 2015-2019.

Circa l'intervento nei luoghi di aggregazione quali PUB, discoteche, raves, concerti ed altre feste:

- L'intervento è teso a favorire l'aumento della consapevolezza e della responsabilità legate ai consumi di sostanze psicoattive (legali ed illegali), sui comportamenti a rischio (sesso non protetto, guida in stato di ebbrezza, bullismo, ecc.) e di educazione alla legalità;
- Interventi di prossimità sul territorio, realizzati tramite la presenza di un presidio mobile nei "luoghi del divertimento" (raduni musicali, discoteche, sagre paesane etc..).

Tali interventi si caratterizzano per la presenza anche di giovani appositamente formati che attraverso la peer education raggiungano più agevolmente gli obiettivi prefissati

. All'interno del Consultorio Familiare di Faenza è presente il servizio Spazio Giovani aperto due giorni a settimana il lunedì e il venerdì dalle 14 alle 18, con orari differenziati rispetto alle normali attività del consultorio per garantire la riservatezza nelle ore di apertura ai giovani. Le attività svolte fanno parte integrante della programmazione locale prevista nel "progetto adolescenza". L'accesso è diretto, cioè senza appuntamento e libero cioè senza impegnativa del SSN, e senza oneri a carico dei cittadini per la fascia di età individuata. Gli Spazi giovani sono rivolti per l'attività assistenziale a giovani fra 14 e 19 anni, e per le attività di educazione alla salute ad una fascia più ampia che comprende ragazzi e ragazze della scuola secondaria di I° grado. Le prestazioni che vengono erogate comprendono l'accoglienza, visita ginecologica, visita ostetrica, visita andrologica, visita per contraccezione, prestazioni

	<p>strumentali, colloquio clinico psicologico per eventuale presa in carico terapeutica. Tutti i professionisti dedicati sono formati appositamente per gestire le problematiche dell'età adolescenziale. L'attività svolta nelle scuole di I° e II° grado educazione all'affettività e alla sessualità consapevole, consulenza su stili di vita sani (comportamenti sessuali, fumo alcol, alimentazione e attività fisica).</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>AUSL . Scuole . Comuni. Enti del Terzo Settore. Volontari.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- U.O. Dipendenze Patologiche Faenza</li> <li>- U.O. Consultorio Giovani Faenza</li> <li>- Scuole Medie Inferiori e Superiori</li> <li>- Coop. Soc. RicercAzione Faenza</li> <li>- Coop. Soc. Zero Cento Faenza</li> <li>- Coop. Soc. Co.ME.S. Marradi</li> <li>- IOR (Istituto Oncologico Romagnolo)</li> <li>- RicercAzione Coop. Sociale</li> <li>- Associazioni di volontariato e/o culturali</li> </ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Per gli interventi relativi alle dipendenze: Cosetta Ricci, Dipartimento Sanità Pubblica in qualità di referente del setting 5 del PLA.</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>Personale AUSL di Dipartimento sanità pubblica, Consultori familiari, SerT, Neuropsichiatria infantile. Figure rese disponibili dalla IOR. Figure rese disponibili dalla LILT. Figure rese disponibili da "SulleALIdelleMENTI" Enti del terzo settore.</p> <p>Per gli interventi relativi alle dipendenze:</p> <p>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</p> <p>Equipe SERT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n. 1 Educatrice - 200 ore</li> <li>n 1 Assistente Sociale – 200 ore</li> <li>n. 2 Psicoghe – 100 ore</li> <li>n. 1 Infermiere Professionale – 100 ore</li> </ul> <p>Peer Educator formati dal Personale SERT</p> <p>Equipe SERT per progetto "Tra le righe":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n.1 medico -6 ore</li> <li>-Educatore – 200 ore</li> <li>-Assistente Sociale – 200 ore</li> <li>-Psicologa – 100 ore</li> <li>-Infermieri – 150 ore</li> </ul> <p>Consultorio Giovani:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ostetrica</li> <li>- Ginecologo</li> <li>- Psicologo</li> <li>- Volontari - 600 ore</li> </ul>

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

Indicatori locali: 0

---

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

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>In Regione, come in Italia in genere si è assistito in questi anni ad un sempre maggior calo delle nascite, in parte dovuto ad una diminuzione delle donne in età fertile ed in parte dovuto al fatto che nell'ultimo decennio questa popolazione è risultata particolarmente esposta ad alcuni fattori di rischio specifici, quali una maggiore difficoltà di impiego e di autonomia economica, una maggiore dipendenza dalla famiglia di origine, la difficoltà a costituire un proprio nucleo familiare, che spesso si accompagna ad un posticipo nella procreazione e ad un maggior rischio di infertilità.</p> <p>Dal 2006 al 2016 si è assistito in Regione ad un calo delle nascite del 19,4% passando da 42.426 a 34.155 nati, con un tasso di natalità che è passato da 9,8 per mille a 7,8 per mille.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il piano nazionale sulla fertilità ha definito alcuni obiettivi specifici per la popolazione giovanile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informazioni sulla fertilità, su come proteggerla e come preservarla attraverso stili di vita sani , assistenza sanitaria adeguata e qualificata per la prevenzione e la diagnosi delle malattie dell'apparato genitale maschile e femminile</li> <li>• Fornire strumenti per una pianificazione familiare consapevole</li> </ul> <p>La Regione Emilia-Romagna a questo proposito già nel 2015 con delibera 1698/2015 ha assegnato alle aziende ASL il compito di sviluppare interventi a favore della popolazione GIOVANI ADULTI (20-34 anni)</p> <p>Questo Spazio Giovani Adulti troverà collocazione all'interno del Consultorio familiare, con un accesso facilitato senza impegnativa del medico, tramite appuntamento. Gli spazi offriranno assistenza ostetrica, psicologica e medica con consulenza da parte di altri specialisti che possono essere coinvolti nel percorso di cura (andrologo, infettivologo dermatologo ecc...)</p>
<b>Destinatari</b>	<p>E' rivolto alla popolazione compresa fra 20 e 34 anni, uomini e donne e coppie con problemi di fertilità.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Identificare uno spazio temporale ed organizzativo (giorno e luogo) all'interno del Consultorio Familiare, per la popolazione dei giovani adulti;</p> <p>Identificare un operatore esperto, sanitario, per l'accesso e l'accoglienza;</p> <p>Identificare l'équipe minima di lavoro;</p> <p>Allestire un'agenda dedicata per i percorsi offerti.</p> <p>Organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità;</p> <p>Promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale</p>

	e la pianificazione familiare.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Il progetto è di nuova programmazione, secondo la Scheda 18 del PSSR 2017/19, ed in integrazione con le seguenti schede di intervento dello stesso Piano:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Case della salute e Medicina d'iniziativa;</li> <li>2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata;</li> <li>9. Medicina di genere;</li> <li>14. Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità;</li> <li>15. Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi;</li> <li>16. Sostegno alla genitorialità;</li> <li>25. Contrasto alla violenza di genere.</li> </ol>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Coordinamento e sinergia con i Dipartimenti di Cure Primarie (medici di base), Dipartimento di Sanità Pubblica, Servizi Sociali, e Servizi Ospedalieri specifici
<b>Referenti dell'intervento</b>	Consultori Familiari
<b>Risorse non finanziarie</b>	Professionisti del Consultorio : ostetrica, ginecologo, psicologo, dell'ospedale medici specialisti, del dipartimento di prevenzione, assistenti sociali.

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Completato

### Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL della Romagna</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>	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. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovra indebitamento sono azioni che verranno 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, verranno strutturati percorsi di prevenzione all'interno delle scuole secondarie di primo e di secondo grado.
<b>Descrizione</b>	Il Piano locale prevede azioni di prevenzione, di cura e riabilitazione.
<b>Destinatari</b>	Cittadini, studenti ed insegnanti, personale sanitario, sociale, educativo e delle Associazioni, giocatori patologici e loro familiari, esercenti di locali con gioco d'azzardo.
<b>Azioni previste</b>	Tutte le azioni sono state declinate nell'ambito del Piano relativo al Gioco d'Azzardo Patologico già inviato alla Regione Emilia Romagna. Si prevedono le seguenti aree di intervento: a) prevenzione dei comportamenti di gioco patologico attraverso incontri pubblici e azioni specifiche sui singoli e sulla collettività. La prevenzione verrà svolta anche nei contesti scolastici, utilizzando e collaborando con realtà diversificate e con metodiche mirate a seconda dell'età e dei contesti (concorsi di idee, peer education anche attraverso i social media ecc.). Sostegno alla formazione specifica di personale Sanitario, Sociale ed Educativo al fine di promuovere una responsabilità sociale diffusa e la conoscenza della rete di trattamento. Apertura sportello sovra indebitamento ed antiusura. Consulenze Legali Eventi informativi aperti alla cittadinanza Coordinamento delle attività attraverso specifici tavoli di lavoro b) area clinica: rafforzamento ed ampliamento sui territori di tutti e tre i Distretti di Ravenna, Faenza e Lugo dei progetti già attivi (gruppi rivolti a pazienti e familiari); implementazione della diagnosi e del trattamento degli utenti affetti da dipendenza da G.A.P.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Interventi in collaborazione con i Comuni dei Distretti interessati

<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- U.O. Dipendenze Patologiche - Sede di Faenza</li> <li>- Unione dei Comuni della Romagna Faentina</li> <li>- ASP</li> <li>- Associazioni di categoria delle sale da gioco</li> <li>- Fondazione Adventum</li> <li>- Giocatori Anonimi</li> <li>- Cooperativa RicercAzione</li> <li>- Scuole</li> <li>- IOR</li> </ul>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Responsabile: Dott.ssa Deanna Olivoni                  Enti/Servizi: U.O. Dipendenze Patologiche Faenza                  Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – Ambito di Ravenna                  Telefono: 0546 602420 e-mail: deanna.olivoni@auslromagna.it                  Sertsegr.fa@auslromagna.it                  uffi</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>Equipe SERT:                  - Medico – 20 ore                  -Educatore – 100 ore                  -Assistente Sociale – 100 ore                  -Psicologa – 100 ore                  -Infermieri – 50 ore</p>

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>Il contributo dei servizi sociali sociosanitari e sanitari al sostegno e miglioramento dell'invecchiamento attivo, della salute e tutela della fragilità nella persona anziana, diventa più efficace nella misura in cui sviluppa la massima sinergia tra tutte le politiche per promuovere l'autonomia delle persone congiuntamente alle politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini.</p> <p>La lettura delle criticità del contesto sociale relativamente all'invecchiamento attivo, non può prescindere dalla valutazione dei determinanti sociali di salute che insistono nella comunità. In tale ambito si inseriscono gli aspetti legati agli stili di vita e le iniziative sulle buone pratiche nel confronto con la comunità.</p> <p>Entro tale profilo operano gli strumenti dei Percorsi di Attività Fisica Adattata (AFA), l'indagine Passi D'Argento e i ricoveri di sollievo nelle strutture sociosanitarie quale supporto alla domiciliarità.</p> <p>Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 riconosce l'utilità della prescrizione dell'esercizio fisico come strumento preventivo e terapeutico a disposizione dei sanitari per contrastare l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie croniche non trasmissibili. Conseguentemente il PRP 2015-2018 nell'ambito del progetto 6.7 prevede l'implementazione dei percorsi di Attività Fisica Adattata .</p> <p>Circa l'indagine 'Passi d'Argento' Il sistema è stato disegnato con la finalità di mettere a disposizione dei decisori informazioni utili per le scelte di politiche socio-sanitarie volte a migliorare la qualità di vita della popolazione ultra64enne.</p> <p>I temi indagati sono autonomia nella vita quotidiana, percezione dello stato di salute, soddisfazione per la propria vita, attività fisica, sovrappeso e obesità, consumo di frutta e verdura, consumo di alcol, consumo di fumo, malattie croniche non trasmissibili, problemi di vista, udito e masticazione, cadute, depressione, isolamento, uso dei farmaci, vaccinazione antiinfluenzale, protezione dalle ondate di calore, anziano risorsa, accessibilità ai servizi, abitazione, sicurezza dell'area di residenza.</p> <p>Ricoveri di sollievo: supporto alla domiciliarità per la tutela della fragilità.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>La promozione della salute e dell'autonomia delle persone si sviluppa con il contributo integrato di molteplici interventi e progetti. Tra questi si definiscono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attività Fisica Adattata (AFA): attivazione di percorsi attraverso i quali soggetti con esiti stabilizzati di patologie neuromuscolari ed articolari possono essere avviati in sicurezza alla pratica di un'attività fisica in grado di migliorare sia il livello di salute sia lo stile di vita. L'Attività Fisica Adattata è prescritta dal MMG o dallo specialista. La "somministrazione" degli esercizi previsti dai protocolli avviene da parte di laureati in scienze motorie opportunamente formati con la supervisione di un fisioterapista, al di fuori dell'ambito di intervento del SSR, in strutture non sanitarie riconosciute come Palestre che promuovono salute per l'attività motoria adattata ai sensi della delibera regionale 2127/2016 del 5/12/2016;</li> <li>2. PASSI d'Argento (PdA) quale indagine periodica nazionale sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, ripetibile nel tempo (survey) che mira ad ottenere</li> </ol>

	<p>informazioni sui bisogni della popolazione ultra 64enne e sulla qualità del sistema integrato di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.</p> <p>3. nel contesto complessivo si inseriscono i servizi storici esistenti relativi alla non autosufficiente quale supporto alle persone/caregiver con l'utilizzo dei ricoveri di sollievo quale supporto alla domiciliarità per la tutela della fragilità dell'anziano. Quest'ultimo punto ha rappresentato in questi anni un elemento di forte attenzione e di specifica qualificazione nel senso che una consistente parte della innovazione della rete dei servizi per anziani ha avuto a riferimento il principio della valorizzazione del lavoro di cura assicurato nel contesto domiciliare con una particolare propensione al sistema delle "alleanze". Prendersi cura nel proprio contesto abituale di vita significa infatti erogare cure ma anche "aiutare chi aiuta". In questo contesto lo sviluppo dell'Istituto del "ricovero di sollievo", ovvero lo sviluppo di sistemi di residenzialità temporanea funzionale alla permanenza a domicilio assume un ruolo fortemente strategico nel consolidamento del welfare regionale .</p> <p>La creazione di un rete coordinata ed organizzata di posti letto destinati alla residenzialità temporanea proveniente per la massima parte, ma non esclusivamente dal domicilio ,risulta particolarmente indicata nei casi in cui le famiglie che assicurano direttamente azioni di tutela e di cura nei confronti di un anziano si trovino nella necessità di doversi riorganizzare al proprio interno per ragioni di natura Fisico/strutturale , ad esempio per necessità di riordino del contesto fisico in cui era stata erogata la assistenza : ristrutturazione/adeguamento della abitazione ); funzionale (modificazione della composizione familiare o temporanea sospensione dell'aiuto prestato da soggetti terzi – assistenti familiari – per motivazioni diverse, come ferie, dimissioni ecc..) o semplicemente relazionali , legate al carico oggettivo di lavoro, che può comportare la necessità di un reale periodo di riposo fisico e mentale . Non solo , ma anche situazioni provenienti dalla rete ospedaliera , per le quali viene pronunciato un giudizio di dimissibilità dal punto di vista clinico, ma che non possono essere restituite al domicilio per gravi variazioni dello stato di dipendenza di un anziano , insorte a causa dell'evento acuto, e che non trovano la famiglia pronta all'accoglienza, possono trovare risposta nel ricovero temporaneo di sollievo, al fine di consentire a tutti i soggetti interessati di adattarsi alle mutate, intervenute nuove esigenze o di trovare soluzioni assistenziali diverse in una logica di appropriatezza e sostenibilità .</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interventi Attività Fisica Adattata: Persone affetti da patologie croniche di tipo osteoarticolare e neurodegenerativo in condizioni di relativa stabilità</li> <li>- Passi d'Argento: Campione di persone di età pari a 65 anni e oltre residenti nei Distretti di Faenza, Lugo e Ravenna</li> <li>- Supporto alla domiciliarità: ricoveri di sollievo nelle strutture sociosanitarie per le persone anziane in condizione di autosufficienza o di lieve non autosufficienza .</li> </ul>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere la partecipazione attiva dei cittadini ai progetti rivolti alla cura e al mantenimento del benessere psicofisico;</li> <li>- incentivare un maggior coinvolgimento della popolazione anziana in forme di aggregazione e volontariato;</li> <li>- sensibilizzare in merito all'importanza della formazione degli operatori in merito al lavoro di comunità.</li> </ul> <p>Per quel che riguarda gli interventi di Attività Fisica Adattata (AFA), sono previste le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sensibilizzare e formare i MMG sulla gestione dei protocolli per la prescrizione;</li> <li>- implementare la rete delle palestre che promuovono salute per l'Attività Motoria Adattata;</li> <li>- formazione dei Laureati in Scienze Motorie, unici operatori autorizzati a condurre i corsi;</li> <li>- sviluppare una rete tra specialisti, MMG e Palestre PSMA, individuando la Casa della Salute come centro strategico per l'implementazione dell'intervento;</li> <li>- promuovere i programmi presso la popolazione target</li> </ul> <p>Circa le Azioni per PASSI d'Argento: vengono effettuate mediante interviste telefoniche o domiciliari, da parte di professionisti intervistatori opportunamente formati utilizzando un questionario standardizzato messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> <p>Il piano di campionamento prevede la selezione all'interno dei Comuni dei quali campionare gli anziani residenti: n.7 Comuni per la Provincia di Ravenna, con n. 30 residenti nel Distretto di Faenza, n. 40 nel Distretto di Lugo, n. 50 nel Distretto di Ravenna.</p> <p>Analisi retrospettiva delle richieste pervenute per ricovero di sollievo.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione della percentuale di domande soddisfatte e non soddisfatte.</li> <li>- Analisi della disponibilità di posti letto fino ad ora dedicati e del numero di posti letto necessari a rispondere alla richiesta non soddisfatta.</li> <li>- Declinazione delle modalità fino ad ora adottate per il reclutamento dei posti;</li> <li>- Pieno rispetto delle disposizioni della DGR 1206/09 e ss.mm. in ordine alle tariffazioni agevolate a carico dell'utenza.</li> </ul> <p>Gli investimenti economici complessivi dei progetti rappresentati nella presente scheda fanno riferimento a diverse voci di spesa composte e inserite nel bilancio dell'Azienda Usl compreso l'FRNA, fanno inoltre riferimento al Piano della Prevenzione regionale 2015-2018.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Realizzazione, formazione e crescita della rete intersanitaria sul tema e sua integrazione/interazione con la rete extrasanitaria sportiva, del volontariato e dell'associazionismo. Enti Locali</p> <p>Ausl della Romagna – Dipartimento di Sanità Pubblica; Regione Emilia-Romagna – Servizio Sanità Pubblica e Servizio Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza; Ministero della Salute; Istituto Superiore di Sanità</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>AUSL: MMG, Medicina dello Sport, Medicina Riabilitativa, Specialisti, Epidemiologia e Comunicazione Laureati in Scienze Motorie, Servizio Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza,. Esterni: Palestre private e pubbliche, Amministrazioni Comunali, Enti di Promozione Sportiva, Associazione sportive, associazioni di volontariato</p> <p>Comuni di Ravenna cervia e Russi. Unione dei Comuni della Bassa Romagna. ASP della Bassa Romagna ; Unione dei Comuni della Romagna Faentina; ASP della Romagna faentina Enti Gestori delle strutture socio sanitaria accreditate dei distretti di Ravenna Faenza e Lugo</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Servizi Ausl e Servizi Unione dei Comuni -ufficio di Piano
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>Circa l'AFA e l'indagine Passi d'Argento: per la supervisione ed il coordinamento: Fisiatri e Fisioterapisti della Medicina Riabilitativa, Medici dello sport, Medici e statistici dell'UP Epidemiologia e Comunicazione</p> <p>N. 2 Intervistatori professionisti della società R&amp;I s.r.l. di Carpi (MO)</p> <p>n. 1 operatore della AUSL della Romagna – Dipartimento di Sanità Pubblica, Ambito di Ravenna</p> <p>Circa i Ricoveri di sollievo sono impegnati i servizi per la Non Autosufficienza in capo all'Azienda Usl e all'Unione dei Comuni</p>

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

**Indicatori locali: 0**



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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>Circa la residenzialità nelle Case famiglia risulta necessario addivenire ad una predisposizione di un regolamento con l'adozione da parte dell'Unione dei comuni, di orientamenti o linee guida per la regolamentazione della attività di tali tipologia di servizio, è importante per la messa in sicurezza di questa risorsa per la salute ed il benessere della popolazione anziana . Tali orientamenti devono prevedere: 1. la valutazione da parte delle UVM del grado di non autosufficienza dell'ospite di casa famiglia in modo da certificarne la compatibilità con quella tipologia di offerta assistenziale 2.requisiti minimi di personale in possesso di adeguata qualifica o di comprovata esperienza così da assicurare buoni livelli nella qualità delle azioni assistenziali erogate 3. il non superamento del vincolo dei 6 posti letto 4 . caratteristiche strutturali ed igienico sanitarie che garantiscano sicurezza e comfort alle persone che vi abitano 4. elementi a salvaguardia degli anziani relativi a vigilanza, controllo ed eventuali sanzioni per quanti non rispettano le norme stabilite.</p> <p>Tali azioni è utile siano posti in coerenza con le garanzie di tutela e sicurezza proprie dei servizi accreditati nel supporto alla domiciliarità come definito dalle norme regionali, unitamente al monitoraggio della compartecipazione della spesa dei cittadini ai servizi sociosanitari.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'evoluzione della configurazione sociologica delle strutture familiari, la offerta di residenzialità accreditata, non sempre coerente con gli standard previsti, la lunghezza delle liste di attesa e dei tempi di accesso, fanno in modo che si osservi un progressivo aumento della richiesta di residenzialità per la popolazione anziana, come alternativa alla domiciliarità: Quest'ultima infatti anche se in via di principio è spesso condivisa, non sempre risulta sostenibile dalle famiglie stesse .</p> <p>Con una certa frequenza viene data risposta a questo problema con una offerta di residenzialità in casa famiglia (soluzioni abitative con max 6 posti residenziali: DGR 564/00). Queste strutture non richiedono autorizzazione al funzionamento ma una semplice dichiarazione di apertura attività, e dovrebbero teoricamente colmare un bisogno assistenziale a bassa intensità come quello proprio di anziani in condizione autosufficienza o di lieve o medio-lieve non autosufficienza, che deliberatamente scelgono una vita comunitaria che riproduca, in maniera più tutelata, quella familiare. Queste strutture Non sono assoggettabili ad autorizzazione ed operano in ambito esclusivamente privato.</p> <p>Purtroppo si osserva un uso diffuso e a rischio di non appropriatezza di tali tipologie strutture ed una tendenza a gestire anziani portatori di necessità assistenziali superiori alle capacità ed alle risorse di cui è dotata la struttura, con pregiudizio, a volte anche grave, del benessere degli ospiti</p> <p>Rappresentando le Case Famiglia una potenziale risorsa per la comunità, è importante e strategico proporre regole che garantiscano la appropriatezza di funzionamento, così da mettere in sicurezza sia il benessere degli ospiti che il lavoro dei gestori</p> <p>Quanto sopra contempla che con l'Istituzione del FRNA si è posto tra gli obiettivi il consolidamento dei servizi storici esistenti;la garanzia di equità di accesso ai cittadini, la</p>

	<p>garanzia della equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi., ma soprattutto lo sviluppo delle azione di tutela e di cura in un contesto di domiciliarità.</p> <p>Quest'ultimo punto ha rappresentato in questi anni un elemento di forte attenzione e di specifica qualificazione nel senso che una consistente parte della innovazione della rete dei servizi per anziani ha avuto a riferimento il principio della valorizzazione del lavoro di cura assicurato nel contesto domiciliare con una particolare propensione al sistema delle "alleanze".</p> <p>Prendersi cura nel proprio contesto abituale di vita significa infatti erogare cure ma anche " aiutare chi aiuta"</p> <p>In questo contesto lo sviluppo dell'Istituto del "ricovero di sollievo", ovvero lo sviluppo di sistemi di residenzialità temporanea funzionale alla permanenza a domicilio e delle dimissioni protette al domicilio assumono un ruolo fortemente strategico.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Persone anziane in condizione di autosufficienza o di lieve non autosufficienza (e loro famiglie) che deliberatamente scelgono questa tipologia di assistenza e che necessitano di conoscerne le caratteristiche, i vincoli e gli adempimenti ; servizi sociali, sanitari e socio sanitari, ai fini degli indirizzi e gli orientamenti da suggerire o condividere con gli interessati o le loro famiglie.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Predisposizione di un disciplinare per la vigilanza nelle strutture residenziali per anziani con un numero di ospiti fino a ad un massimo di 6, denominate "Case Famiglia" e appartamenti protetti per anziani.</p> <p>Applicazione ed estensione nei distretti di Ravenna , Lugo Faenza, previa condivisione su tavoli di lavoro costituiti da soggetti istituzionali pubblici, imprenditori privati, associazioni di categoria, organismi di rappresentanza dei cittadini.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Piano sanitario Regionale e relativo Piano Locale Attuativo 2015-2019.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Comuni di Ravenna Cervia e Russi; Unione dei Comuni della Bassa Romagna; Unione dei Comuni della Romagna Faentina;</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Unione dei Comuni e AUSL</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>Gli investimenti economici complessivi dei progetti rappresentati nella presente scheda fanno riferimento a diverse voci di spesa composte e inserite nel bilancio dell'Azienda Usl e delle Unioni dei Comuni/Comuni.</p>

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

**Indicatori locali: 0**



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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>La crisi economica che da tempo interessa i nostri territori ha contribuito ad aumentare le situazioni di povertà in termini sia assoluti che relativi. Le recenti misure nazionali, reddito di inclusione, e regionali, reddito di solidarietà, rappresentano una proposta Attiva ed integrata nei confronti di persone che i bisogni sono spesso complessi e afferenti ad ambiti diversi. tale complessità ha reso necessario agli operatori lavorare in equipe multidisciplinare, integrando fra loro le politiche sociali, sanitarie e del lavoro per creare percorsi di autonomia delle persone. La valutazione multidimensionale dei bisogni e delle potenzialità di Ciascun individuo e della sua famiglia costituisce il presupposto di presa in carico individualizzate, non chiede attivazione di interventi sociali in rete con gli altri soggetti del territorio.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il reddito di inclusione è una misura di contrasto alla povertà di carattere universale, condizionata alla valutazione della condizione economica. Il REI si compone di due parti: un beneficio economico erogato mensilmente attraverso una carta di pagamento elettronica e un progetto personalizzato di inclusione sociale e lavorativa, volto al superamento della condizione di povertà, predisposto sotto il coordinamento dei servizi sociali.</p> <p>Dal 1° gennaio 2018 il REI ha sostituito il sostegno all'inclusione attiva e l'assegno di disoccupazione.</p> <p>Il Reddito di Solidarietà, anch'esso livello essenziale delle prestazioni, va ad integrare il contributo economico alle famiglie riconosciuto dallo Stato, essendo subordinato al possesso dei medesimi requisiti. L'accesso ad entrambe le misure è, infatti, subordinato alla partecipazione al progetto di inserimento sociale e lavorativo, concordato e sottoscritto dai beneficiari, con l'obiettivo di superare povertà o rischio di marginalità.</p> <p>Person e nuclei familiari in condizione di indigenza e di fragilità</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione delle misure nazionale e regionale di contrasto alla Povertà;</li> <li>• Rafforzamento della collaborazione con il Centro per l'Impiego;</li> <li>• Integrazione delle misure di contrasto alla povertà nazionale e regionali con interventi di carattere locale;</li> <li>• Riconoscimento di contributi economici per i cittadini in situazione di fragilità;</li> <li>• Sviluppo della collaborazione con la Fondazione "pro Solidarietà" per la realizzazione di programmi socio-assistenziali in favore di soggetti che si trovino in condizione di marginalità sociale ed in stato di bisogno, diretti in particolare a fornire servizi di accoglienza abitativa, di assistenza ai senza fissa dimora e di distribuzione di alimenti;</li> <li>• Gestione dei bonus governativi sui consumi di energia elettrica e di gas, nonché di acqua finalizzati a ridurre le spese sostenute in favore di cittadini che versino in condizioni di disagio economico;</li> <li>• Prosecuzione del progetto denominato "Crac" (Coordinamento Risorse Alleate Casi multiproblematici), in collaborazione con le Associazioni di volontariato sociale.</li> </ul>

<b>Destinatari</b>	Persone e nuclei familiari in condizione di indigenza e di fragilità
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione delle misure nazionale e regionale di contrasto alla Povertà;</li> <li>• Rafforzamento della collaborazione con il Centro per l'Impiego;</li> <li>• Integrazione delle misure di contrasto alla povertà nazionale e regionali con interventi di carattere locale;</li> <li>• Riconoscimento di contributi economici per i cittadini in situazione di fragilità;</li> <li>• Sviluppo della collaborazione con la Fondazione "pro Solidarietà" per la realizzazione di programmi socio-assistenziali in favore di soggetti che si trovino in condizione di marginalità sociale ed in stato di bisogno, diretti in particolare a fornire servizi di accoglienza abitativa, di assistenza ai senza fissa dimora e di distribuzione di alimenti;</li> <li>• Gestione dei bonus governativi sui consumi di energia elettrica e di gas, nonché di acqua finalizzati a ridurre le spese sostenute in favore di cittadini che versino in condizioni di disagio economico;</li> <li>• Prosecuzione del progetto denominato "Crac" (Coordinamento Risorse Alleate Casi multiproblematici), in collaborazione con le Associazioni di volontariato sociale.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, del lavoro e sanitarie.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sociali, del lavoro, sanitari, educativi, Terzo Settore e comunità nel suo insieme.
<b>Referenti dell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Servizio Minori del Settore Servizi alla Comunità;</li> <li>• Responsabile Servizio Anziani, Adulti e Disabili del Settore Servizi alla Comunità;</li> </ul>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 391.111,51**

- Quota Fondo povertà nazionale: **220.636,57 €**
- Quota Fondo povertà regionale LR24/16: **98.247,41 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **72.227,53 €**

**Indicatori locali: 0**

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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	Il lavoro è uno strumento fondamentale di inclusione, perché fonte di relazioni interpersonali. La mancanza di lavoro protratta per lungo tempo a causa della crisi economica in atto da anni ha aumentato in modo considerevole il numero delle persone che si rivolgono ai servizi sociali, anche solo per chiedere un aiuto nella ricerca del lavoro.
<b>Descrizione</b>	La Legge Regionale 30 luglio 2015 n. 14 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari" si fonda su tre aspetti principali: - un progetto fatto insieme e per la persona, che la impegna e unisce le risorse di più servizi; - il presupposto che la condizione di fragilità della persona sia una condizione temporanea, tale da poter essere superata; - la valenza sociale del Mercato del lavoro. Gli obiettivi della normativa regionale sono fondamentalmente due: 1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità; 2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi.
<b>Destinatari</b>	Persone e nuclei familiari in condizioni di indigenza e di fragilità.
<b>Azioni previste</b>	Con deliberazione del Consiglio dell'Unione della Romagna Faentina n. 29 del 11/06/2018, è stato approvato l'Accordo di programma tra l'Unione della Romagna Faentina, l'Ausl-Distretto di Faenza e Centro per l'impiego, il Piano integrato territoriale 2018/2020 e il Programma di attuazione annuale 2018, in applicazione della L.R. n. 14 del 30/07/2015. Il Piano integrato territoriale è lo strumento con cui si dà attuazione nel territorio all'integrazione dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari per la realizzazione dei percorsi integrati a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità. Obiettivi del Piano sono: promuovere percorsi di autonomia che possano stimolare la responsabilizzazione e la crescita personale dei singoli destinatari; sviluppare una rete territoriale integrata che possa rispondere in modo flessibile ai bisogni delle persone. Le azioni di attuazione di tali obiettivi consistono nel: a) individuare tra le persone disabili e con fragilità quelle disponibili e motivate ad intraprendere un percorso formativo e che potrebbero rientrare nel mondo del lavoro in tempi ragionevoli; b) prendere in carico le persone in maniera integrata tra i servizi, utilizzando coerentemente gli strumenti messi in campo a livello nazionale, REI, e regionale, RES. c) monitorare lo sviluppo e l'esito degli interventi contenuti nel programma personalizzato, tramite un raccordo puntuale con gli enti gestori delle attività formative ; d) riorientare la programmazione delle attività sulla base dei risultati raggiunti e delle difficoltà incontrate.

	<p>Il modello organizzativo alla base degli interventi di attuazione del programma è rappresentato dall' equipe multiprofessionale che ha la responsabilità di prendere incarico in modo integrato la persona.</p> <p>L'unione della Romagna Faentina e l' AUSL partecipano ai finanziamenti europei con risorse proprie, finalizzate a rendere più accessibili i percorsi di inserimento lavorativo e di inclusione sociale.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche del Lavoro, Servizi Sanitari, Politiche di contrasto alla Povertà
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Servizi Sociali</p> <p>Servizi specialistici AUSL - Distretto di Faenza</p> <p>Centro per l'impiego</p> <p>Soggetto attuatore</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Servizio Minori del Settore Servizi alla Comunità;</li> <li>• Responsabile Servizio Anziani, Adulti e Disabili del Settore Servizi alla Comunità;</li> <li>. Ufficio di Piano</li> </ul>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 393.687,00**

---

- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **357.687,00 €**

- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **36.000,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Completato

### Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

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

<b>Razionale</b>	<p>L'abitare è un aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale e deve integrarsi con le politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità. Rappresenta un fattore indispensabile per realizzare interventi sociali e sanitari al di fuori dei contesti istituzionalizzati.</p> <p>La crisi economica ha accentuato la difficoltà dei servizi a trovare una risposta alle sempre più numerose situazioni di emergenza abitativa.</p> <p>Il problema di disagio abitativo, dunque, deve essere affrontato in modo organico e strutturato all'interno di un contesto in cui il sistema pubblico si pone a fianco dell'iniziativa privata.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'abitare, inteso come insieme di soluzioni differenziate e correlate, rappresenta un percorso che deve essere connotato in funzione dei bisogni e delle risorse a disposizione dei nuclei familiari.</p> <p>La riforma che sta interessando l'edilizia residenziale pubblica mira ad affermare il principio della "temporaneità" delle assegnazioni per consentire il "turn over" delle famiglie in base alle mutate condizioni economiche.</p> <p>Sono in crescente aumento le situazioni dei nuclei familiari che hanno perso il proprio alloggio a seguito di uno sfratto: sono nuclei che non versano in condizioni di povertà economica tale da potere accedere all'ERP, ma al contempo non sono neppure in grado di misurarsi con il libero mercato.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Nuclei familiari in condizioni di disagio abitativo ovvero senza un'abitazione e non in grado di reperirne a canoni di mercato; nuclei familiari con difficoltà a rimanere all'interno del mercato pur non presentando i requisiti per accedere all'ERP.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concessione di contributi mensili o straordinari, a seguito dell'istituzione del Fondo Nazionale morosità incolpevole, finalizzato a contenere le procedure di sfratto già in atto o in via di attivazione;</li> <li>• Esaminare le condizioni per creare una "Cabina di regia", incardinata nei Servizi Sociali, che coordini la "filiera dell'abitare";</li> <li>• Sviluppo dell'Housing First, di percorsi finalizzati all'autonomia socio-abitativa, anche attraverso momenti di co-progettazione con soggetti del Terzo Settore;</li> <li>• Sostegno alla locazione privata attraverso il riconoscimento di contributi per l'affitto;</li> <li>• Sviluppare la collaborazione con l'ASP della Romagna Faentina, in considerazione del considerevole patrimonio immobiliare, confermando gli interventi già realizzati nell'ambito dell'edilizia residenziale e approfondendo la possibilità di progetti di co-housing.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche sociali e politiche socio-sanitarie</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Servizio Sociale</p>

	<p>Servizi Sanitari (SER.T. e C.S.M.)                  ACER Ravenna                  ASP della Romagna Faentina                  Cooperativa SOLCO (per progetto Housing First)                  Terzo Settore                  Caritas e Parrocchie                  Agenzie immobiliari</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Servizio Minori del Settore Servizi alla Comunità;</li> <li>• Responsabile Servizio Anziani, Adulti e Disabili del Settore Servizi alla Comunità.</li> </ul>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## Contrasto alla violenza di genere

Completato

### Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

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

<b>Razionale</b>	<p>Il fenomeno della violenza contro le donne oggi è molto rilevante anche nella Regione Emilia Romagna, nonostante il sistema di prevenzione e protezione attivato con il coinvolgimento di numerosi soggetti pubblici e privati.</p> <p>Anche la crisi economica che il Paese sta attraversando ha influenzato il fenomeno della violenza contro le donne, rendendo più complessi i percorsi di uscita dalla violenza e di ricerca dell'autonomia.</p> <p>Le condizioni materiali e di vita delle donne sono oggi più gravi: le donne che si rivolgono ai Centri antiviolenza appartengono maggiormente ai ceti sociali medio/bassi e manifestano l'impossibilità di trovare un impiego e un'autonomia abitativa.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il Piano Regionale contro la violenza di genere, approvato dalla regione Emilia Romagna con Delibera di Assemblea Legislativa n. 69/2016 e in esecuzione della L.R. n. 6 del 27/06/2014 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere", individua 4 aree di intervento:</p> <p>a) la prevenzione di tutte le manifestazioni del fenomeno della violenza maschile contro le donne;</p> <p>b) la protezione e il sostegno verso l'autonomia delle donne inserite nei percorsi di uscita dalla violenza;</p> <p>c) il trattamento per gli uomini autori di violenza;</p> <p>d) le azioni di sistema per dare attuazione agli interventi.</p> <p>Il presupposto della normativa regionale consiste nella considerazione che il fenomeno della violenza abbia origini culturali e di natura strutturale e sia la conseguenza di relazioni storicamente diseguali tra il genere femminile e quello maschile.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Donne vittime di violenza e i loro figli</p> <p>Uomini autori di violenza</p> <p>Donne in situazione di fragilità, a rischio violenza</p> <p>Scuole</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>L'obiettivo principale è accogliere la domanda di aiuto delle donne in situazioni di violenza e maltrattamento, che necessitano di ospitalità, offrendo un servizio atto a supportare i percorsi individuali attraverso un'articolazione di consulenze garantite da un'apposita équipe di esperte che accompagnano alla definizione e concretizzazione del nuovo progetto di vita, strutturando interventi volti a definire percorsi di autonomia per l'inserimento sociale e lavorativo delle donne ospiti.</p> <p>Tale finalità si persegue attraverso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>consolidamento della collaborazione con L'Associazione SOS Donna di Faenza, soggetto gestore del Servizio FE.N.ICE, quale servizio volto a contrastare i fenomeni di maltrattamento nei confronti delle donne, del Centro di ascolto, prima accoglienza e del Centro antiviolenza aderente alla rete nazionale antiviolenza, nato dalla volontà del Comune di</li> </ul>

<p>Faenza e oggi esistente in capo all'URF;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valutazione del percorso effettuato dalla donna in termini di sicurezza, tenuta psicologica ed emotiva, grado di indipendenza economica/lavorativa;</li> <li>• valutazione dei bisogni della donna (spese per i servizi che l'autonomia comporta) e costruzione insieme del planning finanziario base dell'autonomia, correlato agli eventuali punti di debolezza del percorso;</li> <li>• valutazione della sostenibilità del percorso di autonomia (sostenibilità economica e personale rapportata al planning finanziario elaborato, contributo economico dedicato, integrazione con i servizi del territorio per ricerca delle soluzioni di sostegno);</li> <li>• avvio del percorso, con un periodo di accompagnamento a cura della figura di riferimento della donna nel percorso precedente;</li> <li>• monitoraggio del percorso (ogni tre mesi durante tutto il progetto)</li> <li>• rilevazione dei risultati finali del percorso;</li> <li>• messa in protezione delle donne vittime di violenza di genere, insieme ai loro bambini, che si sono rivolte alle Forze dell'Ordine, alla Polizia Municipale o al Pronto Soccorso per medicalizzazione o per sporgere denuncia o esposto o per cercare un rifugio sicuro lontano dal maltrattante;</li> <li>• supporto alle donne e ai loro bambini durante la permanenza nella Casa di pronta Emergenza e nelle Case Rifugio;</li> <li>• eventuale prosecuzione del percorso di protezione delle donne all'interno delle Case Rifugio;</li> <li>• attivazione di servizi integrativi di supporto per le donne ricoverate nelle case;</li> <li>• realizzazione di percorsi di autonomia abitativa;</li> <li>• contrasto alla cosiddetta violenza economica, attraverso la collaborazione con l'Associazione SOS Donna di Faenza per la realizzazione del progetto "One More Life", finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità.</li> </ul> <p>Il Progetto prevede interventi finalizzati alla conoscenza del fenomeno specifico, a supportare la donna a prendere coscienza della propria condizione di subordinazione economica (sia per le donne già in carico, sia per la società civile), a prevenire il fenomeno anche rispetto alla sua trasmissione intergenerazionale. Le fasi in cui il progetto si articola sono:</p> <p>a) realizzazione di una indagine tramite somministrazione di questionari relativi alla percezione della violenza economica riferita a donne lavoratrici da un lato e dall'altro all'incidenza del fenomeno della violenza economica rispetto al mantenimento da parte della donna della condizione di vittima nella relazione maltrattante;</p> <p>b) Progettazione di percorsi di sostegno e servizi di supporto attraverso la costituzione di gruppi per donne che si sono rivolte al Centro Antiviolenza-Servizio Fenice, con problematiche relative anche a violenza economica, aperti ad altre donne del territorio per azioni di empowerment. I gruppi di self-help saranno coadiuvati da una facilitatrice e da servizi di supporto quali percorsi psicologici di gruppo, consulenza legale, servizi di mediazione linguistica/culturale, servizi di babysitting.</p> <p>Durante il percorso di empowerment, verranno inoltre introdotte professioniste esperte nella gestione patrimoniale che possano informare/formare e supportare le donne nell'autonoma gestione finanziaria.</p> <p>c) Progettazione e realizzazione di una campagna di comunicazione sociale per sensibilizzare e contrastare la violenza economica;</p> <p>d) Pubblicazione dei risultati dell'indagine con approfondimenti utili.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento dei Centri antiviolenza e dei servizi di assistenza alle donne vittime di violenza ed ai loro figli e rafforzamento della rete dei servizi territoriali: collaborazione con l'Associazione SOS Donna di Faenza nella realizzazione del progetto finanziato dal Dipartimento delle Pari Opportunità "Un luogo per ricominciare".</li> </ul> <p>L'intervento di potenziamento riguarda principalmente la consulenza psicologica, la consulenza legale, i corsi di alfabetizzazione linguistica, il servizio di baby sitting, il recupero dei soggetti responsabili di atti di violenza, l'organizzazione del sostegno scolastico ed educativo specifico per i minori, il potenziamento dell'utilizzo delle case rifugio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento dello Sportello di Ascolto attivo sul territorio del Comune di Riolo Terme.</li> <li>• Sottoscrizione di un Protocollo operativo fra l'Associazione SOS Donna di Faenza e la Cooperativa sociale Libra per l'attivazione nel territorio faentino dello Sportello a valenza</li> </ul>
--

	<p>distrettuale "M.UO.VITI" (Mai più uomini violenti), destinato ad aiutare i soggetti autori delle violenze.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosecuzione delle attività previste dal progetto a valenza Aziendale 'Liberi dalla violenza', avviato a ottobre 2017 dall'Azienda Usl della Romagna.</li> </ul> <p>Il progetto, attivato in via sperimentale, è realizzato in tutti i Distretti Sanitari dell'Azienda USL della Romagna ed è rivolto agli uomini che agiscono violenza.</p> <p>Nello specifico il progetto, inteso come intervento con carattere preventivo e non come misura alternativa alla sentenza giudiziale, prevede la definizione di criteri di eleggibilità, di inclusione e di esclusione. Gli interventi che seguono l'inquadramento diagnostico sono effettuati attraverso trattamenti individuali o di gruppo.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche socio-sanitarie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Servizi Sociali</p> <p>A.USL</p> <p>Associazioni del territorio</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Servizio Minori del Settore Servizi alla Comunità;</li> </ul>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 284.879,24**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **194.897,37 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **89.981,87 €**

**Indicatori locali: 0**

## Health Literacy

Completato

### Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL della Romagna</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 può essere definita come l'insieme di conoscenze, capacità e motivazioni che mettono in grado le persone di accedere, selezionare e capire le informazioni sulla salute ed agire adeguatamente nel sistema sanitario. Un'informazione non adeguata ed una bassa health literacy mettono a rischio la capacità dei pazienti di capire ed utilizzare le informazioni sulla propria salute; di seguire le necessarie procedure ed indicazioni di cura e di orientarsi nel sistema sanitario. Ciò produce effetti negativi non solo sull'accessibilità e sull'uso dei servizi, ma anche sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione del paziente e sui risultati di salute. Questo problema risulta particolarmente grave quando si considera la comunicazione come parte del processo diagnostico e di cura. In questo contesto diventa estremamente importante che le informazioni siano comprese dal paziente in modo corretto ed appropriato. La scarsa comprensione fra paziente e operatore sanitario può portare infatti a errori di tipo diagnostico, a trattamenti inappropriati, ad alti livelli di ospedalizzazione, ad una tendenza a non servirsi dei servizi di prevenzione ed ad una minore capacità del paziente di gestire la propria salute.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>I servizi sanitari possono intervenire principalmente in due modi, in primo luogo predisponendo percorsi, messaggi ed informazioni semplici e comprensibili da persone con abilità diverse e dall'altra organizzando iniziative formative per migliorare negli operatori sanitari le competenze comunicative rivolte alle persone con bassa HL.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Cittadini, pazienti e familiari, caregiver e professionisti del Sistema Socio Sanitario</p>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizzare corsi di formazione per operatori dei servizi</li> <li>• Rivedere con l'ottica della semplificazione e facilitazione all'utilizzo i percorsi, i materiali informativi e gli altri strumenti di comunicazione rivolti agli utenti e loro familiari, con la consapevolezza che la comunicazione costituisce parte integrante del percorso di cura. Si prevede il coinvolgimento del CCM per la valutazione integrata della documentazione a supporto dei consensi informati e delle campagne di promozione sugli stili di vita.</li> </ul> <p>Il percorso di qualificazione per tali interventi comprende la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per la condivisione di obiettivi concreti e perseguibili nel triennio.</p> <p>Gli investimenti economici complessivi dei progetti rappresentati nella presente scheda fanno riferimento a diverse voci di spesa composte e inserite nel bilancio dell'Azienda Usl</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Interventi per favorire l'equità e il contrasto alle disuguaglianze di salute e accesso ai servizi</p> <p>Interventi previsti dal piano Regionale della Prevenzione 2015-2018;</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Agenzia Sanitaria regionale, Ausl della Romagna, IRST..Meldola, CCM</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Direttore U.O. Sviluppo organizzativo Formazione e Valutazione Azienda Usl della Romagna</p>

<b>Risorse non finanziarie</b>	Formatori e operatori Ausl
--------------------------------	----------------------------

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Completato

### Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl della Romagna - Dipartimento di cure primarie</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'auto-mutuo-aiuto si basa sulla condivisione di esperienze tra persone che hanno lo stesso problema o la stessa malattia. Si basa infatti sulla convinzione che il gruppo racchiuda in se stesso le potenzialità di favorire un aiuto reciproco tra i propri membri. L'auto-mutuo-aiuto 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>Alle attività sono indirizzate persone affette da demenza di grado lieve o moderato a seguito di refertazione diagnostica effettuata dai CDCD e di approfondita valutazione psicologica della persona e della famiglia. Gli interventi realizzati si configurano come prevalentemente orientati all'attività di stimolazione cognitiva e relazionale, tramite procedure strutturate ma anche flessibili ed adattate ai bisogni del gruppo e dei singoli individui; attività socializzanti e di confronto. Parallelamente i famigliari vengono coinvolti all'interno di percorsi psicoeducativi e di sostegno.</p> <p>L'auto-mutuo-aiuto è uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma, e all'isolamento, di empowerment di comunità, pertanto l'aiuto tra pari è riferito a persone affette da demenza, salute mentale dipendenza patologica sul gioco d'azzardo.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>La Regione ha riconosciuto alle Associazioni che gestiscono gruppi di auto aiuto (AA, ALAnon, GAM, GamAnon, Arcat ....) un riconoscimento formale attraverso la sottoscrizione di protocolli di collaborazione Tali protocolli riconoscono il ruolo di risorsa per il sistema della cura alle Associazioni richiamando la seguente definizione "L'auto aiuto non è un'attività, ma una risorsa. Il concetto di auto aiuto è importante nell'ambito della salute in quanto può essere visto come la base per nuovi modi di fronteggiare situazioni, di autodeterminarsi, di umanizzare l'assistenza e di migliorare la salute" OMS 1997.</p> <p>In relazione a quanto sopra, relativamente ai servizi/area delle persone affette da demenza con interventi di auto aiuto a cura delle associazioni, si rappresenta che tale attività entra a pieno titolo nella programmazione, l'organizzazione e l'indirizzo degli utenti a progetti a bassa soglia. In ciò sono richiamati anche i compiti espliciti dei CDCD (DGR 990/2016) come parte della presa in carico appropriata in fase post diagnostica. I Meeting Centres Support Programme (MCSP) costituiscono programmi psico-sociali a bassa soglia rivolti a persone con demenza lieve e moderata e i loro famigliari. L'aspetto centrale del programma è costituito dal fornire risposte integrate, professionali e personalizzate in base ad un'attenta analisi dei bisogni cognitivi, affettivi e relazionali (diagnosi psico-sociale). Le attività proposte all'interno dei Centri comprendono attività di stimolazione cognitiva, relazionale, attività occupazionali, ginnastica dolce, attività musicali.</p> <p>Presso l'Ambito Territoriale di Ravenna, comprensivo dei Distretti di Ravenna, Faenza e Lugo, tali attività sono realizzate in modo continuativo da quasi un decennio sotto il nome di "Palestra della Mente, Centro di Riattivazione Cognitiva e Relazionale" e "Spazi Incontro".</p>

	<p>A queste principali attività si uniscono iniziative condotte con la collaborazione delle Associazioni dei famigliari orientate a promuovere la continuità la partecipazione sociale ed il mantenimento di qualità di vita relazionale.</p> <p>Inoltre La valorizzazione di “utenti esperti nel supporto tra pari” passa attraverso l’esperienza diretta e i risultati della letteratura internazionale che individua, in chi è approdato ad un processo di recovery e sviluppato advocacy, superando lo stigma interno e il i limiti imposti dal trauma, un esperto in “esperienza” vissuta della malattia. Tale competenza diviene un punto di forza in grado di fornire una diversa prospettiva, a se stesso e agli altri, per affrontare il percorso terapeutico, affiancandosi agli operatori dei servizi. Questo ruolo unico offre un maggiore impatto empatico-relazionale “alla pari” che facilita ed umanizza i percorsi di cura. Egli infatti, rappresentando la “prova vivente” del possibile cambiamento e offrendo quella quota di speranza possibile, acquisisce un forza potente che aiuta ad accrescere consapevolezza, sia nelle proprie risorse che in quelle dell’altro e dei servizi.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Pazienti con diagnosi di disturbo neuro cognitivo minore (MCI) o maggiore (demenza) di grado lieve o moderato ed i loro famigliari.</p> <p>Utenti dei servizi di salute mentale</p> <p>La comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Circa gli interventi relativi all’area delle demenze:</p> <p>- per l’anno 2018 è prevista la piena copertura delle attività programmate ad inizio anno e rivolte ad un numero complessivo fra i 300 ed i 320 pazienti previsti per ambito Territoriale (180-200 su Ravenna; 60-70 a Lugo e 60-70 a Faenza).</p> <p>Per gli anni 2019 e 2020 sono in programma azioni di miglioramento organizzativo che potenzino la messa in rete di risorse aziendali, comunali, e delle Associazioni dei famigliari (anche tramite FRNA e Fondo Sociale) al fine di articolare maggiormente, in un’ottica di continuità, l’offerta di interventi offerti ai cittadini in funzione dei bisogni emergenti.</p> <p>In particolar modo prevediamo di potenziare la continuità fra interventi strutturati (stimolazione cognitiva, terapia occupazionale, psicoeducazione) e gli interventi di inclusione sociale a bassa soglia (ginnastica dolce, musicoterapia, arte terapia, merende in compagnia...).</p> <p>Al fine di pervenire a tale obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per Ravenna sarebbe opportuno reperire una sede per l’erogazione delle attività più idonea (e più capiente) che consenta di coinvolgere un maggior numero di utenti e di realizzare attività contemporanee, rivolte ai malati ed ai loro famigliari, in locali attigui.</li> <li>- per la sede di Lugo è indispensabile garantire la continuità delle prestazioni psicologiche erogate dall’ASP per un ulteriore biennio e promuovere la partecipazione da parte della locale Associazione dei Famigliari alla programmazione comune con l’ampliamento dell’offerta tramite attività di ginnastica dolce e musicoterapiche associate.</li> <li>- per la sede di Faenza è necessario ampliare modalità di co-progettazione con l’Associazione dei Famigliari al fine di garantire una maggiore continuità e governo degli interventi proposti.</li> </ul> <p>Accanto alle iniziative principali sopra esposte verrà creato un più stretto raccordo organizzativo, progettuale ed in merito alle indicazioni di appropriatezza con i progetti gestiti più direttamente dalle Associazione dei famigliari, con la stretta collaborazione dei geriatri e degli psicologi dei CDCD.</p> <p>Per Ravenna:</p> <p>Pomeriggi in arte: Laboratorio di Arte-Terapia o Musicoterapia – rivolto a persone con deterioramento cognitivo lieve. Le stimolazioni sensoriali e ludiche con i materiali proposti consente di far emergere e gestire al meglio contenuti emozionali e memorie sensoriali.</p> <p>Nonni sotto l’ombrellone – cicli di incontri presso uno stabilimento balneare orientati alla stimolazione sensoriale, motoria, al confronto fra pari ed alla reminescenza orientati a persone con deficit cognitivi moderati e ai loro famigliari.</p> <p>Attivazione motoria attiva e passiva – costituisce un’attività condotta da fisioterapisti a domicilio e rivolta a persone con deterioramento severo accompagnato da deficit motori e funzionali. Gli incontri sono orientati a favorire la mobilitazione dei malati e fornire formazione ed addestramento specifico ai famigliari.</p> <p>Per Lugo e Faenza:</p> <p>Stimolazione psico-motoria – costituisce un attività rivolta ad utenti con decadimento o moderato che può beneficiare di attività di ginnastica orientate al mantenimento funzionale ed</p>

	<p>di competenze psicomotorie. Viene condotta da laureati in scienze motorie in collaborazione con lo psicologo.</p> <p>Circa gli interventi afferenti la salute mentale sono previste le seguenti azioni:</p> <p>Per il distretto di Faenza</p> <p>2018: a) attivazione di un gruppo di auto-mutuo-aiuto a cadenza settimanale</p> <p>2019: a) consolidare l'obiettivo precedente b) attivazione e realizzazione di un corso di formazione per ESP (utenti esperti)</p> <p>2020: consolidare gli obiettivi precedenti</p> <p>Per il distretto di Lugo:</p> <p>2018: a) sportello di "utenti esperti in recovery" presso il Centro diurno Strappa, che incontrino nuovi utenti "spaventati" dai percorsi di cura e in difficoltà nel loro percorso di recovery personale; b) mantenimento e potenziamento del gruppo di utenti "Gruppo Ama" di auto-mutuo-aiuto che si incontra settimanalmente; c) tre incontri all'anno presso riunioni di equipe degli operatori del Centro di Salute Mentale con utenti esperti, per condividere l'andamento e le politiche dei percorsi di cura.</p> <p>2019: a) sportello di "utenti esperti in recovery" presso il Centro di Salute MENTALE, che incontrino nuovi utenti e facilitino i percorsi di accesso e presa in cura; b) aumento degli incontri di partecipazione degli utenti nelle politiche e nei percorsi di cura del CSM; C) attivazione e realizzazione di un corso di formazione per ESP (utenti esperti)</p> <p>2020: consolidare gli obiettivi precedenti</p> <p>Monitorare nel territorio locale l'applicazione dei protocolli e la loro diffusione; Favorire la nascita di nuovi gruppi con particolare riferimento alla tematica della dipendenza da gioco d'azzardo.</p> <p>Gli investimenti economici complessivi dei progetti rappresentati nella presente scheda fanno riferimento a diverse voci di spesa composte e inserite nel bilancio dell'Azienda Usl.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>In una prospettiva che faciliti l'integrazione delle persone con demenza nelle proprie comunità urbane, l'empowerment dei malati e dei loro familiari, la ricerca di risposte di rete che facilitino l'inclusione sociale intendiamo sviluppare ed articolare progetti "Città amica dell'Alzheimer" attraverso l'ampliamento di momenti formativi, già realizzati lo scorso anno con la collaborazione di alcuni Comuni, che coinvolgano soggetti sociali significativi: vigili urbani, forze dell'ordine, commercianti, parrocchie...</p> <p>L'attività è consolidata e poggia sulle alleanze tra i Servizi sanitari e sociali, gli Enti locali, le Associazioni.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>AUSL – per la definizione e co-progettazione degli interventi in termini di appropriatezza, invio dei cittadini in base alla valutazione psicosociale, programmazione e coordinamento delle attività, realizzazione di interventi psicoeducativi e formativi;</p> <p>Comuni e ASP della Romagna faentina – attraverso l'individuazione dei locali più idonei e la messa a disposizione di operatori formati (oss) e professionisti psicologi che coadiuvino le attività, attraverso la programmazione e partecipazione ad iniziative formative rivolte alla cittadinanza (Città amiche dell'Alzheimer);</p> <p>Associazioni dei familiari – contribuiscono alla progettazione delle attività ed alla loro realizzazione attraverso propri professionisti e volontari, sulla base di una annuale programmazione condivisa. Il finanziamento di tali attività avviene sia in modo autonomo che attraverso FRNA, e Fondo sociale.</p> <p>U.O. Dipendenze Patologiche – Ambito di Ravenna</p> <p>Gruppi AA, ALAnon, GAM, GamAnon, Arcat</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Direttore delle Cure Primarie; UU.OO DSM/DP</p> <p>Programma di Psicologia</p> <p>Referente del CDCD.</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>Alla realizzazione degli interventi prendono parte numerosi professionisti aziendali, delle Asp e dei comuni (psicologi, oss, assistenti sociali); le sedi vengono messe a disposizione da parte dei Comuni coinvolti; volontari e beni di consumo sono messi a disposizione dalle Associazioni dei</p>

	<p>famigliari.</p> <p>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</p> <p>Equipe SERT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico SERT – n. 30 ore annue</li> <li>- Psicologo SERT – n. 50 ore annue.</li> <li>- assistente sociale/educatore/infermieri SERT - circa 40 ore annue</li> <li>- Medici e infermieri UU.OO DSM/DP</li> </ul>
--	--

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## Partecipazione civica e collaborazione fra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	La Regione Emilia-Romagna si contraddistingue per un quadro culturale estremamente vario: sotto il profilo delle differenze di genere, delle differenze generazionali e delle numerose etnie presenti. Se da un lato, dunque, si rileva un contesto sociale frammentato, dall'altro non mancano le risorse civiche, i legami e le collaborazioni fra pubblico e privato. La comunità esprime numerose associazioni di promozione sociale, di volontariato e forme libere di organizzazione dei cittadini stessi, che necessitano di un supporto "istituzionale" per poter collaborare alla realizzazione dell'interesse generale ed alla tutela dei "beni comuni".
<b>Descrizione</b>	Interventi per rafforzare il senso di appartenenza ad una comunità sociale, la collaborazione con il sistema pubblico.
<b>Destinatari</b>	Enti del Terzo settore, alunni delle scuole primarie e secondarie, adolescenti e giovani, cittadini tutti.
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorizzare l'operato delle associazioni di volontariato che collaborano con i Comuni del Distretto per finalità di carattere sociale, anche stipulando convenzioni di collaborazione in un'ottica di sussidiarietà orizzontale;</li> <li>- Coinvolgere gli enti del terzo settore nelle azioni di contrasto all'esclusione ed alla povertà;</li> <li>- Promuovere la partecipazione dei giovani e degli adolescenti alle attività degli enti del terzo settore, anche attraverso l'elaborazione di progetti di servizio civile nazionale e regionale che fungano da motore di solidarietà sociale e di impegno per il bene comune: attuazione dei progetti di servizio civile nazionale "Ci sono anch'io", "Insieme contro la violenza a sostegno delle fragilità", "La Biblioteca è per tutti. Comunicare, promuovere e valorizzare le biblioteche dell'Unione della Romagna faentina", "Musei in rete per la valorizzazione storico-artistica del territorio faentino";</li> <li>- Creare percorsi per favorire il protagonismo dei cittadini e dei soggetti sociali nell'elaborazione delle scelte pubbliche, per un'"Amministrazione condivisa" che contestualmente promuova processi di consapevolezza e responsabilità;</li> <li>- Incentivare il ruolo e la collaborazione con il Centro di servizio per il Volontariato della Provincia di Ravenna, quale soggetto interlocutore privilegiato degli enti del terzo settore: proseguire il percorso di sensibilizzazione alla co-progettazione, attivato con le organizzazioni del volontariato e le associazioni del terzo settore del territorio per le finalità dell'inclusione sociale delle persone con disabilità e del contrasto alle situazioni di fragilità.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi alla Comunità, Centro di servizio per il Volontariato di Ravenna

	Associazioni di promozione sociale e del volontariato del territorio
<b>Referenti dell'intervento</b>	Capo Servizio Ufficio di Piano del Settore Servizi alla Comunità; Capo Servizio Servizio Minori del Settore Servizi alla Comunità; Capo Servizio Servizio Anziani, Adulti e Disabili del Settore Servizi alla Comunità;
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

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

Completato

### 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 della Romagna</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il Protocollo per l'assistenza appropriata alla nascita prevede che le donne in gravidanza vengano orientate verso le strutture in grado di assisterle in sicurezza: i ginecologi e le ostetriche hanno il compito, durante tutta la gravidanza, di valutare periodicamente il rischio al fine di consentire di assegnare la mamma e il suo bambino alla struttura più appropriata. Il protocollo ha introdotto, come elemento innovativo, l'indicazione della struttura ospedaliera più appropriata per l'assistenza al parto, come ulteriore requisito di sicurezza delle cure. Il medico e l'ostetrica operano infatti all'interno di un sistema complesso fatto di risorse umane, strumentali, strutturali, che ne modulano la capacità di intervento. Sarà quindi la struttura, vista come l'insieme di competenze multidisciplinari che possono contare su specifiche strumentazioni, a diventare indispensabile nell'assistenza dei casi più complessi.</p> <p>La continuità ospedale e territorio dopo il parto rappresenta un sostegno alla donna e alla sua famiglia in grado di rilevare eventuali bisogni e fornisce aiuti e consigli pratici nella gestione del puerperio.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>In data 1 agosto 2016 è stato adottato nelle strutture dell'AUSL della Romagna il protocollo per l'assistenza appropriata alla nascita. Tale protocollo definisce l'intero processo per ottenere la necessaria appropriatezza nell'alto e medio rischio durante tutto il percorso assistenziale e per l'intero arco della gravidanza, individuando per i punti nascita spoke, con numero di parti &lt;1000 le seguenti modalità organizzative:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) assistenza al parto di gravide a basso rischio con epoca gestionale compresa tra 37 e 42 settimane da travaglio spontaneo;</li> <li>2) tagli cesarei consentiti esclusivamente in corso di travaglio o in emergenza-urgenza per impossibilità di trasferire in sicurezza la paziente;</li> <li>3) scelta dei punti nascita per orientare o trasferire le donne a rischio aumentato dettate dall'epoca di gestazione e/o dal peso atteso del neonato (Forlì epoca gestionale &gt;32; peso &gt;1500; Ravenna epoca gestionale &gt;28; peso &gt;1000; Cesena epoca gestionale &gt;25; peso &gt;750; Rimini epoca gestionale &gt;23; peso &gt;500).</li> </ol> <p>Nel territorio e in ospedale vengono applicati protocolli per la valutazione dei fattori di rischio psico-sociali, per la rilevazione del disagio emozionale dalla gravidanza al periodo postnatale. Sono previsti percorsi di dimissione protetta, per assicurare l'identificazione e la gestione dei disturbi emozionali, l'impatto e la ricaduta sulla relazione primaria con il bambino. Sono previsti percorsi per il sostegno dell'allattamento al seno mediante l'intercettazione di eventuali problematiche psicosociali o altri fattori che si possono rilevare dopo il parto.</p>
<b>Destinatari</b>	Donne in gravidanza e le loro famiglie
<b>Azioni previste</b>	Adeguamento delle strutture Hub e Spoke alle nuove modalità organizzative, con particolare attenzione al mantenimento delle competenze professionali.

	<p>Adeguata e costante informazione alle coppie per far comprendere il significato e l'importanza dell'orientamento verso una specifica struttura per il parto o per la presa in carico in caso di gravidanza a rischio.</p> <p>Presa in carico delle donne dopo il parto a sostegno dell'allattamento e delle problematiche psicosociali.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl della Romagna
<b>Referenti dell'intervento</b>	Medici ed ostetriche UU.OO Ostetricia e Consultori familiari
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Completato

### Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL della Romagna</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>1) Specialistica ambulatoriale: Le liste di attesa rappresentano un elemento ove è forte la attenzione dei cittadini e di altrettanto forte impegno del sistema sanitario, ed in specie per il nostro sistema sanitario regionale che negli ultimi anni ha fortemente investito per condurre ad un risultato più incisivo. Le cause determinanti del fenomeno possono essere molteplici e spesso coesistenti quali ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la inappropriata della domanda, questione che coinvolge fortemente l'ambito clinico ma sul quale si innestano anche i mutati processi mediatici di comunicazione inerenti i temi della salute ivi compreso l'utilizzo internet ...</li> <li>- la non adeguatezza della offerta rispetto alla domanda (elemento che può essere oggettivamente in gioco oltre alle quelle che sono le inevitabili ricadute di cui al punto precedente)</li> <li>- inefficienze organizzative del sistema di offerta</li> </ul> <p>2) ricoveri programmati le liste di attesa per l'accesso ai ricoveri programmati rappresentano, unitamente alle liste di attesa di cui al punto precedente, un tema oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione e sono stati assunti come tema di priorità di politica sanitaria dell'Emilia-romagna</p>
<b>Descrizione</b>	<p>1) Specialistica ambulatoriale: Su impulso regionale sono state già condotte azioni rivolte al miglioramento dei tempi di attesa sviluppando le linee di indirizzo/obiettivi di cui alle DGR 1056/15 e 377/2016. Obiettivi specifici vengono inoltre annualmente proposti alle aziende con le delibere regionali di programmazione definendo puntualmente anche gli indicatori di riferimento. Pertanto la presente scheda potrebbe subire variazioni in relazione alle azioni qui riportate qualora, su indicazione regionale, lo scenario venga ad arricchirsi in ragione di ulteriori più precise indicazioni e/o obiettivi.</p> <p>2) ricoveri programmati Nel 2017 sono state adottate la DGR 272 e la Circolare n. 7 in cui viene dettagliata la strategia per il governo delle liste di attesa dei ricoveri programmati presso le UU.OO. chirurgiche aziendali. L'obiettivo da raggiungere è la riduzione dei tempi di attesa prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un monitoraggio costante sulla gestione delle Liste di Attesa</li> <li>- la definizione dei criteri di assegnazione delle classi di priorità per ogni tipologia di intervento</li> <li>- l'adozione di strumenti di comunicazione ai pazienti</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione
<b>Azioni previste</b>	<p>1) Specialistica ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento del processo di realizzazione della procedura informatica che consenta di disporre di un CUP unificato romagnolo, fruibile tramite le modalità sportelli CUP,</li> </ul>

	<p>Farmacup, Cuptel, Cupweb</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ridefinizione condivisa degli ambiti di garanzia delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale ridefinendo - coerentemente con gli assetti organizzativi aziendali e la rete geografica dei fornitori pubblici e privati accreditati- i livelli territoriali nei quali si intende garantire la prenotazione delle prestazioni di primo accesso entro gli standard regionali. Si prevede a tal fine una definizione di quali prestazioni verranno garantite a livello distrettuale, piuttosto che provinciale o aziendale.</li> <li>- Sviluppo e revisione, coerentemente con l'azione di cui al punto precedente, dei percorsi di garanzia, ovvero dell'assetto produttivo aggiuntivo rispetto alla ordinarietà che consenta di adeguare in progress la offerta alla domanda, tenendo conto del massimo decentramento possibile della offerta. In particolare per tale aspetto si continuerà e potenzierà il contributo della rete produttiva del privato accreditato</li> <li>- Mantenimento e/o sviluppo delle azioni rivolte ad incrementare le capacità produttive pubbliche attraverso azioni integrate e coordinate che prevedano la programmazione di attività pubblica in regime di Simil ALPI, la produzione nei fine settimana in particolare per la tecnologia pesante ( RMN e TAC), la acquisizione di specialisti ad hoc da dedicare al contenimento dei tempi di attesa</li> <li>- Organica revisione dei percorsi di day service ambulatoriale orientata sia al percorso di prima diagnosi che alla presa in carico di pazienti con patologia croniche particolarmente complesse; in ogni caso , azioni di promozione della presa in carico da parte dello specialista di tutte le prescrizioni necessarie al completamento del percorso diagnostico senza rinvio al MMG.</li> <li>- Ampliamento e messa a sistema di un setting di "agende"interne" ad uso esclusivo dello specialista che ha in carico il paziente per il completamento ai fini diagnostici qualora necessario nelle fattispecie per le quali non sono previsti percorsi di day service</li> <li>- Completamento del programma già avviato di redazione di linee guida per la appropriatezza della prescrizione di prestazioni urgenti differibili, in raccordo con MMG/specialisti pubblici estendendolo, nel triennio, anche alle classi di priorità D (primo accesso)</li> <li>- Sviluppo e/o completamento, presso tutte le case della salute della presa in carico delle patologie croniche oggetto di percorsi diagnostico terapeutici ambulatoriali per Broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete tipo 2, scompenso cardiaco. Tale approccio consentirà di evitare al paziente di accedere ai propri controlli tramite cup e pertanto- oltre a non gravare inutilmente sui tempi di attesa- potrà beneficiare di percorsi personalizzati in ordine ai tempi ottimali di effettuazione delle prestazioni.</li> <li>- Ulteriore sviluppo dell'informativa agli utenti finalizzata alla responsabilizzazione in caso di impossibilità di fruire della prestazione, alle relative modalità di disdetta e agli spetti sanzionatori.</li> <li>- Completamento informatico degli strumenti informatici utili alla gestione del percorso sanzionatorio in caso di mancata disdetta</li> </ul> <p>2) Ricoveri programmati</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento della definizione dei criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni come indicato negli obiettivi di budget 2017-2018 per le UU.OO. chirurgiche aziendali</li> <li>- Implementazione dell'informatizzazione del sistema di monitoraggio delle Liste di Attesa su tutti gli ambiti aziendali, utilizzando un unico programma</li> <li>- centralizzazione della pre-ospedalizzazione in tutti i presidi aziendali</li> <li>- aumento dei volumi di attività programmando sedute operatorie in SIMIL-ALPI</li> <li>- attuazione piano di committenza verso il privato accreditato</li> <li>- predisposizione di strumenti informativi per i pazienti</li> </ul> <p>Gli investimenti economici complessivi dei servizi rappresentati nella presente scheda fanno riferimento a diverse voci di spesa composte e inserite nel bilancio dell'Azienda Usl.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Sviluppo case della salute ICT</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Sono coinvolti nel monitoraggio stato di avanzamento delle azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enti locali nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e sanitaria ed i comitati di</li> </ul>

	<p>distretto per gli aspetti di valenza e/o peculiarità di valenza locale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le parti sociali</li> <li>- Le rappresentanze dei cittadini nell'ambito del Comitato Consultivo dell'AUSL Romagna e delle relative sottoarticolazioni distrettuali e/o provinciali</li> </ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabile dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (RUA), di valenza aziendale</li> <li>- Responsabile dell'accesso ai ricoveri programmati (RUA) di valenza aziendale</li> </ul>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>1) specialistica ambulatoriale</p> <p>Personale dell'azienda ausl della Romagna di tipo sanitario ed amministrativo, e tecnico – informatico, coinvolto a vario titolo nel processo relativo alla valutazione del mix quali - quantitativo della offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ( direzioni di distretto, direzioni mediche di presidio ,uffici agende-back office CUP, gruppo operativo per committenza interna ed esterna, gruppo di per la programmazione locale degli interventi e di monitoraggio (cabina di regia)...</p> <p>2) ricoveri programmati</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-personale sanitario (medici ed infermieri) e tecnico-informatico dell'Ausl della Romagna</li> <li>- Gruppo di Lavoro locale SIGLA (medici di Direzione Medica di P.O., coordinatori infermieristici, referente tecnico-informatico aziendale)</li> <li>- Board chirurgico e Dipartimenti chirurgici a cui partecipano i Direttori di U.O., Direttori medici di Presidio</li> </ul>

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## Miglioramento dell'accesso dei percorsi in emergenza - urgenza

Completato

### Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

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

<b>Razionale</b>	Il sistema di Pronto Soccorso e di Emergenza Territoriale, rappresenta il punto di snodo del sistema a garanzia di accesso alle cure in base alla gravità della problematica clinica. La risposta clinico assistenziale è commisurata al livello di gravità. Tale risposta prevede percorsi preferenziali per le patologie ad alta complessità urgenti-emergenti tempo-dipendenti, e percorsi per le patologie croniche e/o a bassa complessità in interfaccia con le strutture territoriali, in coerenza con il Chronic Care Model.
<b>Descrizione</b>	<b>MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO E DEI PERCORSI IN EMERGENZA URGENZA</b> Valorizzare il ruolo centrale del PS quale punto di snodo del sistema a garanzia e certezza di accesso alle cure in base alla gravità delle problematiche cliniche. Favorire la rapidità di intervento per i quadri clinici complessi urgenti-emergenti tempo dipendenti e i percorsi per le patologie croniche e/o a bassa complessità in interfaccia con le strutture territoriali (socio-sanitarie). Implementare flussi informativi a sostegno dei flussi informativi regionali nonché a garanzia della continuità assistenziale dell'utente.
<b>Destinatari</b>	Pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso il volontariato
<b>Azioni previste</b>	<p>1. Implementazione del sistema di monitoraggio dell'iperafflusso e sovraffollamento (Overcrowding) in PS, attraverso l'adozione dell'indice NEDOCS quale strumento di decisione delle strategie di intervento (letti aggiuntivi nei reparti, risorse aggiuntive in PS, definizione di percorsi specialistici per "acuti", rimodulazione delle attività, con eventuale limitazione di quelle elettive, reperimento di strutture per lungodegenza e continuità assistenziale, con possibilità di invio anche da PS, etc) e del sistema di monitoraggio del fenomeno di boarding, ovvero il tempo d'attesa per il ricovero dei pazienti, stabilendo diverse strategie di risposta. Implementazione del modello di bed management in tutti i contesti ospedalieri quale risposta alla gestione dei flussi ospedalieri.</p> <p>2. Adozione di strumenti di comunicazione ai cittadini che orientino in modo appropriato l'accesso all'intero sistema, attraverso il coinvolgimento dei MMG e delle strutture di cerniera socio sanitarie. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Attivazione di percorsi per le urgenze (U) con accesso diretto agli specialisti su invio del MMG per quadri clinici predefiniti</li> <li>☑ Attivazione di percorsi per ricoveri urgenti "non da PS" che garantiscano tempestività ed appropriatezza nell'accesso al ricovero per pazienti valutati ambulatorialmente</li> <li>☑ Attivazione di percorsi per le urgenze dedicati a specifiche patologie/gruppi di pazienti e gestiti direttamente dalle Unità Operative specialistiche mediante l'accesso diretto o attraverso modalità di collegamento (es. telefonico) dei pazienti con i centri specialistici a cui sono già in carico, come oncologia, nefrologia, pneumologia.</li> <li>☑ Definizione di protocolli concordati con CRA e altre strutture di cure primarie/cure intermedie in relazione alle problematiche più frequenti (IVU (infezioni vie urinarie), cadute,</li> </ul>

	<p>fine vita, ecc.)</p> <p>☑ Definizione di modalità che favoriscano la possibilità di dimissione dalle UUOO di degenza verso i contesti domiciliari o socio-sanitari</p> <p>☑ Implementazione della procedura aziendale PA109 Accoglienza e la presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso rev. 0 del 09-10-2017, attraverso il percorso di formazione Regionale dei formatori aziendali, che a caduta formeranno tutti gli operatori coinvolti della rete sanitaria e sociale del territorio</p> <p>3. Miglioramento dell'appropriatezza e l'efficacia della presa in carico dei pazienti cronici, attraverso la costruzione di percorsi di invio diretto dei MMG, ai percorsi di Day Service</p> <p>4. Implementazione del nuovo programma aziendale unico per le strutture di pronto soccorso e punti di primo intervento, integrati all'emergenza territoriale, ai software dei principali servizi, e alla cartella clinica integrata, al fine di tracciare e monitorare i percorsi in emergenza urgenza, a garanzia anche del debito informativo regionale nonché a garanzia della continuità assistenziale del paziente.</p> <p>5. In collaborazione con il Servizio Di Prevenzione protezione Aziendale, mappatura dei rischi di violenza verso gli operatori, e definizione di strategie strutturali e organizzative atte al contenimento dei rischi. Monitoraggio, valutazione degli eventi attraverso l'applicazione della procedura aziendale PA 95 PA095 Prevenzione e gestione della violenza da terzi a danno degli operatori aziendali</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie</p> <p>Case della Salute e medicina di iniziativa</p> <p>Contrasto alla violenza di genere</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Associazioni di volontariato, MMG, Case della Salute e servizi sociali
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore di distretto azienda AUSL
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



## Prendersi Cura Attraverso la Tecnologia – PCAT – Soluzioni di Telemedicina per il setting domiciliare.

Completato

### 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 della Romagna</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>	Fornire ai pazienti in particolare quelli residenti nelle aree più disagiate un migliore accesso alle cure, alla qualità dell'assistenza, alla appropriatezza delle prestazioni e favorendo nel contempo la crescita della consapevolezza, autonomia e responsabilizzazione.
<b>Descrizione</b>	Il progetto prevede attraverso il ricorso a tecnologie di fornire cure a pazienti nel contesto domiciliare, raccordandosi e sviluppando il Progetto Regionale di Telemedicina (Deliberazione della Giunta regionale n. 648/2015.)
<b>Destinatari</b>	Prioritariamente pazienti affetti dalle patologie croniche: Diabete mellito, Scompenso Cardiaco; Broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO - senza tuttavia escludere altre situazioni in cui la tecnologia può risultare di grande supporto.
<b>Azioni previste</b>	In linea con il progetto Regionale, operare attraverso le Case della Salute, individuate come centro erogatore dei Servizi di Telemedicina. In particolare si prevede di identificare un locale da adibire ad "Ambulatorio di Telemedicina", collocato preferibilmente nell'ambulatorio infermieristico della cronicità. Tale ambulatorio verrà dotato delle tecnologie necessarie per garantire: <input checked="" type="checkbox"/> monitoraggio dei pazienti dotati di tecnologie domiciliari e/o personali, in maniera: continua, programmata ed on demand con la finalità di prevenire eventi acuti con necessità di ospedalizzazione; <input checked="" type="checkbox"/> integrare i dati pazienti con il contesto specialistico ospedaliero di riferimento; <input checked="" type="checkbox"/> sfruttare soluzioni tecnologiche integrate e distribuite a livello regionale;
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Integrare attraverso le tecnologie Ospedale e Territorio attenuando i condizionamenti determinati da vincoli geografici e temporali; rendere più efficiente la rete assistenziale costituita da MMG, PLS, Case della Salute, OSCO, ADI;
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Gruppo Referenti Aziendali: REFERENTI AZIENDALI PER IL PROGETTO E LORO RIFERIMENTI Referente Dipartimento Cure Primarie Distrettuale Riccardo Varliero riccardo.varliero@auslromagna.it cell. 3357050294 MMG o Infermiere coordinatore della CDS Loretta Vallicelli loretta.vallicelli@auslromagna.it tel. 0543733635

	Referente Sistemi Informatici Luigi Santucci luigi.santucci@auslromagna.it cell. 3355757296 Referente Ingegneria Clinica Roberto Camillini roberto.camillini@auslromagna.it cell. 3355865392
<b>Referenti dell'intervento</b>	
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali

Completato

### Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

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

<b>Razionale</b>	<p>Il Servizio Sociale Territoriale (di seguito SST) partecipa attivamente alla promozione della salute e del benessere dei cittadini del territorio, alla tutela della persona e al rispetto dei diritti; garantisce altresì l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari, in stretto raccordo con l'AUSL.</p> <p>La Comunità diviene il referente privilegiato del servizio sociale territoriale, sia per la progettazione di interventi di prevenzione, promozione sociale ed empowerment, sia per quanto riguarda l'accompagnamento delle situazioni personali e familiari.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il Servizio Sociale territoriale ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale, nonché di accompagnare le persone nei momenti di fragilità. Il Servizio Sociale Territoriale ha il compito di garantire l'ascolto dei cittadini, l'informazione e l'orientamento: è chiamato ad attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale; a promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la loro responsabilizzazione; a far fronte alle urgenze ed alle esigenze indifferibili che richiedono tempestività di intervento e nelle quali vi siano elementi di rischio e pregiudizio.</p> <p>Le caratteristiche complessive della popolazione e le sue articolazioni in famiglie sono profondamente mutate: la riduzione della fecondità, l'aumento dell'instabilità coniugale e la diffusione di nuovi modi di fare famiglia hanno determinato l'aumento del numero assoluto di famiglie, la riduzione del numero medio dei componenti e una diversa composizione delle tipologie familiari.</p> <p>A fianco delle fragilità tradizionali emergono nuove forme di povertà e di esclusione sociale: la difficoltà per i giovani ad entrare o per i più maturi a reinserirsi nel contesto economico; la compresenza di più carichi assistenziali su un unico caregiver, spesso donna; l'estensione delle disuguaglianze sociali. Alla luce di ciò, i problemi diventano meno definiti e più diffusi.</p> <p>In tale scenario i sistemi di welfare sviluppati fino ad oggi non sono più adeguati, poiché centrati nel rispondere prevalentemente alle emergenze. La difficoltà ad entrare (per chi è giovane) o a reinserirsi (per chi è più maturo o immigrato) nel contesto economico è uno dei principali fattori di difficoltà; la compresenza di più carichi assistenziali su un solo caregiver (figli piccoli, adulti fragili e genitori anziani) rende difficile la tenuta delle reti primarie che hanno funzionato fino ad oggi nei processi di cura familiare e complica ulteriormente la possibilità di ingresso nel mercato del lavoro in particolare per la popolazione femminile; si estendono le disuguaglianze sociali, con pochi ricchi e molte persone vicine o sotto la soglia di povertà. Da una storia di risposta destinata a poche situazioni con problemi circoscritti e ben determinati si va verso una moltitudine di problematiche più sfaccettate e più diffuse, un aumento della vulnerabilità delle persone, a fronte di risorse professionali ed economiche che appaiono insufficienti a farvi fronte.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>I cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità che devono poter beneficiare di un servizio sociale territoriale diffuso capillarmente sul territorio che individui nello sportello sociale il punto unitario prevalente d'accesso, nel quale venga dato ascolto e risposta ai bisogni di: informazione, ascolto, orientamento, registrazione e primo filtro della domanda di accesso</p>

	ai servizi.
<b>Azioni previste</b>	<p>Sviluppare un approccio organizzativo e procedure operative che favoriscano un funzionamento più dinamico, integrato con il territorio e meno ancorato a procedure amministrative e pratiche professionali rigide;</p> <p>orientare l'azione del servizio sociale al risultato, adottando criteri d'intervento appropriati rispetto alla natura e alla gravità dei problemi da affrontare anche in una logica di maggiore flessibilità organizzativa;</p> <p>potenziare l'integrazione tra interventi di tipo sociale con interventi di tipo sanitario, educativo, culturale, urbanistico, abitativo, economico, occupazionale, ecc.;</p> <p>potenziare la co-progettazione personalizzata;</p> <p>promuovere e sviluppare le reti sociali;</p> <p>gestire le urgenze e le emergenze sociali tramite la previsione di un servizio, appositamente dedicato, di "Pronto intervento sociale";</p> <p>attivare, sempre più spesso, la co-costruzione dei percorsi assistenziali in collaborazione con gli altri servizi coinvolti, le famiglie e i diretti destinatari degli interventi;</p> <p>implementare il sistema informativo unificato a livello distrettuale per l'accesso, in relazione all'interattività delle comunicazioni, all'inserimento delle informazioni on-line ed alla gestione dei diversi momenti di presa in carico.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sportelli sociali</li> <li>2. sportelli specialistici ed informativi a carattere tematico rivolti alla cittadinanza straniera (ad.es. su protezioni internazionali, cittadinanza, ricongiungimenti, ecc.)</li> <li>3. servizi che operano a contrasto della povertà e dell'esclusione sociale</li> <li>4. uffici periferici dello Stato</li> <li>5. sistema complessivo dei servizi di welfare</li> <li>6. analoghi sportelli attivati dal terzo settore e da altri organismi (patronati, organizzazioni sindacali e datoriali, ecc.)</li> <li>7. servizi sanitari specialistici;</li> <li>8. Case della Salute come possibile diffusione di punti di accoglienza presso altre sedi</li> <li>9. servizi di area formativo/lavorativa e delle politiche abitative.</li> </ol>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Servizi sociali territoriali; Ufficio di Piano
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 103.815,56**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **37.307,22 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **66.508,34 €**

**Indicatori locali: 0**



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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>I servizi segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali sia psicopatologiche e necessitano di risposte complesse dell'intera rete dei servizi. Si tratta di minorenni in difficoltà, ed in particolare di coloro che hanno subito forme di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, allontanamenti dalla famiglia, in stato di abbandono, inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale, che presentano disagio psichico e/o fisico.</p> <p>Negli ultimi anni sono state approvate diverse delibere regionali finalizzate a qualificare e regolamentare in modo omogeneo la tematica, in particolare la direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la DGR n. 1904/2011 e ss.mm.), le Linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura dei bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013), la delibera per la definizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014). In tutti questi dispositivi normativi è evidenziata la necessità di intervenire in modo appropriato attraverso una presa in carico tempestiva ed integrata tra i professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari appartenenti ad istituzioni differenti.</p> <p>In particolare, con la delibera 1102/2014, la Regione Emilia Romagna si pone l'obiettivo di fornire agli Enti locali e alle USL indicazioni in merito all'individuazione dei " casi complessi" ovvero di quelle situazioni nelle quali al bisogno primario e fondamentale di tutela si aggiungono ulteriori situazioni di criticità individuate in disabilità accertata, problematiche di natura psicopatologica severa, situazioni di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita. Oltre a indicare una ripartizione sociale e sanitaria del 50% delle spese relative agli interventi richiesti, la delibera impone una importante riflessione sull'identificazione di strumenti clinici atti alla adeguata individuazione e definizione di questi casi, ma soprattutto ribadisce con forza la necessità di una costante integrazione attraverso il lavoro comune tra i servizi preposti per la tutela dei minori.</p> <p>Un attento e tempestivo lavoro in questa direzione può ridimensionare se non annullare gli effetti dannosi in termini di salute psichica e sociale prodotti dalle condizioni sopra ricordate relative ai minori relativamente alla complessità dei casi.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Le ragioni di collocamento protetto di bambini sono legate a gravi incapacità o inadeguatezze nello svolgimento delle funzioni protettive e di cura da parte del contesto familiare e sociale allargato. Elemento centrale ed indispensabile per un lavoro efficace nell'area della tutela dei soggetti in età evolutiva è la forte integrazione fra i servizi coinvolti. Questa integrazione attraverso un intervento multi professionale sociale e sanitario, rappresenta un importante contributo per rispondere sia ai bisogni basilari in termini di tutela che di salute psicologica.</p>

<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Minori nei quali accanto alla necessità di garantire una condizione di vita tutelata si accompagnano o uno stato di disabilità accertata o aspetti di significativa psicopatologia o l'esposizione a situazioni di violenza compresa quella assistita intra familiare.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costituzione di un gruppo tecnico integrato multi professionale al quale afferiscono le situazioni segnalate dalle diverse agenzie territoriali che accolgono minori e che ha il compito di definire la situazione di “ caso complesso” e di monitorare l’andamento dei progetti predisposti dalle equipe territoriali. A Faenza dovrà consolidarsi il ruolo dello psicologo come responsabile della gestione del percorso per quello che concerne l’ambito sanitario. Rimane a carico del Responsabile di CNPIA la valutazione della presenza dei requisiti previsti dalla DGR 1102/14 e la compatibilità col budget assegnato;</li> <li>• supporto alla genitorialità ed alla relazione genitori-figli;</li> <li>• individuare la mappatura delle strutture per l'accoglienza di minori e mamme con bambini, sia in situazioni di emergenza che per la realizzazione di progetti di inserimento a breve/lungo periodo;</li> <li>• promuovere la cultura dell'accoglienza organizzando iniziative rivolte alla comunità,</li> <li>• favorire opportunità di confronto e di scambio tra le famiglie affidatarie;</li> <li>• organizzare momenti di confronto con le Associazioni;</li> <li>• promuovere corsi di informazione sull'accoglienza familiare;</li> <li>• promuovere percorsi di conoscenza e di valutazione delle disponibilità all'affido;</li> <li>• accompagnare e sostenere la famiglia affidataria nel percorso di accoglienza del bambino con operatori del servizio territoriale;</li> <li>• approfondire la possibilità di elaborare un progetto di autonomia dopo il compimento della maggiore età;</li> <li>• prosecuzione degli incontri del Gruppo di famiglie affidatarie condotti da un esperto con cadenza mensile;</li> <li>• partecipazione al Gruppo Tecnico degli operatori su base provinciale con incontri periodici di monitoraggio e confronto;</li> <li>• attivazione dei percorsi formativi per le coppie candidate all'adozione, in qualità di soggetto referente per la realizzazione a livello provinciale del Programma di adozione nazionale e internazionale;</li> <li>• prosecuzione dell'attività di referente del Gruppo Tecnico provinciale sulle adozioni con incontri periodici di monitoraggio e confronto;</li> <li>• mantenimento della rete Servizi Sociali/Associazioni per promuovere la circolarità delle proposte e delle occasioni formative e di incontro per le famiglie adottive e i loro bambini;</li> <li>• sostenere la genitorialità adottiva e realizzare incontri di approfondimento e confronto in merito, in collaborazione con l'associazione di famiglie “La Casa dei sogni”;</li> <li>• incentivare la collaborazione tra famiglia, scuola e Servizi sociali nell'inserimento a scuola dei bambini adottati;</li> <li>• promozione del progetto "Un Nonno per amico" quale forma di accoglienza familiare per sostenere le famiglie che non hanno reti familiari naturali o riferimenti stabili per rispondere sufficientemente ai bisogni dei bambini. Persone singole o nonni, dedicano parte del loro tempo per prendersi cura del bambino, accompagnandolo, facendogli fare i compiti o facendogli semplicemente compagnia, proprio come farebbe un nonno. Le persone interessate vengono individuate e selezionate da una equipe di professionisti esperti nel settore dell'accoglienza familiare che poi saranno un punto di riferimento stabile per tutta la durata del progetto di appoggio che viene sempre attivato con il consenso della famiglia d'origine. Da qualche anno il progetto si è ampliato grazie alla collaborazione con il progetto "Stand by me" per l'impiego di volontari del servizio civile. Il progetto "Un nonno per amico - attività compiti", coniuga l'accoglienza familiare con l'attività compiti grazie al supporto di uno o due ragazzi del servizio civile. I compiti sono un'occasione per essere accolti da un/a nonno/a che apre la sua casa, prepara la merenda e accoglie un piccolo gruppo composto al massimo da bimbi individuati dai servizi sociali. Centrale nel progetto è la relazione attraverso la quale si crea un clima favorevole per poi riuscire a fare i compiti là dove ci sono delle difficoltà e delle carenze. I ragazzi del servizio civile volontario affiancano i nonni nel loro ruolo. Sia i ragazzi del servizio civile che il "nonno/a" partecipano ad una formazione curata dai servizi sociali e da alcune associazioni sul territorio che si occupano di accoglienza familiare.</li> </ul>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizio Minori e Famiglia, Consultorio Familiare AUSL, Servizio di Neuropsichiatria AUSL, Casa di Accoglienza S. Giuseppe S. Rita, Associazione Famiglie per l'Accoglienza, Associazione Comunità Papa Giovanni XXII, Associazione "La casa dei sogni", persone della comunità, volontari del servizio civile, ecc..
<b>Referenti dell'intervento</b>	Operatori socio sanitari impegnati nel gruppo tecnico distrettuale
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

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

Completato

### 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	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	Nel periodo di vigenza del piano si implementeranno le nuove vaccinazioni previste dal PNPV 2017.2019 e si attueranno tutte le misure per attuare quanto previsto dalla legge 119/2017 che ha introdotto l'obbligatorietà delle vaccinazioni per i minori 0-16 anni, attraverso un piano di recupero dei minori parzialmente o totalmente non vaccinati.
<b>Destinatari</b>	I minori tra 0 e 16 anni e le loro famiglie
<b>Azioni previste</b>	<p>1. Implementazione nuove vaccinazioni dei minori: Dal 2017 è stata introdotta in tutti i Distretti la vaccinazione antimeningococco B per tutti i nuovi nati e la vaccinazione antiHPV, che prima era riservata alle femmine, è stata estesa anche ai maschi dodicenni. Dal 2018 oltre a questi vaccini si attuerà la vaccinazione antivariella (obbligatoria per i nuovi nati dal 2017) al 13° mese, in concomitanza con la vaccinazione morbillo-parotite-rosolia e la vaccinazione di tutti i nuovi nati (a partire dai nati nel 2018) con il vaccino antirotavirus. Per tutte le vaccinazioni, sia obbligatorie sia raccomandate si attua la chiamata attiva delle famiglie dei minori al compimento dell'età target.</p> <p>2. Implementazione nuove vaccinazioni degli adulti: dal 2017 è stata introdotta la vaccinazione contro lo pneumococco della corte dei sessantacinquenni che prevede la somministrazione del vaccino coniugato 13valente al compimento dei 65 anni e la somministrazione del vaccino 23valente l'anno successivo. Secondo le indicazioni regionali la vaccinazione è affidata ai medici di Medicina Generale che la effettuano nei propri studi in concomitanza con la vaccinazione antiinfluenzale. Il Servizio Igiene e sanità Pubblica ogni anno invierà a tutti i soggetti della coorte dei 65enni una lettera per illustrare la proposta di vaccinazione e invitare i cittadini a richiederla al proprio MMG. Ai MMG verranno consegnati i vaccini necessari alla vaccinazione dei propri assistiti Il DSP monitorerà l'andamento delle vaccinazioni sia a scopo epidemiologico che per gestire le consegne evitando sprechi. Dal 2017 in occasione dei richiami della vaccinazione antidiftotetica il servizio Igiene Pubblica proporrà il vaccino antipertosse. Analogamente si attuerà la vaccinazione antipertosse delle donne in gravidanza per proteggere il neonato nei primi mesi di vita, prima cioè di poter ricevere la vaccinazione. Dal 2018 per la coorte dei 65enni si introdurrà anche la vaccinazione anti Herpes Zoster. Anche in questo caso i cittadini saranno invitati attivamente con lettera alla vaccinazione che verrà eseguita presso gli ambulatorio de servizio Igiene e sanità pubblica senza necessità di prenotazione CUP della vaccinazione.</p> <p>3. Recupero degli inadempienti alle vaccinazioni obbligatorie: la L.119/2017 ha reso obbligatorie 9 vaccinazioni (10 per i nati dal 2017 in poi) e tale obbligo si applica a tutti i minori nell'età della scuola dell'obbligo (0-16 anni). Questo ha richiesto la predisposizione di un piano di recupero di coloro che, all'entrata in vigore della legge, risultavano parzialmente o totalmente inadempienti. Il piano, portato avanti dal 2017 in tutti gli Ambiti territoriali dalle UO pediatria di Comunità con il coordinamento del DSP, ha avuto l'obiettivo di assicurare il</p>

recupero degli inadempienti senza gravare di obblighi burocratici di certificazione le famiglie:

- Bambini iscritti ai nidi e ai servizi per l'Infanzia : I servizi vaccinali hanno ricevuto gli elenchi degli iscritti dai gestori e hanno segnalato agli stessi gestori lo stato vaccinale dei bambini (idoneo/non idoneo). I bambini che risultavano non in regola hanno ricevuto un invito a vaccinarsi con appuntamenti programmati tra il 25 settembre e il 31 ottobre 2017.
- Bambini in età di scuola dell'Infanzia: i servizi vaccinali hanno inviato a casa di tutti i bambini una lettera contenente o l'attestazione di regolarità dello stato vaccinale o un appuntamento per la regolarizzazione con appuntamenti programmati tra il 25 settembre e il 31 ottobre 2017.
- Minori iscritti alla scuola dell'obbligo: Le scuole hanno inviato gli elenchi degli iscritti e i servizi vaccinali hanno invitato alla vaccinazione coloro che risultavano non in regola con appuntamenti programmati tra il 31 ottobre 2017 e il 28 febbraio 2018.

Per i soggetti che non si sono presentati al primo invito sarà inviato un invito ad un colloquio informativo con raccomandata R/R a cui farà seguito l'appuntamento per la vaccinazione. Coloro che non si presenteranno alla vaccinazione dovranno ricevere una diffida a regolarizzare la loro posizione e, qualora questo non dovesse succedere si contesterà la violazione della norma sull'obbligo vaccinale applicando la relativa sanzione amministrativa .

4. Riordino attività vaccinale: L'impatto delle novità introdotte dal PNPV e dalla L.119 sull'obbligo vaccinale è molto importante e la piena attuazione dei nuovi obiettivi vaccinali non potrà essere sostenibile in assenza di un riordino complessivo dell'attività vaccinale in ambito romagnolo che ricomprenda anche la revisione delle sedi vaccinali con la concentrazione dell'attività in un numero limitato di sedi, dotate di ampie fasce di apertura in modo da ottimizzare l'impiego delle risorse professionali.

L'introduzione di questi nuovi vaccini determina, infatti, un aumento importante dell'attività vaccinale che deve essere attentamente pianificato per evitare che si generino ritardi nelle chiamate con conseguenti ricadute sul livello di protezione della popolazione. Nel territorio romagnolo , come nel resto del nostro paese, comincia a delinearsi il problema della carenza di pediatri sul mercato del lavoro con le conseguenti difficoltà di reperimento dei professionisti che peggiorerà nei prossimi anni. I pediatri sono infatti indispensabili per mantenere la piena operatività delle Unità operative di pediatria e neonatologia e dei punti nascita nonché per assicurare la pediatria di libera scelta secondo gli standard dettati dalla normativa vigente. Ad oggi anche i servizi vaccinali destinati ai minori di 18 anni che vengono assicurati dalle UO di Pediatria di Comunità abbisognano di pediatri. E' pertanto evidente che la difficoltà a reperire pediatri per sostituire chi va in pensione ha delle ricadute anche sull'attività vaccinale rivolta all'infanzia, ricadute che devono essere contrastate con soluzioni organizzative efficaci. Questo problema richiede di introdurre delle strategie organizzative basate fondamentalmente su tre pilastri:

- A. Valorizzare al massimo l'autonomia dei professionisti del comparto, infermieri e Assistenti sanitari, nell'attività vaccinale. Questo processo è avviato in tutti gli Ambiti territoriali secondo le indicazioni della Direttiva Regionale 256/2009. In questo modo è possibile, quando le condizioni strutturali lo consentono, attivare in contemporanea più ambulatori gestiti da professionisti del comparto, supervisionati da un solo medico;
- B. Aumentare l'integrazione delle Unità Operative di Pediatria di Comunità con quelle di Igiene e Sanità Pubblica;
- C. Concentrare l'attività vaccinale in un numero limitato di sedi per evitare la dispersione delle risorse.

5. La Commissione Vaccini dell'Azienda USL della Romagna

Il fatto che alcuni ambiti territoriali della Romagna registrino tassi di copertura vaccinale della popolazione infantile tra i più bassi in Emilia Romagna, determina la necessità di presidiare il tema vaccinale con particolare attenzione e impegno, cercando il coinvolgimento di tutte le componenti sanitarie coinvolte e della società civile.

Si ritiene opportuno istituire la Commissione vaccini dell'Azienda USL della Romagna, composta da esperti di fama ed esponenti della società civile impegnati sul tema, con l'obiettivo di coordinare strategie vaccinali adeguate e implementare idonei piani di comunicazione.

La commissione, da istituire con Delibera del Direttore Generale, sarà presieduta dal Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica e composta da:

- rappresentanti medici e infermieristici dei servizi vaccinali dell'Azienda USL della Romagna (Pediatria di Comunità e Igiene e Sanità Pubblica)
- rappresentanti di Medici di Medicina generale e Pediatri di Libera Scelta di ciascun

	<p>Ambito territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- esperti di chiara fama della tematica vaccinale e delle sue implicazioni comunicative</li> <li>- uno o più rappresentanti dei Comuni designati dalla CTSS</li> <li>- uno o più rappresentanti degli Ordini dei Medici</li> </ul> <p>La Commissione avrà una serie di compiti precisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. elaborare strategie efficaci per migliorare le coperture;</li> <li>2. fornire indicazioni per raggiungere gli obiettivi indicati dal Piano nazionale della Prevenzione vaccinale e dal Piano regionale della Prevenzione 2015-2018;</li> <li>3. formulare proposte per l'avvio di campagne di comunicazione destinate a target specifici;</li> <li>4. monitorare l'andamento delle coperture vaccinali e svolgere attività di ricerca per comprendere le ragioni della disaffezione dalle vaccinazioni e individuare soluzioni;</li> <li>5. curare la manutenzione e l'aggiornamento del sito web aziendale dedicato ai vaccini.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda USL, Comuni, Uffici scolastici Provinciali
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore DSP, Direttori Igiene e Sanità pubblica, Direttori Pediatria di comunità
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## Politiche di intervento per la non autosufficienza

Completato

### Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e d

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

<b>Razionale</b>	Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi in grado di rispondere nel tempo alla presa in carico delle persone anziane e disabili. Negli anni, la presenza del Fondo ha consentito di attuare processi di sviluppo della rete dei servizi a livello regionale e di migliorare l'equità dell'accesso e della partecipazione al costo dei servizi per i cittadini, in un quadro di aumento della qualità dei servizi stessi e di espansione di nuove forme di servizio.
<b>Descrizione</b>	Attraverso il Fondo regionale per la non autosufficienza, la Regione Emilia Romagna sostiene da anni lo sviluppo della rete dei servizi socio-sanitari, residenziali e semiresidenziali, e la realizzazione di interventi di natura assistenziale ed economica per il mantenimento a domicilio degli anziani e dei disabili non autosufficienti.
<b>Destinatari</b>	Anziani non autosufficienti inseriti presso strutture residenziali e semiresidenziali, per i quali a volte occorre contribuire alla spesa per le rette; anziani non autosufficienti residenti al proprio domicilio; famiglie; caregivers; anziani non autosufficienti in dimissione dai presidi ospedalieri; Disabili per i quali, in base alla gravità ed alle capacità di cura della famiglia, non è ipotizzabile la permanenza al domicilio; disabili ex l. n. 104/1992, residenti al proprio domicilio; famiglie e collaboratori familiari; persone con gravissime disabilità acquisite.
<b>Azioni previste</b>	Relativamente alle persone anziane: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza residenziale anziani: azioni di mantenimento e/o miglioramento della qualità di vita dei residenti, perseguendo standard elevati in accordo con gli enti gestori;</li> <li>- Ricoveri di sollievo e a termine su progetti personalizzati di intervento: consolidamento della formula del ricovero a termine nelle strutture residenziali della rete operanti sul territorio, per anziani provenienti dalla struttura ospedaliera, quale elemento di continuità di cure e stabilizzazione, propedeutico al rientro al domicilio, sulla base di un piano individualizzato di assistenza, condiviso con la famiglia e monitorato nelle sue fasi di sviluppo;</li> <li>- Ricoveri di sollievo programmati, con provenienza dal domicilio, in strutture convenzionate, inseriti all'interno del progetto assistenziale di vita e cura, condiviso con la famiglia;</li> <li>- Mantenimento della persona non autosufficiente al proprio domicilio, mediante sostegno alla famiglia e al caregiver;</li> <li>- Assistenza domiciliare integrata e servizio domiciliare leggero;</li> <li>- Fornitura di pasti al domicilio per anziani residenti nei Comuni del Distretto;</li> <li>- Dimissioni protette: garantire la continuità di cura e assistenza dalla struttura ospedaliera al domicilio;</li> <li>- Assegni di cura e quota aggiuntiva finalizzata anche alla qualificazione del lavoro delle</li> </ul>

	<p>assistenti familiari;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulenza ed interventi di adattamento domestico;</li> <li>- Erogazione contributi per la modifica e/o l'adattamento dell'ambiente domestico, in relazione alle esigenze degli anziani per la loro permanenza al domicilio;</li> <li>- Assistenza e sostegno alla domiciliarità di anziani affetti da demenza lieve o moderata, residenti nella propria abitazione ed alle loro famiglie: consolidamento e prosecuzione dei progetti "Palestra della mente" e "Spazio Incontro", organizzati e gestiti in collaborazione con l'Ausl – Distretto di Faenza, l'Asp della Romagna faentina e l'Associazione Alzheimer di Faenza;</li> <li>- Interventi di stimolazione cognitiva a domicilio;</li> <li>- Sostegno economico per anziani in situazione di fragilità economica;</li> <li>- Integrazione rette per anziani indigenti ricoverati in strutture residenziali e semiresidenziali;</li> </ul> <p>Relativamente alle persone disabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione di soluzioni residenziali definitive e temporanee per le persone disabili in condizione di gravità;</li> <li>- Individuazione di soluzioni residenziali rivolte a persone con gravissime disabilità acquisite;</li> <li>- Ricoveri di sollievo programmati, con provenienza dal domicilio, in strutture residenziali, inseriti all'interno del progetto assistenziale di vita e di cura, condiviso con la famiglia;</li> <li>- Mantenimento della persona al proprio domicilio, mediante aiuto e sostegno alla famiglia e al caregiver;</li> <li>- Consulenza ed interventi di adattamento domestico;</li> <li>- Erogazione contributi per la modifica e/o l'adattamento dell'ambiente domestico, in relazione alle esigenze delle persone disabili per la loro permanenza al domicilio;</li> <li>- Servizi a valenza semiresidenziale per disabili: presenza di una vasta rete di servizi diurni a valenza riabilitativa e socio-occupazionale per disabili, compresi centri socio-occupazionali a minore intensità assistenziale, nonché di uno specifico Centro socio-riabilitativo, specializzato in disturbi dello spettro autistico;</li> <li>- Assistenza domiciliare rivolta ad utenti con disabilità fisica o psichica;</li> <li>- Servizio di trasporto per persone disabili che frequentano i Centri occupazionali e riabilitativi diurni;</li> <li>- Assegno di cura per persone con disabilità grave e per persone con gravissime disabilità acquisite;</li> <li>- Integrazione rette per persone disabili indigenti, ricoverati in strutture residenziali e semiresidenziali;</li> <li>- Sostegno economico per persone disabili in situazione di fragilità economica;</li> <li>- Interventi per contrastare l'isolamento sociale e favorire la partecipazione attiva delle persone disabili e delle loro famiglie alla vita sociale: collaborazione con l'associazione Anffas di Faenza per l'organizzazione del laboratorio "Il Faro";</li> </ul> <p>L'Unione della Romagna faentina ha aderito al Bando 2017 "Home care premium", promosso e finanziato dal Fondo credito e attività sociali dell'Inps Gestione Dipendenti pubblici, per progetti innovativi e sperimentali di assistenza domiciliare rivolti a dipendenti e pensionati della Pubblica Amministrazione e loro familiari, in condizione di non autosufficienza e fragilità. I programmi attivati consistono in prestazioni socio-assistenziali prevalenti quali contributi economici, e prestazioni socio-assistenziali integrative quali servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e socio-educativa, servizi di sollievo a domicilio, servizi di integrazione scolastica per alunni disabili, centri diurni per anziani, contributi per installazione di ausili e interventi di domotica.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Politiche di sostegno alla domiciliarità; politiche per la salute; politiche per la casa; politiche educative</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Servizi alla Comunità Ausl – Distretto Faenza Associazione Alzheimer di Faenza Asp della Romagna faentina</p>

	Associazione Anffas di Faenza
<b>Referenti dell'intervento</b>	- Responsabile Servizio Minori del Settore Servizi alla Comunità; - Responsabile Servizio Anziani, Adulti e Disabili del Settore Servizi alla Comunità; - Ufficio di Piano
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 10.811.686,18**

---

- FRNA: 9.965.476,77 €
- FNNA: 846.209,41 €

---

**Indicatori locali: 0**

---

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto
2	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	1	31/12/2017	1	4	4		Approvato	Faenza
3	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	3.2.A Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numerico	0	31/12/2017	0	1	2		Approvato	Faenza
4	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale	Attivo il Punto Unico di Accesso (PUA)	31/12/2017	Predisposizioni per avvio progetto di continuità Ospedale/Territorio entro luglio 2018 (NUCOT)	Sviluppo del progetto NUCOT con monitoraggi o	Sviluppo del progetto NUCOT con monitoraggi o		Approvato	Faenza
5	4 Budget di salute	Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	4.2 Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Testuale	Strumento dell'Uvm con compartecipazione da Bilancio sociale di costi per progetti integrati	31/12/2017	Sviluppo dello strumento Budget di salute	Prosecuzione e monitoraggi o dei progetti Budget di salute	Prosecuzione e monitoraggi o dei progetti Budget di salute		Approvato	Faenza
6	4 Budget di salute	Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	4.5 (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	S   N		31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
7	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	5.1.A Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	S   N		31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Riconoscimento e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	0	31/12/2017	6	7	8		Approvato	Faenza
9	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1		Approvato	Faenza
10	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1		Approvato	Faenza
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1		Approvato	Faenza
12	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	Numerico	0	31/12/2017	1	2	2		Approvato	Faenza
13	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi domiciliari in abitazioni per il Dopo di Noi art. 5 lettera b) DM 23.11.2018	6.2.B N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2017	Numerico	0	31/12/2017	1	2	2		Approvato	Faenza
14	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie programmi di abilitazione e sviluppo competenze art. 5 lettera c) DM 23.11.2019	6.2.C N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2018	Numerico	0	31/12/2017	1	2	2		Approvato	Faenza
15	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2020	6.2.D N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2019	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1		Approvato	Faenza
16	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2021	6.2.E N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2020	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1		Approvato	Faenza

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto
17	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	Definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014	6.3 N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti	S   N	S	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
18	8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	N. enti di Terzo settore coinvolti in percorsi di umanizzazione, promozione del benessere in carcere e di reinserimento sociale e lavorativo	8.6 N. enti di Terzo settore coinvolti	Numerico	6	31/12/2017	6	6	6		Approvato	Faenza
19	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	7	31/12/2017	8	9	10		Approvato	Faenza
20	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S   N	S	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
21	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	12.4.B N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	S   N	N	31/12/2017	N	S	S		Approvato	Faenza
22	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0		Approvato	Faenza
23	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS	15.1 Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	S   N	S	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
24	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	15.4.A N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	S   N	N	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto
25	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico	vedi nota	31/12/2017	vedi nota	vedi nota	vedi nota	Il dato come richiesto "N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse) " non è al momento rilevato. Non è possibile, quindi, indicare la situazione di partenza e previsione 2018 - 2020. Si procederà al monitoraggio ed alla registrazione del dato a partire dal 2018.	Approvato	Faenza
26	16 Sostegno alla genitorialità	Attività di rete dei Consulteri familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consulteri, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consulteri familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consulteri, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S   N	S	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
27	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S   N	N	31/12/2017	N	s	s		Approvato	Faenza
28	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	S   N	S	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
29	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1		Approvato	Faenza
30	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	18.1 Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1		Approvato	Faenza

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto
31	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S   N	N	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
32	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	0	31/12/2017	1	2	2		Approvato	Faenza
33	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	vedi nota	31/12/2017	vedi nota	vedi nota	vedi nota	Per quanto attiene l'Estensione del Nucot e della rete delle strutture di cerniera a Faenza si prevede di articolare e monitorare con evidenza documentale, l'attività nel triennio come segue: - 2018: avvio attività - 2019: attività consolidata - 2020: attività consolidata Per quanto attiene il Regolamento Case famiglia: - 2018: approvazione sulla base delle Linee guida regionali - 2019: applicazione e monitoraggio - 2020: applicazione e monitoraggio - Realizzare uno studio di fattibilità di una centrale di coordinamento integrata dei servizi sanitari e sociali dedicati all'area della cronicità e non autosufficienza	Approvato	Faenza
34	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON	22.5.A N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	1	31/12/2017	2	2	2		Approvato	Faenza
35	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con la quota dedicata del Fondo Povertà	22.5.B N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	0	31/12/2017	0	2	2		Approvato	Faenza
36	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	23.5.A N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	Numerico	4	31/12/2017	12	12	12		Approvato	Faenza

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto
37	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	23.5.B N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	S   N	S	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
38	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	27.1 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	S   N	0	31/12/2017	0 Predisposi one progetto in corso d'anno	1	1		Approvato	Faenza
39	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari	27.2.A N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	0	31/12/2017	0	90	90	Il dato numerico ricomprende personale sanitario ed amministrativo	Approvato	Faenza
40	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi	27.2.B N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	0	31/12/2017	0	90	90	Il dato numerico ricomprende personale sanitario ed amministrativo	Approvato	Faenza
41	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	27.3 N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1		Approvato	Faenza
42	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	27.4 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	S   N	N	31/12/2017	N	S	S		Approvato	Faenza
43	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	27.5 N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	S   N	N	31/12/2017	N	S	S		Approvato	Faenza
44	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	27.6 N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	S   N	N	31/12/2017	N	S	S		Approvato	Faenza
45	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1		Approvato	Faenza
46	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	63	31/12/2017	63	85	90		Approvato	Faenza
47	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.C N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	60	31/12/2017	60	80	90		Approvato	Faenza

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto
48	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	70	31/12/2017	70	85	90		Approvato	Faenza
49	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1		Approvato	Faenza
50	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	Presenza dei seguenti gruppi nel territorio: AA, ALAnon, GAM, GamAnon, Arcat	31/12/2017	Applicazione dei protocolli e loro diffusione	Applicazione dei protocolli e loro diffusione	Applicazione dei protocolli e loro diffusione		Approvato	Faenza
51	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.3 N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1		Approvato	Faenza
52	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	29.4 Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna	S   N	S	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
53	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S   N	S	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
54	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RFR	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1		Approvato	Faenza
55	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RFR	Testuale	violenza di genere	31/12/2017	violenza di genere	violenza di genere	violenza di genere		Approvato	Faenza

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto
56	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S   N	S	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
57	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	Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	37.3 Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S   N	N	31/12/2017	S	S	S		Approvato	Faenza
58	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	Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso	37.4 monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numerico	24	31/12/2017	24	25	26		Approvato	Faenza

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 219.497,37	€ 14.406,23	€ -	€ -	€ -	€ 35.000,00	€ 82.605,82	€ 351.509,42
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 246.472,07	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 144.753,43	€ -	€ 391.225,50
Centri per le famiglie		€ 21.067,56	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 21.067,56
Centri Antiviolenza		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 44.256,47	€ -	€ 44.256,47
Quota Fondo povertà nazionale		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 274.060,72	€ -	€ 274.060,72
Quota povertà regionale LR24/16		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 98.247,41	€ -	€ 98.247,41
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 -		€ 36.047,31	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 36.180,22	€ -	€ 72.227,53
Fondi FSE POR - LR 14/2015		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 357.687,00	€ -	€ 357.687,00
Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie (almeno 10% del totale FSE assegnato) LR14/15		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 36.000,00	€ -	€ 36.000,00
Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)		€ -	€ 128.366,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 128.366,00
Programma gioco d'azzardo patologico		€ -	€ -	€ 71.851,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 71.851,00
FRNA		€ -	€ 3.017.375,95	€ -	€ 6.672.600,82	€ -	€ -	€ 5.500,00	€ 9.695.476,77
FNNA		€ -	€ 239.735,00	€ -	€ 606.474,41	€ -	€ -	€ -	€ 846.209,41
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA		€ -	€ 472.072,03	€ -	€ 4.119.930,06	€ -	€ -	€ -	€ 4.592.002,09
AUSL (specificare)	AUSL Distretto di Faenza per interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria	€ 551.878,47	€ -	€ 128.699,90	€ -	€ 38.227,65	€ 88.176,54	€ 140.640,48	€ 947.623,04
Altri fondi regionali (specificare)	Progetto "Un luogo per ricominciare"	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 10.000,00	€ -	€ 10.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	Progetto Autonomia abitativa donne vittime di violenza	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 28.710,00	€ -	€ 28.710,00
Altri fondi regionali (specificare)	Progetto apertura nuova casa rifugio donne vittime di violenza	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 37.500,00	€ -	€ 37.500,00
Altri fondi regionali (specificare)	Progetto "Unioni per le differenze"	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	Fondo morosità incolpevole (DGR 1730 del 06/11/2017 e residui)	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 235.430,26	€ -	€ 235.430,26



Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Altri soggetti privati (specificare)	Croce Rossa Italiana – sezione di Faenza	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00
Altri soggetti privati (specificare)	UCIPEM	€ 1.500,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.500,00
Altri soggetti privati (specificare)	Fondazione S. Umiltà	€ 15.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.000,00
Altri soggetti privati (specificare)	Associazione Alzheimer	€ -	€ -	€ -	€ 6.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 6.000,00
Altri soggetti privati (specificare)	ANFFAS	€ -	€ 15.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.000,00
Unione di comuni (specificare)	Unione della Romagna Faentina	€ 1.607.078,57	€ 2.062.811,71	€ 8.000,00	€ 740.815,26	€ 32.346,56	€ 66.665,43	€ 766.476,87	€ 5.284.194,40
Comune (specificare)	Comune di Brisighella	€ 1.900,00	€ -	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ 2.880,00	€ -	€ 9.780,00
Comune (specificare)	Comune di Casola Valsenio	€ -	€ -	€ -	€ 3.470,00	€ -	€ 200,00	€ -	€ 3.670,00
Comune (specificare)	Comune di Castel Bolognese	€ 17.452,00	€ 300,00	€ -	€ 12.000,00	€ -	€ 300,00	€ -	€ 30.052,00
Comune (specificare)	Comune di Faenza	€ 33.877,29	€ 31.107,09	€ -	€ -	€ -	€ 50.441,61	€ -	€ 115.425,99
Comune (specificare)	Comune di Riolo Terme	€ 3.649,00	€ 300,00	€ -	€ 3.450,00	€ -	€ 932,00	€ -	€ 8.331,00
Comune (specificare)	Comune di Solarolo	€ 500,00	€ 1.000,00	€ -	€ 11.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 12.500,00
<b>Totale (al lordo della compartecipazione utenti)</b>		€ 3.143.813,68	€ 6.122.450,49	€ 208.550,90	€ 12.337.260,55	€ 102.304,88	€ 1.604.296,13	€ 995.223,17	€ 24.513.899,80
<b>Totale (al netto della compartecipazione utenti)</b>		€ 3.143.813,68	€ 6.122.450,49	€ 208.550,90	€ 12.337.260,55	€ 102.304,88	€ 1.604.296,13	€ 995.223,17	€ 24.513.899,80

**PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - PROGRAMMAZIONE ANNO 2018**  
**DISTRETTO DI FAENZA**

PROGRAMMAZIONE 2018-PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2018										
Linee di servizio competenza AUSL						Linee di servizio competenza Unione				
Co.Ge. Conti RER	Conti NFS	Risorse dei Comuni	FRNA gestioni particolari	Risorse da FRNA	Risorse da FNA quota 50% vincolata	Risorse da FNA	Risorse da FRNA	Risorse da FNA	FRNA gestioni particolari	Programma "Dopo di noi"

<b>ANZIANI</b>										
<b>Assistenza residenziale</b>			<b>0,00</b>	<b>73.677,25</b>	<b>5.210.986,72</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Strutture residenziali per anziani (case protette/rsa; inclusi "ricoveri temporanei in rsa" (punto 4.4 della dgr 1378/99)	46030050 10.30.002	4030600002		73.677,25	880.171,26					
	46050120 10.30.003	4030600003			4.324.775,46					
Sostegno progetti assistenziali individuali c/o strutture residenziali non convenzionate (punto 5 dgr n. 1378/99)	46050160 10.30.021	4030600021			6.040,00					
Altre strutture (case di riposo, comunita alloggio, etc.)	46050160 10.30.021									
<b>Domiciliarità, nuove opportunita assistenziali e sostegno delle famiglie</b>			<b>0,00</b>	<b>26.411,26</b>	<b>659.025,59</b>	<b>266.317,00</b>	<b>340.157,41</b>	<b>702.500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Accoglienza temporanea di sollievo (punto 4.5 dgr 1378/99) in strutture residenziali	46030044 10.30.052	4030600052			19.200,00					
	46030045 10.30.053	4030600053			31.300,00					
Accoglienza temporanea di sollievo (punto 4.5 dgr 1378/99) in strutture semi-residenziali	46030046 10.30.062	4030600062								
	46030047 10.30.063	4030600063								
Strutture semi-residenziali per anziani (centri diurni)	46050158 10.30.012	4030600012		23.604,00	203.096,42					
	46050159 10.30.013	4030600013		2.807,26	331.903,58					
Assistenza domiciliare e servizi connessi:										
A) assistenza domiciliare	46030067 10.30.024	4030600024					380.000,00			
B) servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura										
b.1. trasporti	46050162 10.31.012									
b.2. pasti	46050162 10.31.012						40.000,00			
b.3. telesoccorso e teleassistenza	46050162 10.31.012						500,00			
C) programma dimissioni protette	46050163 10.31.012	4031630012					265.000,00			
D) attivita rivolta ai gruppi (formazione, informazione, educazione, incontri, caffe alzheimer, ecc.)	46050164 10.31.012	4031640012					17.000,00			

**PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - PROGRAMMAZIONE ANNO 2018**  
**DISTRETTO DI FAENZA**

PROGRAMMAZIONE 2018-PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2018											
Linee di servizio competenza AUSL							Linee di servizio competenza Unione				
	Co.Ge. Conti RER	Conti NFS	Risorse dei Comuni	FRNA gestioni particolari	Risorse da FRNA	Risorse da FNA quota 50% vincolata	Risorse da FNA	Risorse da FRNA	Risorse da FNA	FRNA gestioni particolari	Programma "Dopo di noi"
Assegno di cura anziani:											
A) assegni di cura (di livello a-b-c) (*)	46050071 10.32.001	4032600001			73.525,59	236.317,00	270.157,41				
B) contributo aggiuntivo assistenti famigliari con regolare contratto	46050071 10.32.001	4032600001				30.000,00	70.000,00				
Servizi di prossimità (portierato sociale, custode sociale, alloggi con servizi, ecc.)	46050165 10.31.041										
<b>Accesso e presa in carico</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Potenziamento accesso alle prestazioni/servizi e percorso presa in carico	46050170 10.31.031	4031600031									
<b>Altro</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Altro (interventi residuali ed eccezionali, non ricompresi nelle finalità precedenti)											
<b>TOTALE</b>			<b>0,00</b>	<b>100.088,51</b>	<b>5.870.012,31</b>	<b>266.317,00</b>	<b>340.157,41</b>	<b>702.500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
							<b>€ 6.572.512,31</b>				

**DISABILI**

<b>Assistenza residenziale</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>170.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.205.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Strutture residenziali di livello alto (centri socio-riabilitativi residenziali)	46050178 10.30.094	4030600094						1.090.000,00			
Strutture residenziali di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette)	46050179 10.30.104	4030600104						115.000,00			
Strutture residenziali di livello medio (GIARDINO DEI SEMPLICI)	46050169 10.30.103	4030600103			0,00						
Residenzialità disabili gravissimi (dgr 2068/04)	46030064 10.30.031	4030600031			0,00						
	46030065 10.30.032	4030600032			118.271,00						
	46030066 10.30.033	4030600033			51.729,00						
<b>Domiciliarità, nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie</b>			<b>17.279,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>145.000,00</b>	<b>94.735,00</b>	<b>1.580.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>19.375,95</b>	<b>0,00</b>
Accoglienza temporanea di sollievo in strutture residenziali (dgr 1230/08)	46030078 10.30.074	4030600074						35.000,00			

**PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - PROGRAMMAZIONE ANNO 2018**  
**DISTRETTO DI FAENZA**

PROGRAMMAZIONE 2018-PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2018											
Linee di servizio competenza AUSL							Linee di servizio competenza Unione				
	Co.Ge. Conti RER	Conti NFS	Risorse dei Comuni	FRNA gestioni particolari	Risorse da FRNA	Risorse da FNA quota 50% vincolata	Risorse da FNA	Risorse da FRNA	Risorse da FNA	FRNA gestioni particolari	Programma "Dopo di noi"
Accoglienza temporanea di sollievo in strutture semi-residenziali (dgr 1230/08)											
Strutture semi-residenziali per disabili (centri diurni):											
A) centri socio-riabilitativi diurni	46030086 10.30.114	4030700114						990.000,00		19.375,95	
B) centri socio-occupazionali	46030084 10.30.122	4030700122						465.000,00			
Assistenza domiciliare e servizi connessi											
A) assistenza domiciliare											
a.1. assistenza domiciliare e territoriale con finalita socio-educativa	46030069 10.30.043	4030600043						0,00			
a.2. prestazioni educative territoriali	46030069 10.30.043	4030600043						0,00			
a.3. assistenza domiciliare con finalita socio-assistenziale	46030069 10.30.043	4030600043						90.000,00			
a.3. assistenza domiciliare con finalita socio-assistenziale AIDS	70050027 03.08.006										
B) servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura											
b.1. trasporti	46030075 10.31.012	4031600012						0,00			
b.1. trasporti DIALIZZATI	46030075 10.31.012	4031600012			2.000,00						
b.2. pasti	46030075 10.31.012	4031600012									
b.3. telesoccorso e teleassistenza	46030075 10.31.012	4031600012									
C) attivita rivolta ai gruppi (formaz/informaz/educaz, gruppi, consulenze)	46030076 10.31.012	4031610012						0,00			
Interventi per la mobilita privata delle persone con grave disabilita											
Contributi per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli (art. 9 l.r. 29/97)											
Assegno di cura disabili											
A) assegno di cura disabili con handicap grave (comma 3 art.3 l.104/92)	46050074 10.32.011	4032600011	17.279,00			35.000,00	43.975,00				
B) assegno di cura gravissime disabilita acquisite (dgr 2068/2004)	46050070 10.32.021	4032600021				110.000,00	41.000,00				

**PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - PROGRAMMAZIONE ANNO 2018**  
**DISTRETTO DI FAENZA**

PROGRAMMAZIONE 2018-PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2018											
Linee di servizio competenza AUSL							Linee di servizio competenza Unione				
	Co.Ge. Conti RER	Conti NFS	Risorse dei Comuni	FRNA gestioni particolari	Risorse da FRNA	Risorse da FNA quota 50% vincolata	Risorse da FNA	Risorse da FRNA	Risorse da FNA	FRNA gestioni particolari	Programma "Dopo di noi"
C) contributo aggiuntivo assistenti famigliari con regolare contratto	46050074 10.32.011	4032600011					5.760,00				
	46050070 10.32.021	4032600021					4.000,00				
<b>Accesso e presa in carico</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>41.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Potenziamento accesso alle prestazioni/servizi e percorso presa in carico	46050170 10.31.031	4031600031						41.000,00			
<b>Altro</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>78.153,00</b>
Altro (interventi residuali ed eccezionali, non ricompresi nelle finalita precedenti)	46050335 10.31.041										78.153,00
<b>TOTALE</b>			<b>17.279,00</b>	<b>0,00</b>	<b>172.000,00</b>	<b>145.000,00</b>	<b>94.735,00</b>	<b>2.826.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>19.375,95</b>	<b>78.153,00</b>
							<b>€ 2.998.000,00</b>				

<b>Interventi trasversali per anziani e disabili</b>											
<b>Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari								0,00			
<b>Servizi consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>50.213,00</b>
Contributi del frna per l'adattamento domestico e per l'autonomia nell'ambiente domestico (art.10 l.r 29/97)								3.000,00			50.213,00
Servizio di consulenza dei centri provinciali per l'adattamento domestico											
<b>Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili								2.500,00			
<b>Altro</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Altro (interventi residuali ed eccezionali, non ricompresi nelle finalita precedenti)								0,00			
<b>TOTALE</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>5.500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>50.213,00</b>

**PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - PROGRAMMAZIONE ANNO 2018**  
**DISTRETTO DI FAENZA**


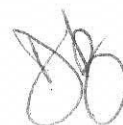
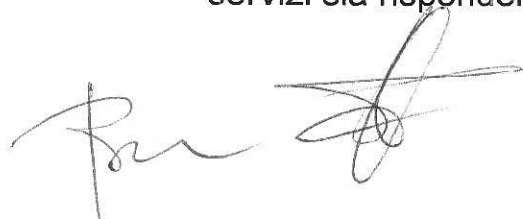
PROGRAMMAZIONE 2018-PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2018										
		Linee di servizio competenza AUSL					Linee di servizio competenza Unione			
Co.Ge. Conti RER	Conti NFS	Risorse dei Comuni	FRNA gestioni particolari	Risorse da FRNA	Risorse da FNA quota 50% vincolata	Risorse da FNA	Risorse da FRNA	Risorse da FNA	FRNA gestioni particolari	Programma "Dopo di noi"
		Linee di servizio competenza AUSL					Linee di servizio competenza Unione			
		Risorse dei Comuni	FRNA gestioni particolari	Risorse da FRNA	Risorse da FNA quota 50% vincolata	Risorse da FNA	Risorse da FRNA	Risorse da FNA	FRNA gestioni particolari	Programma "Dopo di noi"
		17.279,00	100.088,51	6.042.012,31	411.317,00	434.892,41	3.534.000,00	0,00	19.375,95	128.366,00

## ACCORDO SULL'ATTUAZIONE DISTRETTUALE DEL NUOVO PIANO SOCIALE E SANITARIO REGIONALE

Distretto di Faenza – Unione della Romagna Faentina – OO.SS

**Il quadro di riferimento all'interno del quale i diversi soggetti che operano in ambito sanitario e sociale operano vede, i seguenti 5 punti come elementi fondamentali attraverso i quali costruire e realizzare politiche al servizio del bisogno:**

- **nuovo PSSR:** i contenuti del piano riguardano principalmente le tematiche sanitarie e socio-sanitarie. Occorre tenere presente che, per quanto riguarda specificatamente la programmazione sanitaria, il riferimento è il livello di area vasta romagnola ed i principi definiti sul riordino della rete ospedaliera rappresentano l'orientamento per la programmazione distrettuale;
- **Unione della Romagna Faentina:** la scelta fatta di conferire all'Unione tutte le deleghe (percorso conclusosi nel 2017) pone URF (unitamente al Distretto) quale soggetto di riferimento unico della programmazione territoriale, pur mantenendo la possibilità di definire modalità specifiche nei singoli Comuni;
- **ASP Unica Distrettuale:** la sua creazione ha rappresentato un passo importante per la gestione unitaria dei servizi del territorio; è necessario garantire quindi la continuità della gestione pubblica di servizi, rafforzandone il ruolo per garantirne la sostenibilità anche attraverso la gestione di servizi nuovi e innovativi;
- **Distretto e Ufficio di Piano:** nel dare attuazione locale agli accordi sindacali regionali sottoscritti fra Regione ed OO.SS., in merito al PSSR ed alla sua implementazione in relazione alla nuova pianificazione socio-sanitaria triennale occorre anche attivare incontri per co-progettazione e verifica annuale delle programmazioni previste, e delle eventuali modifiche, mediante un confronto periodico, nel quale le parti analizzeranno rendicontazioni, monitoraggi e valutazioni degli esiti;
- **Nuovo Regolamento URF per la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali:** l'attuazione di questo importante obiettivo deve essere monitorata in modo da accertare quanto l'erogazione dei servizi sia rispondente ai bisogni sociali.



## **Priorità generali della nuova programmazione socio-sanitaria**


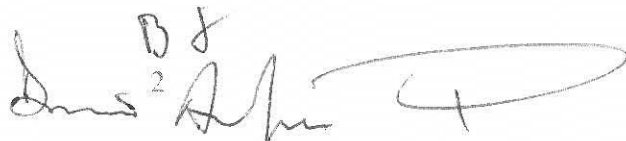
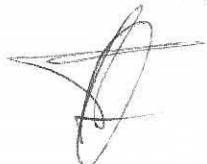
Le parti condividono che la programmazione socio sanitaria deve avere come priorità i seguenti temi :

1. lotta alla povertà, all'esclusione sociale, alla fragilità;
2. innovazione, con particolare riferimento alla prossimità dei servizi, alla domiciliarità ed all'integrazione sociale e sanitaria;
3. approccio universalistico, prevedendo la partecipazione alla spesa dei richiedenti i servizi in base alle capacità reddituali e patrimoniali;
4. prevenzione, deve essere un asse fondamentale della strategia pubblica, per mantenere una condizione sociale, sanitaria, psicologica dei cittadini, il più possibile ottimale.

## **Obbiettivi della Programmazione Triennale Distrettuale**

Le parti condividono la necessità di raggiungere i seguenti obbiettivi :

- qualificazione e mantenimento dei livelli di spesa sociale a carico dell'Unione.
- Il mantenimento del livello di qualità del lavoro degli operatori del settore attraverso il completo utilizzo delle normative vigenti (la conferma del sistema dell'accreditamento, l'attuazione del protocollo appalti, la regolarità delle tipologie contrattuali, la qualificazione ed emersione del lavoro di cura degli assistenti familiari, applicazione CCNL di settore firmati dalle OO.SS. maggiormente rappresentative, accertamento quali-quantitativo del personale all'effettiva esigenza dei servizi erogati, sia pubblico che privato accreditato);
- valorizzazione del servizio sociale territoriale attraverso piani delle assunzioni adeguati per la realizzazione delle funzioni previste dall'attuale Regolamento Socio Sanitario del Distretto anche attraverso la formazione degli operatori;
- esercizio della governance pubblica, attraverso un'autonoma rilevazione dei bisogni con la conseguente pianificazione e programmazione degli interventi e dei servizi e con l'adozione di momenti di confronto con i diversi soggetti nel pieno rispetto dei diversi ruoli e delle diverse rappresentanze;
- costruzione di un sistema trasparente ed effettivamente misurabile della valutazione della qualità e della quantità dei servizi affidati o appaltati, garantendo forme di verifica e monitoraggio, coinvolgendo gli utenti e le rappresentanze, (OO.SS. comitati territoriali, fruitori, ecc.);



- monitoraggio della popolazione ultra 75enne, per prevenire fragilità e malattie;
- analisi delle crescenti esigenze di mobilità sociale e sanitaria, considerato il progressivo accentramento e specializzazione dei servizi, nell'intera area romagnola, ricercando risposte alle necessità delle persone, oggi assicurate anche dal volontariato.

**Per quanto riguarda le tematiche affrontate nelle schede attuative allegatae al piano socio-sanitario 2017-19, si evidenziano di seguito gli ambiti e gli interventi che si ritengono prioritari:**

**Innovazione organizzativa e tecnologica:**

Deve essere il perno della nuova programmazione, attualizzando l'uso delle risorse umane e strumentali, offrendo nell'ambito della domiciliarità, dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, delle dimissioni protette e dell'integrazione sociale e sanitaria, un approccio in grado di ottimizzare i percorsi e le risposte ai bisogni dell'utenza e dei caregiver.

Al tale fine si chiede la possibilità di, adottare una modalità operativa in grado di interfacciare i vari erogatori di servizi, con continuità, efficacia ed appropriatezza, attraverso la digitalizzazione dei dati sociali ed il loro interfacciamento con i dati sanitari

**Case della salute e OSCO:**

E' importante che ogni servizio, compreso le Case della Salute, sia dotato della propria Carta dei Servizi che consenta ai cittadini di avere chiaro le prestazioni a cui hanno diritto.

Le CdS devono promuovere una maggiore integrazione con il territorio dove operano sollecitando la partecipazione dei cittadini e delle associazioni locali, promuovendo percorsi di prevenzione e promozione di corretti stili di vita. La CdS deve diventare punto di riferimento per l'erogazione dei servizi di prossimità, in particolare per la popolazione anziana/fragile e affetta da patologie croniche con aumentato rischio di ospedalizzazione.

E' fondamentale rafforzare il rapporto tra questi strumenti di sanità territoriale (CdS, OSCO) con i medici di Medicina generale, nuclei cure primarie (quante ne sono presenti nel distretto) e con i servizi sociali dell'URF in modo da realizzare una completa ed efficace presa in carico dei bisogni del cittadino.

Nel distretto, oltre all'OSCO di Brisighella e successivamente all'avvio dello

*[Handwritten signatures and initials]*

stesso, si ritiene opportuno valutare l'attuazione nella Vallata del Senio (tenuto conto della presenza dell'ASP) di un punto di assistenza sanitaria, con posti letto territoriali (cure intermedie), in modo da offrire parità di offerta a tutti i nostri cittadini

### **Integrazione sociale e sanitaria:**

Il tema della salute pubblica affronta un'importante sfida legata all'attenzione che viene rivolta ai territori e che a sua volta si espleta attraverso azioni di integrazione sociale e sanitaria. L'integrazione resta un obiettivo da perseguire e monitorare periodicamente. Allo scopo è utile attuare lo sviluppo di strumenti di progettazione e presa in carico integrata dell'utente (es. Unità di Valutazione Multidimensionale, Budget di Salute, percorsi integrati di dimissione ospedaliera protetta ecc.).

A tal fine è opportuno prevedere un presidio specifico sui servizi territoriali: Dipendenze Patologiche, Salute Mentale e Neuropsichiatria Infantile; a cui afferiscono persone e utenti in aumento, sia per patologia che per complessità; medesima attenzione è posta ai Servizi Sociali dell'Unione della Romagna Faentina.

Per tutelare la crescente richiesta di supporto psicologico e diagnostico è necessario monitorare la presenza di personale infermieristico, psicologico, educativo, di personale medico e della riabilitazione psichiatrica.

### **Inclusione stranieri richiedenti protezione internazionale :**

Occorre proseguire nella presa in carico dei richiedenti in capo alla struttura pubblica (Asp) e progettare attività socialmente utili nei quali impiegare i richiedenti asilo, al fine di un ulteriore supporto all'integrazione nel territorio.

E' necessario proseguire con i progetti che ne promuovano l'integrazione linguistica, culturale e sociale.

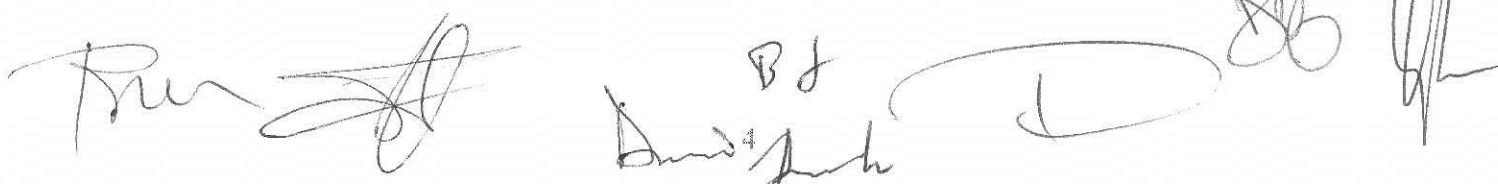
Occorre attivare, se necessario, progetti che sostengano minori o donne vittime di tratta.

E' fondamentale promuovere iniziative che consentano un adeguato accompagnamento anche a chi è uscito dalla prima fase dell'accoglienza.

### **Adolescenza:**

Occorre intensificare la programmazione ed il coordinamento di politiche in ambito sanitario, socio-sanitario, sociale, scolastico ed educativo tra i diversi soggetti.

Oltre all'erogazione di interventi settoriali, si ritiene utile assumere una visione più unitaria e completa della personalità e dei problemi degli adolescenti, al fine di contrastare con maggiore efficacia problematiche salienti, quali per es. il bullismo e l'utilizzo di sostanze stupefacenti.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, initials 'BJ' in the center, and several other signatures on the right.

Tra i diversi punti da realizzare rivestono particolare importanza la promozione di stili di vita salutari, la prevenzione e cura delle psicopatologie, l'educazione all'affettività ed alla sessualità, la promozione salute sessuale e riproduttiva, la tutela dei minori, la prevenzione maltrattamenti ed abusi, il monitoraggio dei comportamenti a rischio, il contrasto dell'abbandono scolastico.

### **Rete dei servizi agli anziani e FRNA:**

La domiciliarità è il perno della filiera dell'innovazione sociale.

I caregiver ed assistenti famigliari devono essere inseriti nella rete dei servizi.

Inoltre domotica, abbattimento delle barriere architettoniche, contributi economici, servizi semiresidenziali e di sollievo, domiciliarità protetta, supporto di Case della Salute e OS.CO, dimissioni protette residenziali e al domicilio, contrasto all'isolamento, reti di solidarietà sociale possono essere punti da sviluppare allo scopo di garantire un grado di protezione crescente all'aumentare della non autosufficienza, sempre attraverso la "personalizzazione" degli interventi e delle reti di supporto.

Possono anche essere sperimentati progetti quali: badantato di condominio, di strada, di quartiere, ecc.

Occorre prevedere un attento monitoraggio della Case Famiglie operanti nel distretto faentino anche attraverso l'adozione di un regolamento in attesa che il fenomeno venga regolato dalla Regione Emilia Romagna.

Obiettivo finale deve essere quello di avere il massimo dei controlli e della trasparenza, sull'assistenza erogata nelle case famiglia. Il numero dei posti letto residenziali accreditati, per non autosufficienti, deve essere proporzionale alle effettive necessità della popolazione anziana residente nel Distretto. Tale conteggio deve tenere conto anche dei posti letto cosiddetti "cerniera" che fanno parte del sistema complessivo legato alle dimissioni protette e della ricollocazione più appropriata dell'anziano nell'ottica della continuità delle cure.

Conseguentemente va aperta una riflessione sul rapporto con il complesso dell'offerta del territorio, posti accreditati e non, garantendo equità di accesso (bina) e di costi per l'utenza.

Occorre monitorare gli accordi sottoscritti sulle liste di attesa e la compartecipazione alla spesa, relativamente alla graduatoria unica di Distretto.

### **Misure di contrasto alla povertà e di inclusione attiva (REI, RES, L.R.14/15):**

Occorre utilizzare le risorse del programma operativo nazionale, (PON), per assunzioni mirate, il monitoraggio delle domande dei progetti e la misurazione dell'efficacia delle attivazioni individuali/familiari, avviate



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, initials 'BF' and 'S' in the center, and a signature on the right.

definendo report adeguati

E' necessario verificare l'intreccio di questi interventi con altre forme di assistenza in modo da qualificarne e ottimizzarne l'utilizzo.

E' fondamentale attivare il monitoraggio di tutte le risorse dedicate al contrasto alla povertà, comprensive di quelle erogate attraverso la Commissione Assistenza sulla base di progetti individualizzati, in modo da misurare l'uso ed i risultati ottenuti

### **La casa come fattore di inclusione e benessere:**

E' importante costruire la filiera dell'abitare (emergenza abitativa, ERP, ERS, nuove tipologie di accordo pubblico/privato (affitti a riscatto), con i soggetti pubblici (ASP) e privati del territorio.

Occorre ricercare soluzioni abitative per nuclei familiari, che pur lavorando, non hanno redditi che consentono l'accesso agli affitti del libero mercato; e sarà importante monitorare costantemente in ogni singolo Comune le diverse esigenze abitative, costruendo, ove possibile, la relativa "filiera di risposta al bisogno" considerando anche gli immobili privati sfitti.

Occorrerà, infine, valutare la possibilità dell'apertura di un "punto di riferimento" per padri separati o soli con problemi inerenti all'abitazione affinché permetta loro di avere un luogo di riferimento non solo per loro ma anche per il mantenimento del rapporto con i figli.

### **Contrasto alla violenza di genere e parità di genere:**

La violenza nei confronti delle donne è purtroppo una condizione dalla quale si stenta ad uscire, anzi la recrudescenza dei fatti che avvengono quotidianamente, deve fare innalzare il livello di attenzione sociale.

Si tratta di adottare azioni integrate che coinvolgano i vari soggetti istituzionali e privati operanti a vario titolo nel territorio, partendo dalle scuole dell'infanzia. Infatti si tratta di fenomeni che nascono da contesti culturali ed educativi, che non si possono fermare o reprimere solo attraverso misure di sicurezza personale, pure necessarie e da rinforzare.

In tale visione acquistano rilevanza anche tutte le azioni che possono promuovere le pari opportunità nella vita, nello studio e nel lavoro e la valorizzazione delle differenze di genere in ogni contesto, obiettivi di lungo percorso e da consolidare nei raggiungimenti.

In questo contesto di parità di genere si intende avviare un confronto anche sulla delicata questione dei padri autori di violenza, attraverso il progetto Aziendale "Liberi dalla Violenza"

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, initials 'Bd' and 'Ahu' in the center, and a signature on the right with the number '54' written above it.

**Accreditamento:**

Sarà fondamentale presidiare il confronto istituzionale su azioni e strumenti relativi ai servizi socio-sanitari in vista di nuove proposte finalizzate all'aggiornamento complessivo della loro disciplina.

Occorre evitare in assoluto un arretramento rispetto alla valorizzazione della qualità del lavoro e dell'assistenza.

**Consolidamento e sviluppo del Servizio Sociale Territoriale:**

Il rapporto regionale, (operatori/popolazione), è il numero minimo per l'adeguamento delle dotazioni organiche, pertanto bisogna monitorare e verificare la formazione e il reale funzionamento sul territorio degli sportelli sociali.

**Livelli Essenziali Prestazioni Sociali:**

Si ritiene necessario verificare le prestazioni erogate e quali eventualmente non sono erogate, o lo sono in modo non appropriato, per garantire maggiore omogeneità nella fruizione dei diritti di cittadinanza, e quindi per assicurare equità di accesso e qualità delle prestazioni. L'erogazione dei LEPS è connessa con la disponibilità delle risorse necessarie, conseguentemente l'analisi delle prestazioni consente di definire le priorità e di porre l'esigenza di adeguare l'assegnazione degli stanziamenti.

L'analisi presuppone anche la messa a regime del sistema di rilevazione dei bisogni sociali, a partire dal sistema informativo degli sportelli sociali ed un monitoraggio della spesa degli ultimi 5 anni.

**Oltre alle tematiche prioritarie**, il confronto dovrà analizzare ogni ambito di programmazione relativamente alle azioni ed agli interventi inerenti: disabilità e "dopo di noi", sostegno ai caregiver, invecchiamento attivo e tutela della fragilità dell'anziano, salute sessuale e riproduttiva, (consultori), medicina di genere, sostegno alla genitorialità, servizi 0/3 e 0/6, cure palliative, budget di salute per soggetti fragili, (sert, neuropsichiatria infantile e adolescenza), contrasto alla povertà estrema, (senza fissa dimora), gioco d'azzardo patologico. Relativamente a tali molteplici tematiche, comunque integrabili anche in alcuni punti prioritari, si ritiene necessario che il pubblico organizzi e coordini le proprie attività con i contributi forniti dal Terzo Settore

**Piani di Zona e Tavolo Distrettuale di Monitoraggio e Confronto**

Il Piano di Zona è il documento programmatico con il quale i Comuni associati, di intesa con l'Azienda USL, definiscono le politiche sociali e socio-sanitarie rivolte alla popolazione dell'ambito territoriale coincidente con il distretto sanitario.

E' coerente con il Piano regionale degli interventi e servizi sociali e si

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature with 'B8' above it, and several other scribbles and initials on the right.

raccorda con la programmazione sanitaria, in particolare di livello distrettuale. Alla sua definizione concorrono diversi soggetti istituzionali, ognuno per le proprie competenze e responsabilità.

Particolare importanza risulta rivestire il confronto che in questi anni è stato portato avanti con le OO.SS. che hanno portato il loro apporto di conoscenza dei bisogni e di radicamento territoriale.

Allo scopo di consolidare questo confronto le parti condividono la necessità di istituire un Tavolo di Monitoraggio e Confronto, che si riunirà con periodicità almeno semestrale, che consenta l'approfondimento e la verifica dei diversi temi elencati in questo accordo e che favorisca l'attuazione ed il monitoraggio delle azioni elencate delle schede del Piano di Zona.

FIRME

IL Presidente del Comitato di Distretto.....



Il Direttore del Distretto.....



CGIL.....

SPI.....

CISL.....

FNP.....

UIL.....

UILP.....

Faenza , li.....

30 LUG, 2018