

**PIANO DI ZONA PER LA SALUTE ED IL BENESSERE SOCIALE
2018-2020
Distretto di Ravenna**

Indice

1- La fotografia del territorio

- 1.1 - Analisi del contesto
- 1.2 - Servizi sanitari e spesa sanitaria
- 1.3 - Servizi sociali e spesa sociale
- 1.4 - Modello di governance locale e assetto organizzativo dell'ambito distrettuale

2 - Percorsi partecipativi sul welfare

- 2.1 - Innovare i servizi per le persone con disabilità
- 2.2 - La comunità per il welfare

3 - Scelte strategiche e priorità con particolare riferimento alla lotta alla povertà (parte politica)

4 - Schede intervento

- 4.1 - Area A – Domiciliarità e prossimità (schede 1-8)
- 4.2 - Area B – Riduzione delle disuguaglianze e promozione della salute (schede 9-21)
- 4.3 - Area C – Promozione dell'autonomia delle persone (schede 22-25)
- 4.4 - Area D – Partecipazione e responsabilizzazione (schede 26-29)
- 4.5 - Area E – Qualificazione dei servizi (schede 30-39)

5 - Programmi attuativi annuali

1 - La Fotografia del Territorio

1.1 - Analisi del contesto

1.2 - Servizi sanitari e spesa sanitaria

1.3 - Servizi sociali e spesa sociale

1.4 - Modello di governante locale e assetto organizzativo dell'ambito distrettuale

1 – La fotografia del territorio

1.1 – Analisi del contesto

I tre Comuni che costituiscono il distretto ravennate (Ravenna, Cervia e Russi) sono caratterizzati, per quanto riguarda l'andamento demografico, da elementi non del tutto omogenei:

- Ravenna e Russi hanno un aumento considerevole di popolazione residente, anche di cittadini italiani; in particolare Russi appare come punto attrattore di nuovi residenti, che, forse per scelta, si allontanano da centri urbani più ampi;
- Cervia si discosta da questo andamento perché i cittadini italiani residenti restano quasi inalterati nonostante la vocazione fortemente turistica della città potrebbe far pensare ad utilizzi impropri della residenza nelle seconde case;
- omogeneo invece l'aumento della popolazione straniera sia in valore assoluto che come valore percentuale. Nel periodo 2010 – 2016 le variazioni sono infatti le seguenti:

Ravenna: nel 2010 cittadini stranieri residenti 18.238 (11,49%)

 nel 2017 cittadini stranieri residenti 19.350 (12,17%)

Cervia: nel 2010 cittadini stranieri residenti 3.171 (10,87%)

 nel 2017 cittadini stranieri residenti 3.132 (10,91)

Russi: nel 2010 cittadini stranieri residenti 1.270 (10,34%)

 nel 2017 cittadini stranieri residenti 1.464 (12,16 %)

- le schede allegate descrivono l'andamento di crescita nei singoli anni a partire dal 2010 e il dato è costante per tutto il contesto distrettuale;
- i dati demografici suddivisi per territorio (circoscrizioni, quartieri ed unità di censimento) sono altrettanto significativi perché ci aiutano a comprendere i nuclei di aggregazione e/o di espansione;
- Cervia, in particolare, presenta, per le particolari caratteristiche del tessuto economico, una suddivisione irregolare della popolazione, simile ad alcune parti del Territorio ravennate: la presenza di parti di città non vive per gran parte dell'anno può generare insicurezza così come la forte presenza di alloggi liberi per molti mesi può favorire l'insediamento di chi vive o vuole vivere ai margini;

COMUNE DI RAVENNA

Popolazione al 31.12 ANNO	Nazionalità			% italiani sul totale della popolazione	% stranieri sul totale della popolazione
	Italiana	Straniera	Totale		
2010	140.501	18.238	158.739	88,51	11,49
2011	140.685	19.007	159.692	88,10	11,90
2012	140.465	19.778	160.243	87,66	12,34
2013	140.043	18.998	159.041	88,05	11,95
2014	139.700	19.211	158.911	87,91	12,09
2015	139.762	19.354	159.116	87,84	12,16
2016	139.608	19.449	159.057	87,77	12,23
2017	139.765	19.350	159.015	87,89	12,17

COMUNE DI CERVIA

Popolazione al 31.12 ANNO	Nazionalità			% italiani sul totale della popolazione	% stranieri sul totale della popolazione
	Italiana	Straniera	Totale		
2010	26.009	3.171	29.180	89,13	10,87
2011	25.975	3.222	29.197	88,96	11,04
2012	25.812	3.316	29.128	88,62	11,38
2013	25.666	3.302	28.968	88,60	11,40
2014	25.771	3.295	29.066	88,66	11,34
2015	25.761	3.179	28.940	89,02	10,98
2016	25.614	3.180	28.794	88,96	11,04
2017	25.568	3.132	28.700	89,09	10,91

COMUNE DI RUSSI

Popolazione al 31.12 ANNO	Nazionalità			% italiani sul totale della popolazione	% stranieri sul totale della popolazione
	Italiana	Straniera	Totale		
2000	10.376	114	10.490	98,91	1,09
2010	11.016	1.270	12.286	89,66	10,34
2011	10.687	1.406	12.093	88,37	11,63
2012	10.973	1.222	12.195	89,98	10,02
2013	10.846	1.382	12.228	88,70	11,30
2014	10.779	1.391	12.170	88,57	11,43
2015	10.870	1.377	12.247	88,76	11,24
2016	10.879	1.438	12.317	88,33	11,67
2017	10.580	1.464	12.044	87,84	12,16

- un'ulteriore declinazione di tali dati potrebbe oggettivizzare, anche a livello locale, fenomeni sociali e demografici diffusi:
 - l'invecchiamento della popolazione;
 - l'aumento dei nuclei familiari composti da una sola persona, sia fra i giovani che fra gli anziani;
 - l'aumento di famiglie monoparentali, dove il minore o i minori vivono con un solo genitore;
 - l'aumento di famiglie composite sia per cittadinanza che per composizione (figli di un solo convivente);
 - la diminuzione di famiglie plurigenerazionali perché i figli lavorano più a lungo e non si cercano le condizioni per una condivisione dell'abitare;
 - la crescita di convivenze comunitarie, elemento in gran parte legato al fenomeno delle case famiglie, soprattutto per il territorio ravennate.

1.2 – Servizi sanitari e spesa sanitaria

Il paragrafo di seguito, vuole evidenziare i risultati di alcuni indicatori di consumo di servizi sanitari nel Distretto di Ravenna avendo cura di evidenziare i cambiamenti intervenuti nell'anno 2017 in confronto all'anno 2016, rispetto all'azienda USL della Romagna e alla Regione Emilia Romagna.

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.

Complessivamente, in azienda USL Romagna, 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%.

Tab n. 1: 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
TOTALE ROMAGNA	2017	4.357	58.760	7,41
TOTALE ROMAGNA	2016	4.176	58.760	7,11
TOTALE REGIONE	2017	12.645	232.085	5,45
TOTALE REGIONE	2016	12.295	232.085	5,3

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.

Nel Distretto di Ravenna il Consultorio Familiare è organizzato in 7 sedi erogative e con 2 sedi che offrono i servizi dello Spazio giovani.

Tra il 2017 e il 2016 si riscontra un andamento di crescita dell'utenza italiana pari al 2,6% a fronte di una riduzione dell'utenza straniera di pari entità

Tab. n. 2 Consultori familiari – Utenti di prestazioni individuali per cittadinanza - Anno 2017

Distretto di residenza	Italiana		Straniera		TOTALE	
	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%
ROMAGNA - DISTR. RAVENNA - 2017	17.369	84,5	3.194	15,5	20.563	100
ROMAGNA – DISTR. RAVENNA - 2016	14.223	81,9	3.141	18,1	17.364	100

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 Distretto di Ravenna, pur attestandosi al di sotto della media regionale, evidenzia un incremento nel 2017 pari al 4 per mille.

Tab n. 3: 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
TOTALE ROMAGNA	2017	12.588	178.689	69,83
TOTALE ROMAGNA	2016	11.920	179.355	65,75
TOTALE REGIONE	2017	56.359	710.532	78,62
TOTALE REGIONE	2016	52.504	712.508	73,03

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. Nel Distretto di Ravenna, non si evidenziano particolari variazioni nel periodo di osservazione.

Tab. 4: 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
TOTALE ROMAGNA	2016	7.376	131.889	5,59
TOTALE ROMAGNA	2015	7.572	132.570	5,7
TOTALE REGIONE	2016	29.578	523.690	5,65
TOTALE REGIONE	2015	30.906	525.423	5,88

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 inferiore sia alla media dell'azienda Usl della Romagna che di quella regionale. Occorre evidenziare che la raccolta dati risulta ancora effettuata con diversa metodologia nei vari ambiti territoriali, e sono in corso di definizione procedure specifiche al fine di uniformare la rilevazione.

Tab. n. 5 ADI - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni - Anno 2017 vs 2016

Azienda	Anno	Numeratore: N. PIC di assistiti >= 75 anni	Denominatore: Popolazione residente >= 75 anni	Tasso utilizzo ADI * 1000 residenti > 75 anni
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2017	3.982	26.813	148,51
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2016	3.818	26.813	142,39
TOTALE ROMAGNA	2017	24.947	144.018	173,22
TOTALE ROMAGNA	2016	22.428	144.018	155,73
TOTALE REGIONE	2017	109.818	565.976	194,03
TOTALE REGIONE	2016	107.966	565.976	190,76

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 lievemente al di sotto della media regionale.

Tab n. 6: CSM – Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti - Anno 2017 vs 2016

Azienda	Anno	Numeratore: N. utenti maggiorenni nell'anno	Denominatore: Popolazione residente >= 18 anni	Prevalenza * 1000 residenti >= 18 anni
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2017	3.136	170.161	18,56
RAVENNA - DISTR. RAVENNA	2016	3.111	170.064	18,43
ROMAGNA	2017	17.625	943.578	18,6
ROMAGNA	2016	17.249	942.234	18,24
TOTALE REGIONE	2017	75.252	3.738.309	20,1
TOTALE REGIONE	2016	74.374	3.735.638	19,87

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.

**Tab n. 7: 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	Δ % 16/17	-4,1%	-6,6%	1,1%	1,0%	4,5%	3,1%	1,6%	1,1%	1,5%	1,6%
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	Δ % 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	Δ % 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 nell'ambito provinciale di Ravenna, riscontrano un incremento in confronto al 2016 rispettivamente del 2,0% e del 2,6%. 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%.

Di seguito il dettaglio 2017 per struttura erogante di Pronto Soccorso e di Punto di Primo Intervento collocati il primo presso il DEA 2° dell'Ospedale Santa Maria delle Croci e il secondo presso il Presidio San Giorgio di Cervia

Tab. n. 8: Analisi accessi anno 2017 – Distretto di Ravenna

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
Totale Distretto Ravenna	9.637	25.304	67.523	288.519	25.773	286.887	3.121	44.489	106.054	645.199

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 sesso¹ 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).

Tab n. 9: 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 ²			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

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.

(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.

Tab: 10 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.
DISTR. RAVENNA	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
AUSL ROMAGNA	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 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:

Tab n 11: 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
REGIONE	116,5	25,7	142,3	113	31,8	144,8

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 prospettico³ 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.

Tab n. 12: 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%
Azienda della Romagna	97%	96%	95%	100%	95%	91%

La regione Emilia-Romagna ha messo a disposizione un sistema di monitoraggio "pubblico" sulla pagina internet appositamente dedicata: 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

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.

- L'acquisizione di specialisti ad hoc, quando possibile, in specie laddove il concorso del privato accreditato risulti non praticabile.

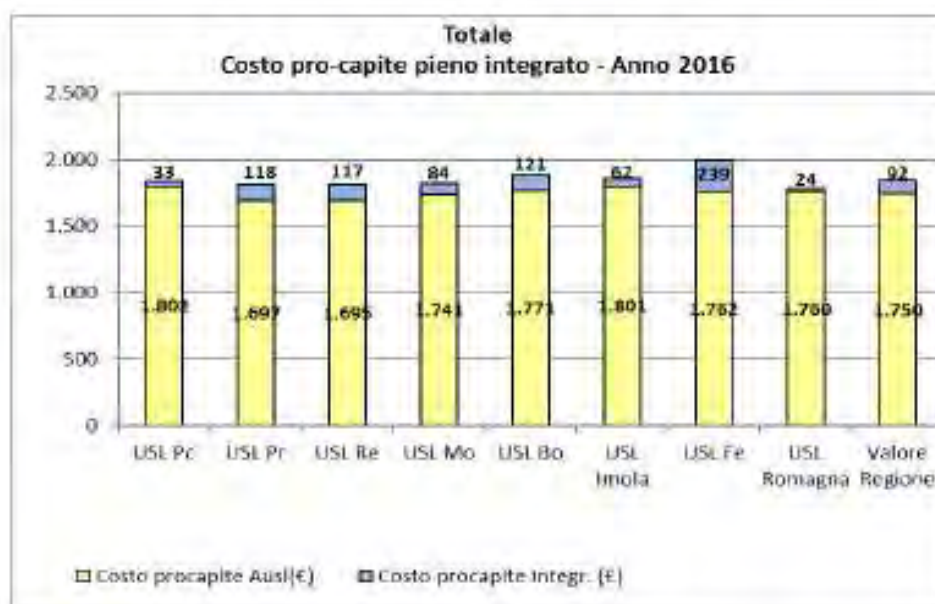
IND0614 - Costo pro capite totale

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.

1.3 Servizi sociali e spesa sociale

La gestione sociale associata durante il 2017 ha consolidato progetti ed azioni presenti sui tre territori confermando l'organizzazione decentrata delle 5 aree territoriali. Questa peculiarità del territorio ravennate di nuclei professionali in ogni area territoriale che si che si occupano di tutte le tematiche sociali comporta necessariamente una struttura di coordinamento che in qualche modo accompagna tutta l'organizzazione con una linea comune.

A) Sportello sociale e progetti di presa in carico

Lo Sportello sociale, promosso dalla legge regionale da tempo, è stato avviato nei territori con tempi differenti ed, in parte, con modalità diverse. Lo schema allegato evidenzia numericamente gli accessi nelle 5 aree territoriali:

Indicatore: Sportello sociale								
	Descrizione	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Area territoriale 1	Accessi	705	1000	806	1283	1276	977	871
Area territoriale 2	Accessi	634	695	836	883	719	681	562
Area territoriale 3	Accessi	504	687	731	981	966	863	817
Area territoriale 4 (con Russi)	Accessi	899	1063	971	880	862	515	469
Area territoriale 5 (Cervia)	Accessi	897	1274	995	720	702	581	619

Possiamo sinteticamente evidenziare alcuni elementi:

- anche se in modo non del tutto omogeneo, tutti gli sportelli evidenziano, nel periodo 2011-2017, un aumento iniziale dei numeri degli accessi e poi, negli ultimi anni, una sensibile riduzione;
- tale andamento può trovare spiegazioni varie, la presenza in alcuni periodi di bandi di accesso ad agevolazioni specifiche oppure una maggior adeguatezza, nel tempo, nel saper utilizzare le diverse modalità di avvicinamento ai servizi alla persona;
- i numeri sono complessivamente importanti, soprattutto se evidenziamo che si tratta di nuovi accessi, differenti dalle situazioni in carico, che hanno un rapporto diretto con l'assistente sociale di riferimento: l'accoglienza allo sportello sociale è uno degli elementi su cui occorre fare attenzione perché richiede insieme competenza professionale e sensibilità personale;

- nel corso del 2017 è stato attivato uno sportello di accoglienza anche nella sede centrale di Via Massimo d'Azeglio, 2 che ha registrato, dalla sua attivazione, nel periodo 1 luglio – 31 dicembre, 120 accessi;
- gli sportelli sociali hanno modalità gestionali differenti: nelle quattro aree di Ravenna e Russi, per ogni area c'è una pluralità di punti di accesso, differenziati per orari e ampiezza di apertura, mentre Cervia ha un solo punto di accesso per l'intero territorio: si tratta di modelli organizzativi differenti sui quali occorre fare alcune riflessioni;
- un'altra differenza è nella competenza professionale che agisce sullo sportello sociale: nelle 4 aree di Ravenna e Russi agisce anche l'assistente sociale, mentre a Cervia negli ultimi anni questo non avviene. Nel corso del 2017 si è avviato un percorso di formazione del personale non assistente sociale che ha interessato il personale degli sportelli sociali, per un loro maggiore coinvolgimento e conseguente ampliamento degli orari di apertura
- la presenza dello Sportello sociale è fondamentale per l'organizzazione dei servizi informativi e per la lettura dell'oggettivo bisogno espresso dal cittadino, sul quale diventa poi fondamentale suggerire e proporre un accompagnamento o una presa in carico;
- laddove esistono anche sportelli polifunzionali per il cittadino (nelle sedi di Ravenna e Cervia) diventa strategico definire il modello organizzativo di gestione delle diverse procedure di contributi e degli accessi;
- lo Sportello sociale dell'area territoriale 4 agisce sia sul Comune di Ravenna che sul territorio di Russi e non sempre è facile suddividere gli accessi per competenza, in quanto i cittadini si muovono nei differenti punti di accoglienza.

Nelle tavole a seguire vengono presentati i dati relativi ai progetti di presa in carico, sostanzialmente il lavoro specifico dell'assistente sociale ed essi vengono suddivisi in base alle aree attuali di articolazione del lavoro sociale (minori, disabili, adulti e anziani).

Occorre, per comprendere appieno i dati, fare alcune osservazioni valide per tutte le schede:

- si è consolidata nel 2017 la cultura della "dimissione": si tratta in verità di un elemento essenziale affinché il sistema di welfare sia o divenga generativo, stimoli cioè l'uscita dal percorso di protezione. Il dato può apparire incongruo solo per la discontinuità con gli anni precedenti
- l'area 4 presenta due valori: il primo è relativo sempre a Ravenna ed il secondo a Russi;
- in questa fase potrebbe non esserci un'omogeneità totale nella raccolta dei dati: il lavoro di documentazione del servizio sociale professionale è cultura recente e necessita ancora di esperienza;
- a seguire di ogni tabella di indicatori, vengono proposte alcune sintetiche riflessioni,

neppure le più significative, in quanto esse possono essere tante e soprattutto diversificate a seconda della tipologia dello sguardo;

- In particolare poi ogni tabella potrebbe avere numerosissime elaborazioni in base all'articolazione territoriale della spesa, alle diverse presenze di servizi, di scuole, di volontariato.

Indicatore: Assistenza sociale minori								
	Descrizione	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Area territoriale 1	In carico					524	539	733
	Dimessi al 31/12					/	/	161
Area territoriale 2	In carico	/	469	435	524	581	514	455
	Dimessi al 31/12	/	/	/	/	/	/	0
Area territoriale 3	In carico		559 (*)	904 (**)	936 (*)	1062 (*)	951 (*)	1202
	Dimessi al 31/12		/	/	/	/	/	331
Area territoriale 4 (Russi)	In carico	/	/	191 + 126	234 + 95	236 + 118	241 + 132	258 + 157
	Dimessi al 31/12	/	/	/	25 + 18	23 + 25	28 + 25	67 + 27
Area territoriale 5 (Cervia)	In carico	193	203	215	238	235	219	354
	Dimessi al 31/12	73	37	40	16	24	30	40

* famiglie con minori

** minori

Per quanto riguarda l'area Minori, possiamo evidenziare:

- in generale i casi in carico aumentano, seppure con percentuali differenti;
- il numero è molto diverso da area ad area e questo elemento ha una specificità nelle caratteristiche sociali e demografiche dei territori di riferimento;
- l'area di intervento sulle fragilità familiari e sui minori è, in generale, quella che comporta maggiori difficoltà professionali: per questo, se da un lato, è necessario avere una forte specializzazione dell'assistente sociale, dall'altro è opportuno prevedere un modello organizzativo che favorisca il confronto ed il lavoro di equipe;
- il modello organizzativo è in parte differente: nelle quattro aree di Ravenna e Russi, di massima, le assistenti sociali che operano coi minori lavorano per prevalenza, mentre a Cervia per esclusività. Va però sottolineato che nell'arco del 2017 i due modelli si sono decisamente avvicinati anche grazie al lavoro delle responsabili di area territoriale all'interno dei tavoli tematici avviati;
- il numero significativo di dimissioni può essere legato a fattori differenti: situazioni per le

quali si interviene solo con osservazioni e relazioni che chiudono il procedimento; nuclei familiari che riescono ad uscire dal sistema di tutela o di accompagnamento oppure minori per i quali si conclude il percorso di adozione;

- il numero complessivo di progetti di minori in carico sono i seguenti: Ravenna 2089, Cervia 314, Russi 130.

	Descrizione	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Area territoriale 1	In carico					182	167	130
	Dimessi al 31/12					/	/	15
Area territoriale 2	In carico	/	94	77	100	132	145	165
	Dimessi al 31/12		/	/	/	/	/	/
Area territoriale 3	In carico		33	86	82	107	102	74
	Dimessi al 31/12		/	/	/	/	/	11
Area territoriale 4 (Russi)	In carico			54 + 35	63 + 36	65 + 36	64 + 33	60 + 27
	Dimessi al 31/12				1 + 2	2 + 1	1 + 1	6 + 7
Area territoriale 5 (Cervia)	In carico	77	88	90	93	102	103	68
	Dimessi al 31/12	1	9	7	1	1	4	3

In merito alla tabella relativa alla disabilità possiamo evidenziare:

- il dato è più equilibrato fra le aree;
- per la prima volta è stata inserita la categoria dei “dimessi” e pertanto il dato 2017 va visto soprattutto come valore di organizzazione ordinata dei dati;
- l’area disabilità assorbe molte risorse del bilancio sia sanitario che sociale, anche perché deve ancora crescere la cultura della compartecipazione alla spesa da parte di chi usufruisce del servizio e le rette delle strutture sono elevate perché vengono richiesti spazi e competenze professionali specializzati e su questo il nuovo regolamento di accesso ai servizi mira ad avviare nuovi ragionamenti;
- i servizi residenziali e i centri socioriabilitativi per i disabili sono stati interessati dal procedimento di accreditamento: per tutta la rete dei servizi del contesto distrettuale la scelta è stata di accreditamento non pubblico;
- i centri socio-occupazionali non rientrano invece fra i servizi accreditati e su di essi è stato avviato un percorso condiviso con Az. Usl per avere appropriatezza negli inserimenti; si sta

ora lavorando al bando per la coprogettazione dei centri socio occupazionali;

- la rete dei servizi per la disabilità è in generale articolata, organizzata e diversificata come proposta: con il percorso di coprogettazione si è inteso avviare processi di innovazione per una maggiore generatività ed una diversa relazione con la comunità.

Indicatore: Assistenza sociale adulti								
	Descrizione	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Area territoriale 1	In carico					243	206	303
	Dimessi al 31/12					/	/	124
Area territoriale 2	In carico			169	115	127	121	134
	Dimessi al 31/12			/	/	/	/	/
Area territoriale 3	In carico		148	216	234	248	255	344
	Dimessi al 31/12		/	/	/	/	/	119
Area territoriale 4 (Russi)	In carico			72 + 58	86 + 68	79 + 79	89 + 72	89 + 67
	Dimessi al 31/12				11 + 4	10 + 8	8 + 6	34 + 20
Area territoriale 5 (Cervia)	In carico	100	109	103	107	111	122	246
	Dimessi al 31/12	16	21	23	7	9	19	23

Per quanto riguarda le prese in carico dell'area degli adulti, emerge una certa disarmonicità fra le diverse aree territoriali: è questo il contesto dove si incontrano sia le nuove povertà che le nuove fragilità. La complessità del lavoro sociale nell'area adulti è legata alla difficoltà di trovare strutture o servizi dedicati, nonché al fatto che normalmente si tratta di casi pluriproblematici legati contemporaneamente a fragilità di dipendenze, abitative o economiche.

Si possono evidenziare le seguenti riflessioni:

- anche in questo ambito, la cultura della dimissione non veniva utilizzata in modo compiuto per cui il dato 2017 ha un valore di messa in ordine documentale;
- su questa area si registra una forte integrazione con il dipartimento di salute mentale e le dipendenze patologiche dell'Az. Usl con cui si è cercato di costruire percorsi di condivisione più equilibrati e condivisi;
- sempre in questa area convergono spesso le problematiche legate all'abitare, nonché le emergenze/urgenze;

- i casi attualmente in carico sono: per Ravenna 613, per Cervia 228, per Russi 47.

	Descrizione	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Area territoriale 1	In carico					764	697	708
	Dimessi al 31/12					/	/	384
Area territoriale 2	In carico		505	394	446	500	532	480
	Dimessi al 31/12		/	/	/	/	/	/
Area territoriale 3	In carico		306	472	532	490	602	822
	Dimessi al 31/12		/	/	/	/	/	335
Area territoriale 4 (Russi)	In carico			296 + 264	319 + 287	334 + 277	354 + 275	315 + 250
	Dimessi al 31/12			/	20 + 27	22 + 22	25 + 28	111 + 101
Area territoriale 5 (Cervia)	In carico	542	529	523	586	514	506	541
	Dimessi al 31/12	30	4	6	5	65	35	106

I servizi agli anziani sono quelli più strutturati, sia in merito alle modalità di accesso che rispetto alle diverse tipologie di servizio.

Possiamo osservare:

- in generale c'è una certa continuità nei dati: sono presenti solo alcune disomogeneità, che meritano una riflessione più approfondita;
- dallo schema non emerge la differenza fra i progetti di presa in carico che lavorano sulla domiciliarità e quelli che prevedono invece una residenzialità: le due prese in carico hanno ricadute di lavoro professionale assai differente;
- i servizi per la popolazione anziana comportano una spesa rilevante sia per il bilancio sociale che sanitario; è però sempre prevista la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini che usufruiscono del servizio ed, in caso di difficoltà, l'integrazione della retta da parte del Comune di residenza;
- complessivamente, i progetti di presa in carico sono: per Ravenna 1490, per Cervia 435, per Russi 149.

B) Interventi a contrasto dell'esclusione sociale

Questa tipologia di servizi e di interventi, comprende la messa a disposizione, all'interno del progetto di presa in carico, di risorse economiche, rivolte in particolare a tre obiettivi:

- l'assistenza economica per sostenere una difficoltà generale ad affrontare la quotidianità, difficoltà che può essere momentanea o continuativa;
- il sostegno economico per il pagamento dei servizi educativi: anche in questo caso il contributo economico si inserisce nel progetto di presa in carico e intende assicurare il diritto all'educazione dei minori o alla socializzazione;
- l'integrazione rette è invece il contributo per il pagamento dei servizi residenziali o semi residenziali, la cui retta non sia sostenibile per il cittadino che ne usufruisce.

Tali interventi sono rivolti dunque ai cittadini in carico che abbiamo visto nelle schede precedenti e pertanto viene qui riportato il valore economico degli interventi.

Assistenza economica	Ravenna	597.348,64	725.451,65	583.439,15	569.319,03
	Russi	44.232,24	73.451,94	47.078,17	54.389,40
	Cervia	99.200,00	135.800,00	121.700,00	117.842,81
Servizi educativi	Ravenna	10.743,43	10.171,08	12.310,63	7.804,75
	Russi	27.914,35	28.294,51	27.969,83	36.684,12
	Cervia	8.628,00	16.743,00	16.980,00	22.580,25
Integrazione rette	Ravenna	3.316.577,37	4.393.047,22	4.924.861,14	4.430.418,84
	Russi	118.783,72	188.886,06	151.180,74	244.423,68
	Cervia	666.367,00	457.096,00	524.784,00	698.611,17

In merito ai dati emergono alcune analisi:

- a Ravenna si conferma l'aumento importante della spesa per l'integrazione delle rette, che non ha andamento parallelo negli altri due comuni;
- emergono con evidenza le modalità differenti per il pagamento dei servizi educativi, considerato che per Russi si spende il doppio che per Ravenna;
- Cervia nel corso degli anni si è posto l'obiettivo di controllare in modo rigido queste tipologie di spesa: ne consegue che l'andamento della spesa risulta nel tempo piuttosto monitorata, probabilmente anche a fronte di insoddisfazione da parte dei cittadini;
- tali spese vengono definite, sulla base del progetto di presa in carico dell'assistente sociale e pertanto delle sue proposte, dalla Commissione Assistenza, utilizzando il Regolamento di

Assistenza economica: questa modalità riesce a garantire uno sguardo omogeneo al di sopra delle singole proposte;

- lo schema evidenzia dal punto di vista tipologico i diversi interventi della commissione assistenza economica

ASSISTENZA ECONOMICA

		A.T. 1				AT 2	AT 3			AT 4		
NUCLEI ASSISTITI		RAVENNA CENTRO	PIANGI PANE	S ALBERTO	MEZZANO		DARSENÀ	M DI RAVE	L ADRIANO	RONCALC ECI	SP.IN VINCOLI	CASTIGLI ONE
CONTRIBUTI	UT	59	0	3	10	37	53	40	30	6	4	5
	UTENZE	78	4	15	16	68	49	43	16	0	9	22
CONTRIBUTI SPESE CONDOMINIALI	ACER CON ESONERO	2	0	0	0	1	2	3	0	0	0	2
	ACER	2	0	0	0	1	13	2	1	0	0	0
	ALTRO	0	0	0	0	9	11	3	2	0	0	0
CONTRIBUTI AFFITTO	ACER	81	0	3	3	45	55	12	7	1	0	1
	PRIVATI	27	0	7	0	49	24	19	23	2	7	12
MENSILI	MENSILI	11	1	1	0	14	20	11	3	3	2	0
	AFFIDI/SOF	18	0	0	8	26	21	1	9	1	7	2
	HF#	5	0	0	0	2	1	3	2	1	0	0
CONTRIBUTI PER ESONERO RETTA SCOLASTICA		4	0	0	2	13	8	0	2	0	0	0
CONTRIBUTI TRASPORTI SCOLASTICI(ABBONAMENTI)		11	0	1	4	6	8	12	10	1	0	1
BUONI ALIMENTARI		50	8	12	10	90	55+48 LEO	42	29	8	9	8
CONTRIBUTI PER TIROCINI LAVORATIVI (PROFESSIONAL)		11	0	1	4	11	12	2	1	0	3	1
INTEGRAZIONI/ESONERI RETTE CRA- RSA-SOLLIEVI#	ANZIANI	17	1	1	1	13	10	5	2	1	6	4
	ADULTI	10	0	0	1	7	7	3	0	0	1	0
OSPITALITA' MAGGESE#		1	0	1	0	4	5	2	1	0	0	0
TOTALE DOMANDE			559			408		628			117	
DOMANDE ACCOLTE	CONTRIBUTI VARI		387			305		442			86	
	RETTE ANZIANI		20			13		17			11	
	RETTE ADULTI		11			7		10			1	
DOMANDE RESPINTE			141			82		159			19	
TOTALE ACCOLTE			418			325		469			98	

C) Interventi per le fragilità abitative

Il problema abitativo è oggi, insieme a quello della mancanza e della perdita del lavoro, la fragilità maggiore: perdere la casa significa non avere più il punto di riferimento del nucleo familiare, la storia della propria vita e non trovare il luogo per la propria autonomia.

La speranza della “casa pubblica” genera aspettative inappropriate, forti rivendicazioni su diritti malcompresi e graduatorie che non verranno mai soddisfatte.

Anche l'utilizzo di strumenti in deroga da parte del servizio sociale deve essere ben utilizzato per non creare situazioni di disparità così come è assolutamente necessario utilizzare gli alloggi di emergenza effettivamente quale condizione transitoria per un accompagnamento verso un'autonomia dignitosa e sostenibile.

Comune di Ravenna

Indicatore	Descrizione	2014	2015	2016	2017
Assegnazioni alloggi ERP	n. pratiche richiesta di alloggi ERP istruite	129	96	102	76
Decadenza alloggi ERP	n. pratiche decadenza di alloggi ERP gestite		161	136	229
Gestione alloggi emergenza	n. alloggi di emergenza gestiti	1	14	20	17
Progetti abitativi	n. progetti abitativi elaborati	1	4	4	4
Agenzia casa	n. domande/offerte di alloggi ricevute e trasmesse ad ACER	/	/	/	/

Comune di Russi

Indicatore	Descrizione	2014	2015	2016	2017
Assegnazioni alloggi ERP	n. pratiche richiesta di alloggi ERP istruite	0	0	0	
Decadenza alloggi ERP	n. pratiche decadenza di alloggi ERP gestite	0	0	0	
Gestione alloggi emergenza	n. alloggi di emergenza gestiti	1	3	2	
Progetti abitativi	n. progetti abitativi elaborati	1	2	1	
Agenzia casa	n. domande/offerte di alloggi ricevute e trasmesse ad ACER	/	/	/	
Assegnazioni alloggi ERP	n. assegnazioni alloggi effettuate	0	0	0	
Assegnazioni per mobilità	n. assegnazioni effettuate	3	1	2	

Comune di Cervia

Indicatore	Descrizione	2014	2015	2016	2017
Assegnazioni alloggi ERP	n. pratiche richiesta di alloggi ERP istruite	/	128	/	/
Decadenza alloggi ERP	n. pratiche decadenza di alloggi ERP gestite	12	15	14	11
Contributi per l'affitto o per l'emergenza abitativa	n. pratiche gestite	128		/	/
Gestione alloggi emergenza	n. alloggi di emergenza gestiti	35	33	27	27
Progetti abitativi	n. progetti abitativi elaborati	0	12	5	12
Agenzia casa	n. domande/offerte di alloggi ricevute e trasmesse ad ACER	10	1	/	/
Assegnazioni alloggi ERP	n. assegnazioni alloggi effettuate	8	5	2	4

Dalla prima tabella informativa, relativa in particolare alla gestione del patrimonio di edilizia residenziale sociale, possiamo osservare:

- emergono modalità gestionali non omogenee: Ravenna in particolare ha un numero elevato di decadenze, non in linea con Russi e Cervia, modalità sicuramente più adeguata in riferimento alla normativa regionale vigente;
- non c'è allineamento neppure sui tempi del Bando pubblico per l'assegnazione di alloggi popolari; Cervia sta predisponendo la delibera per avvicinarsi alla modalità di Ravenna con riferimento ad una graduatoria flessibile;
- Cervia ha un numero decisamente elevato di alloggi destinati all'emergenza abitativa e questa peculiarità nasce dall'esperienza del condominio solidale, dove il progetto abitativo prevede obbligatoriamente la transitorietà e uno scambio fra avere la casa e la messa a disposizione di risorse (tempo o competenze);
- il numero di alloggi assegnati annualmente dal Comune di Ravenna è molto elevato e non in linea con quello di Cervia e Russi;
- i progetti abitativi sono gli strumenti di generatività perché in essi l'assistente sociale evidenzia la sostenibilità del percorso verso l'autonomia della situazione in carico.

Tali tendenze sono confermate anche dai dati della seconda tabella, che evidenziano i numeri molto elevati di partecipazione al Bando per i Contributi Fondo Affitto (assicurati con continuità solo dal Comune di Russi) e al Bando ERP, avviato dai tre Comuni con modalità e tempi differenti.

Comune di Ravenna

Servizi per le fragilità abitative				
Contributi Fondo Affitto	2014	2015	2016	2017
domande pervenute	984	1051	Non effettuato	Non effettuato
domande accolte	851	990**		
domande escluse	133	61		
quota comunale	€ 0,00	€ 0,00		
quota regionale	€ 484.686,18	€ 453.964,80		
Bando ERP	2014*	2015	2016	2017
domande pervenute – graduatoria 30 aprile		1.037	1.117	1.322
domande accolte – graduatoria 30 aprile		985	1.080	1.202
domande escluse – graduatoria 30 aprile		52	37	120
domande pervenute – graduatoria 30 ottobre		1.138	1.209	1.280
domande accolte – graduatoria 30 ottobre		993	1.182	1.194
domande escluse – graduatoria 30 ottobre		95	27	86

* a settembre 2014 si è aperto il bando che ha raccolto le domande per la graduatoria del 30/04/2015

** erogati 313 contributi – graduatoria ad esaurimento

Comune di Russi

Servizi per le fragilità abitative				
Contributi Fondo Affitto	2014	2015	2016	2017
domande pervenute	73	95	76	
domande accolte	65	58	72	
domande escluse	8	33	4	
quota comunale	€ 38.312,20	€ 35.000,00	€ 35.000,00	
quota regionale	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
Bando ERP	2014	2015	2016	2017
domande pervenute	88	/	49	
domande accolte	76	/	44	

Comune di Cervia

Servizi per le fragilità abitative				
Contributi Fondo Affitto	2014	2015	2016	2017
domande pervenute	128	103	Non effettuato	Non effettuato
domande accolte	122	102*		
domande escluse	6	1		
quota comunale	€ 0,00	€ 5.200,00		
quota regionale	€ 75.252,00	€ 52.240,00		
Bando ERP	2014	2015	2016	2017
domande pervenute	/	128**	/	Non effettuato
domande accolte	/		/	

D) Servizi e progetti per le fragilità' della famiglia e del ruolo genitoriale

In questo caso i dati sono stati raccolti per Comune, in quanto si tratta di servizi e progetti che richiedono una forte competenza specialistica e dunque un coordinamento al di sopra delle singole aree territoriali in cui, in particolare, è suddiviso il territorio di Ravenna.

Dallo schema, che qui si allega, emergono infatti alcune politiche di fondo ed alcune modalità gestionali non del tutto allineate, anzi caratterizzate da specificità identitarie differenti.

FRAGILITÀ' FAMILIARE						
Indicatore	Descrizione	Territorio	2014	2015	2016	2017
Interventi di tutela emergenza	Numero Interventi	Ravenna	46	47	49	12
		Russi	0	5	1	2
		Cervia	2	1	1	0
Affidi e Accoglienza	Numero progetti avviati	Ravenna	83	94	100	82 + 63
		Russi	3	5	6	6
		Cervia	9	10	14	14
Affidamento Minori Tribunale	Numero Affidamenti	Ravenna	284	282	318	467
		Russi	26	23	25	27
		Cervia	52	61	139	130
Adozione	Numero Istruttorie	Ravenna	10	4	9	36
		Russi	8	2	1	0
		Cervia	5	4	4	14
Interventi educativi Minori	Numero interventi	Ravenna	120	122	10	99
		Russi	-	-	-	-
		Cervia	-	24	26	26

In particolare possiamo riflettere su alcuni aspetti:

- Ravenna ha un numero di interventi di tutela in emergenza elevato rispetto agli altri territori ma nel corso del 2017 si è lavorato per un notevole ridimensionamento;
- parallelamente Ravenna ha notevolmente aumentato il numero di interventi educativi, lavorando di più sul mantenimento dei minori nel proprio contesto educativo e familiare;
- cresce invece per tutti, e in una proporzione importante, il numero degli affidamenti da parte del Tribunale: cresce in particolare per Cervia, che in tre anni quasi triplica i progetti di presa in carico;
- cresce per tutti, ma in misura limitata, il numero degli affidi e dei progetti di accoglienza, sui quali occorre avviare una riflessione generale sugli strumenti di promozione;
- il numero delle istruttorie per le adozioni resta piuttosto basso e costante.

E) Non autosufficienza ed interventi a sostegno della domiciliarità

In quest'area di attività, i dati sono particolarmente ricchi di specificazioni e di continuità nella documentazione, perché, essendo legati in buona parte alla rendicontazione del Fondo della Non Autosufficienza, sono ripetutamente e ciclicamente controllati e monitorati.

NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ						
Indicatore	Descrizione	Territorio	2014	2015	2016	2017
Attivazione Unità di Valutazione	Numero Valutazione UVG	Ravenna	1306	1258	1402	1221
		Russi	139	124	140	147
		Cervia	300	305	196	165

NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA'						
Ammissioni Casa Protetta	Numero inserimenti	Ravenna	151	160	156	136
		Russi	14	22	19	19
		Cervia	12	20	28	20
Ammissioni Comunità Alloggio	Numero Inserimenti	Ravenna	2	3	2	2
		Russi	-	-	-	-
		Cervia	4	5	2	3
Ammissioni Centro Diurno	Numero Inserimenti	Ravenna	87	112	87	80
		Russi	12	14	11	14
		Cervia	14	38	17	17
Servizi di assistenza domiciliare Non autosufficienti	Numero Utenti attivi nell'anno	Ravenna	-	470	587	562
		Russi	-	65	57	-
		Cervia	160	175	169	151
Trasporto sociale	Numero persone accompagnate	Ravenna	151**	159**	186**	956
		Russi	9*	9*	9*	9
		Cervia	37	155	434	709
Disabili in strutture residenziali e diurne	Numero cittadini inseriti in strutture residenziali e semiresidenziali	Ravenna	151	152	164	105 CSSR 73 CSRD 159 S.O.
		Russi	8	8	8	6 CSSR 3 CSRD 15 S.O.
		Cervia	48	50	53	7 CSSR 10 CSRD 36 S.O.
Assegni di cura anziani	Numero domande istruite	Ravenna				446
		Russi				65
		Cervia				82
Assegni di cura 1122	Numero domande istruite	Ravenna				41
		Cervia				11
		Russi				1
Assegni di cura 2068	Numero domande istruite	Ravenna				24
		Cervia				0
		Russi				2

* solo trasporto disabili Russi;

** solo trasporto disabili Ravenna.

Fra le tante possibili osservazioni, possiamo suggerire:

- il quadro dei dati è piuttosto omogeneo, anche perché il sistema dell'accesso è governato da organismi già di fatto distrettuali, quali l'UVG e l'UVM;

- i dati sono anche piuttosto continuativi, sia perché in questi ultimi anni non ci sono stati rilevanti mutamenti in termini di quantità e qualità dei servizi offerti e sia perché il controllo della spesa governa il sistema complessivo;
- Cervia si differenzia negli accessi alla propria Comunità Alloggio, che valorizza fortemente nella rete dei servizi territoriali e nella misura ridotta invece per gli accessi al Centro Diurno;
- il numero dei disabili in struttura resta piuttosto costante, mentre ci sono alcune variazioni sui servizi di assistenza domiciliare, soprattutto per target differenti dalla popolazione anziana;
- Cervia, negli ultimi due anni, ha avviato un progetto specifico sul trasporto sociale, quale elemento di sostegno della domiciliarità e dell'autonomia, mediante il coinvolgimento dei volontari del servizio civile, alcune convenzioni con Associazioni di Volontariato ed un tirocinio: di qui l'aumento importante del numero delle persone trasportate; tale tendenza nell'arco del 2017 è esplosa anche negli altri due territori, in particolare a Ravenna, testimoniando un nuovo bisogno dovuto alla mancanza di reti familiari e dalla solitudine, soprattutto delle persone anziane.

F) La spesa sociale

La spesa sociale per i servizi alla persona è passata da una gestione di spesa corrente nei singoli bilanci comunali ed è così rappresentata:

BILANCIO PREVENTIVO GESTIONE ASSOCIATA SERVIZI DI WELFARE 2018

	GESTIONE ASSOCIATA			
	Stanziato Ravenna	Stanziato Cervia	Stanziato Russi	Fabbisogno annuo Gestione Associata 2018
INTERVENTI PER GLI ANZIANI				
Totale FRNA	481.782	202.500	46.800	731.082
TOTALE FONDI COMUNALI	1.140.767	347.788	137.310	1.625.865
TOTALE ALTRI FONDI	157.858	0	0	157.858
TOTALE ANZIANI	1.780.407	550.288	184.110	2.514.805
INTERVENTI PER L'INFANZIA E I MINORI E PER ASILI NIDO				
TOTALE ALTRI FONDI	413.355	77.375	12.735	503.465
TOTALE FONDI COMUNALI	3.797.628	361.672	274.735	4.434.034
TOTALE	4.210.983	439.047	287.470	4.937.499
INTERVENTI PER I SOGGETTI A RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIALE				
ALTRI FONDI	956.000	80.550	0	1.036.550
FRNA	0	0	0	0
FONDI COMUNALI	651.930	366.551	135.065	1.153.546
FONDI COMUNALI	172.000	0	0	172.000
TOTALE	1.607.930	447.101	135.065	2.190.096
INTERVENTI PER LA DISABILITA'				
Totale FRNA	2.562.249	369.606	176.819	3.108.674
TOTALE FONDI COMUNALI	3.739.306	369.103	197.977	4.306.386
TOTALE ALTRI FONDI				
TOTALE	6.301.555	738.709	374.796	7.415.059
PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E SOCIALI				
PIANI DI ZONA	20.000			20.000
FONDI COMUNALI	144.218	82.724	0	226.942
TOTALE	164.218	82.724	0	246.942
FRNA	3.044.031	572.106	223.619	3.839.756
ALTRI FONDI	1.547.213	157.925	12.735	1.717.873
FINANZIAMENTO ORDINARIO	9.473.850	1.527.838	745.087	11.746.774
TOTALE	14.065.093	2.257.868	981.441	17.304.403
ENTRATE IN PARZIALE COMPENSAZIONE DEGLI ONERI				
	GESTIONE ASSOCIATA			
	Ravenna	Cervia	Russi	Totale Gestione Associata
COMPARTECIPAZIONE UTENTI	627.777	22.065	32.222	682.064
FSA	582.250	88.104	1.244	671.598
FRNA NON VINCOLATO/FONDO POVERTA'	190.000	55.984		
TOTALE	8.073.822	1.361.685	711.621	10.393.112
Ausi per personale in convenzione e oneri Ufficio di Piano	432.951	68.323	15.000	516.274
Entrate da fabbricati non commerciali		13.000		
DA FINANZIARE	7.640.871	1.280.362	696.621	9.876.838
	Ravenna	Cervia	Russi	
SPESE GENERALI	91.425	16.674	7.042	
PERSONALE	707.577	129.054	53.402	
TOTALE QUOTA A CARICO	799.002	145.728	60.444	
ONERI A SCOMPUTO	799.002	117.779	51.430	
TOTALE DA TRASFERIRE	0	27.949	9.014	
TOTALE GENERALE	14.065.093	2.285.817	990.455	

Nel corso del 2017, si è passati ad un bilancio di gestione associata tutto strumentalmente incardinato nel bilancio di previsione del Comune di Ravenna, nel quale si evidenziano i trasferimenti del Comune di Cervia e quelli del Comune di Russi.

- dallo schema di sintesi del bilancio di previsione 2018, emergono i seguenti elementi:
- salvaguardia comune di tutti i livelli dei servizi alla persona
- volontà esplicita del Comune di Ravenna di avviare un percorso di welfare generativo
- impegno a sostenere un piano di formazione manageriale per le responsabili di area territoriale e supervisione per le assistenti sociali
- conferma nell'impegno a ricercare, mediante specifiche progettualità, finanziamenti regionali, nazionali ed europei a sostegno delle politiche locali
- avvio per Ravenna della nuova comunità alloggio "Villa Fabbri", in sinergia con la esistente comunità alloggio San Giovanni Bosco
- consolidamento del personale sociale di ruolo anche negli anni a venire

1.4 – Modello di governance locale ed assetto organizzativo di ambito distrettuale

I tre Comuni di Ravenna, Cervia e Russi arrivano alla gestione associata da storie differenti e scelte gestionali articolate; queste alcune analisi e descrizioni:

- tutti e tre i Comuni hanno un assessorato con delega specifica al welfare, i cui Amministratori sono componenti del Comitato di Distretto: il Comune di Russi ne ha attualmente la Presidenza;
- Russi e Cervia avevano uno specifico servizio per i Servizi alla Persona, Ravenna aveva una U.O. Politiche Sociali e Pianificazione Socio Sanitaria ed è sede e referente dell'Ufficio di Piano;
- Ravenna e Russi avevano assegnato la gestione dei servizi all'Azienda dei Servizi alla Persona di Ravenna, Cervia e Russi, pur con alcune differenze legate a singoli servizi;
- Cervia non aveva deleghe di gestione, ma operava con gestione diretta dei servizi e dei contratti di servizio: tale modalità non era in linea con la vigente normativa regionale;
- tutti e tre i Comuni gestiscono il proprio patrimonio di edilizia popolare mediante convenzione con ACER con la differenza che solo il Comune di Ravenna ha delegato anche la parte amministrativa legata alla graduatoria, all'elaborazione e approvazione dei rapporti di decadenza ed all'assegnazione degli alloggi, mentre Russi e Cervia hanno un proprio Ufficio Casa;
- a seguito delle scelte politiche dei tre Comuni in merito all'accreditamento dei servizi socio – sanitari, c'è stato accreditamento pubblico per le Case Protette e i Centri Diurni di Cervia e Russi, mentre a Ravenna gli accreditamenti sono tutti a soggetti privati o del privato sociale;
- a Russi e Cervia erano già presenti Dirigenti e Responsabili specifici dei Servizi di Welfare, mentre a Ravenna non così chiaramente, anche perché sul Comune Capoluogo i Responsabili di ASP svolgevano indirettamente anche un ruolo di referente dirigenziale dell'assegnazione di gestione;
- a Russi e a Cervia il Welfare era inserito all'interno di un Settore che comprendeva l'insieme dei Servizi alla Persona, a Ravenna questo è reso difficile dalla complessità ed articolazione dei servizi;
- alcune sperimentazioni erano solo di un territorio, che in totale autonomia si è nel tempo organizzato e strutturato.

Da tale analisi emerge una certa fragilità culturale del pensiero sul sistema di welfare, in quanto sia nel Comitato di Distretto che nell'Ufficio di Piano non venivano di fatto condivise politiche o scelte gestionali di ambito distrettuale, quanto piuttosto si prendeva atto delle scelte autonome pur in un

contesto di accettazione complessiva dei diversi approcci.

Altra fragilità di un sistema di welfare così strutturato è quella di non creare valore aggiunto dalla sinergia di servizi e progetti differenti. È naturale che non tutti i comuni possano avere i medesimi servizi, così come è altrettanto ovvio che tre Comuni con caratteristiche strutturali e vocazioni così diverse non possono garantire gli stessi servizi per quantità, ma è difficile pensare che i cittadini di essi non possano godere del medesimo diritto di vedere accolto il proprio bisogno e tendenzialmente di essere accompagnato verso la soluzione più sostenibile per lui e la comunità.

Un anno di gestione sociale associata ha portato a:

- costruire una cabina di regia politica che, come da Convenzione, ha svolto i seguenti compiti:

- a) stabilire le direttive per il conseguimento delle finalità connesse con l'organizzazione e la gestione locale del sistema integrato dei servizi sociali;
- b) coinvolgere nell'ambito dei processi di programmazione le organizzazioni del terzo settore, le organizzazioni sindacali e gli altri soggetti che concorrono alla realizzazione del sistema integrato presenti sul territorio, per la formulazione di pareri e proposte;
- c) esprimere parere sul progetto annuale del servizio e sul preventivo e consuntivo annuale della gestione associata ai fini dell'approvazione da parte delle Giunte comunali degli Enti convenzionati;

- perseguimento delle seguenti finalità:

- valorizzare le tre Amministrazioni nella loro funzione di titolari degli interventi sociali (art. 6 comma 1 della L. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") e dell'obbligo di promuovere e garantire la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, al fine di dare risposta ai bisogni sociali della popolazione (art. 5 comma 1 della L.R. Emilia Romagna 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali);
- creare valore aggiunto con un livello sovracomunale di progettazione sociale e di costruzione sinergica della risposta senza allontanarsi da dove il bisogno viene espresso;
- determinare un livello distrettuale omogeneo di qualità dei servizi pur salvaguardando aspetti identitari e specifici delle singole realtà territoriali;
- definire politiche dei servizi capaci di generare la "mission" e la "vision" dei servizi alla persona e alla comunità;
- dotare l'ambito distrettuale di un'unica forma pubblica di gestione dei servizi sociosanitari, così come previsto dall'art. 1 comma 2 della L.R. Emilia Romagna n. 12/2013 "Disposizioni

ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende pubbliche dei servizi alla persona”

- consolidamento delle risorse professionali di ruolo e assunzione a tempo determinato di nuove competenze educative per il loro accompagnamento nelle aree territoriali
- strutturazione di rapporti di lavoro con l'Az. Sanitaria a livello distrettuale per la costruzione di progetti di presa in carico condivisi (UVM, UVD, gruppo tecnico tutela minori)
- sottoscrizione dei nuovi contratti di servizio con i soggetti titolari di servizi accreditati per anziani e disabili, secondo quanto stabilito dalla normativa regionale di riferimento e secondo schemi condivisi a livello distrettuale
- costruire percorsi di progettazione e coprogettazione di servizi, con particolare riferimento ai servizi per la disabilità, alle azioni di accompagnamento al lavoro ed ai centri socio occupazionali
- scrivere un piano annuale della gestione associata, condividendo obiettivi e strategie comuni fra i quali sono stati raggiunti, in particolare, i seguenti risultati:
 1. iniziare ad organizzare servizi, interventi e progetti nelle macro aree di intervento sociale, definite nel nuovo piano sociale e sanitario elaborato dalla regione, in modo da organizzare le nostre attività per settori omogenei;
 2. costruire una mappa dei servizi a livello distrettuale con una declinazione analitica dei servizi offerti, delle competenze presenti e delle rispettive competenze, che debbono necessariamente essere presenti negli Enti che hanno il compito della governance;
 3. costruire una mappa del bisogno della nostra comunità: il bisogno non è solo sociale, ma anche culturale, relazionale, educativo; di esso noi cercheremo di analizzare lo specifico sociale, derivante dalle variazioni demografiche ed economiche. La lettura di tale bisogno deve divenire la base delle nuove progettualità;
 4. definire una nuova Regolamentazione di accesso alla rete dei servizi, che tenga conto in modo appropriato dei concetti di equità e di rispetto dei diritti ai sensi del dettato costituzionale. Tale Regolamento non può che nascere da un percorso nel quale i diversi attori (organizzati e non) possono contribuire a definire criteri, modalità e percorsi di riconoscimento delle fragilità;
 5. definire e approvare l'Accordo di gestione associata con l'Azienda Sanitaria, per i servizi dove la componente sanitaria viene assunta anche da professionisti del sociale: al di là della definizione dello scambio di oneri economici, l'Accordo definisce ruolo e compiti degli Organismi di programmazione e di condivisione della pianificazione socio – sanitaria di ambito distrettuale;

6. approvare e sottoscrivere i contratti relativi all'accreditamento definitivo per i servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali di anziani e disabili e definizione congiunta con l'Azienda Sanitaria dei nuovi oneri e delle nuove modalità di pagamento, con particolare riferimento al Fondo della Non autosufficienza;

7. giungere ad una nuova definizione condivisa con i professionisti sociali del progetto di presa in carico da sottoscrivere congiuntamente al cittadino fragile, dove vengano definiti obiettivi del progetto a breve e a lungo termine, con la definizione degli impegni reciproci. Il progetto di presa in carico diventa lo strumento operativo di un welfare generativo e di comunità, nel quale viene definita e descritta l'ecomappa del cittadino (insieme delle sue relazioni e delle sue risorse) e con quale percorso si costruiscono le condizioni di cambiamento e di superamento della fragilità;

8. definire con maggior precisione le procedure di accesso ai servizi per la disabilità, al fine di garantire trasparenza, pari diritti per ugual bisogno ed un costante monitoraggio della spesa;

9. rivedere le modalità di funzionamento dei tavoli sul disagio abitativo, al fine di riconoscere appropriatezza ai diversi ruoli e stimolare, anche alla luce della recente normativa regionale, un diverso approccio alla casa di edilizia popolare, evidenziare percorsi definiti di uscita dagli alloggi d'emergenza, dando valore a tutte le capacità residue della persona;

10. costruire un quadro organico degli strumenti a disposizione degli assistenti sociali per la costruzione dei progetti di presa in carico, che tengano conto di tutte le risorse della comunità, anche non gestite direttamente dalle Amministrazioni Comunali oppure non direttamente legate ai servizi alla persona, quali, ad esempio, SIA, L.R 14, progetti di cittadinanza attiva, servizi di accompagnamento al lavoro e progetti di volontariato;

11. creare occasioni di elaborazione di pensiero sulle politiche di welfare, sia interne al servizio che esterne, per riportare centralità su queste tematiche, per creare le condizioni di lettura del bisogno e di avvio di sperimentazioni;

12. predisporre le condizioni per una raccolta sistematica dei dati, producendo un sistema documentario che metta in condizione sia il livello politico che quello tecnico di avere un quadro confrontabile e condiviso nel tempo;

13. avviare una nuova modalità di condivisione progettuale sui casi complessi per i quali sia necessario un pensiero comune fra sanitario (Sert e CSM) e servizio sociale, attraverso l'attivazione di una Unità di Valutazione Multiprofessionale con la presenza dei Dirigenti coinvolti;

14. avviare una riflessione sui percorsi di coprogettazione con l'impresa sociale, così come previsto dalla recente normativa, sui servizi innovativi per giungere al superamento del rapporto committente – appaltatore verso una costruzione della rete dei servizi che parta dalle reali competenze presenti sul territorio e da una più precisa differenziazione fra i compiti di governance e quelli di gestione;

15. avviare un intervento strutturale sulla spesa sociale con l'obiettivo di verificare l'appropriatezza delle spese e di monitorare rigidamente le azioni legate all'assistenza economica e alle integrazioni rette;

16. condividere in particolare con l'Azienda Sanitaria un percorso di verifica dei centri socio occupazionali sia per quanto riguarda l'appropriatezza degli inserimenti che l'organizzazione dei servizi;

17. avviare un progetto di lungo respiro di welfare di comunità, che porti nel corso della legislatura di Ravenna, ad un coinvolgimento diretto nel sistema di welfare dei soggetti attivi sul territorio e che rappresentano grandi risorse di benessere quali i Consigli Territoriali, le Associazioni sportive, culturali e di volontariato, i gruppi spontanei, le parrocchie, gli oratori, i circoli, i singoli cittadini e qualunque altra realtà interessata allo stare bene nelle nostre comunità.

2 - Percorsi Partecipativi sul Welfare

2.1 – Innovare i servizi per le persone con disabilità

2.1 - La comunità per il Welfare



INNOVARE I SERVIZI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

producendo **cambiamenti** che vadano **oltre le risposte alle singole necessità**

WORKSHOP
15.05.2018

Report



COMUNE DI RAVENNA

Assessorato ai servizi sociali

Valentina Morigi, assessore

Servizi alla Cittadinanza e alla Persona

Daniela Poggiali, dirigente

Staff

Fabrizio Di Chiara

Barbara Domenichini

Walter Rollo

Roberta Serri

Supporto metodologico, facilitazione e reporting

Associazione professionale Principi Attivi

Monia Guarino

con la collaborazione di

Andrea Modesti

Il percorso sulla disabilità,
avviato dal
Comune di Ravenna
ed articolato
in tre appuntamenti
con caratteristiche diverse,
ha consentito
di far emergere
proposte utili
per la riprogettazione
dei servizi
non soggetti ad accreditamento
e per l'elaborazione
del nuovo
Piano di Zona triennale.
Il percorso è stato
anche un'occasione
per condividere linguaggi,
metodi di lavoro
e valori di riferimento
di una comunità
fortemente coinvolta
nella rete dei servizi
per la disabilità.

DOMANDA GUIDA

Come innovare i servizi per le persone con disabilità
producendo cambiamenti che vadano oltre le risposte alle singole necessità



focus

servizi per persone con disabilità
! INNOVAZIONE !

INNOVAZIONE SOCIALE

*"Definiamo innovazioni sociali le nuove idee (prodotti, servizi e modelli)
che soddisfano dei bisogni sociali (in modo più efficace delle alternative esistenti)
e che allo stesso tempo creano nuove relazioni e nuove collaborazioni.*

*In altre parole, innovazioni che sono buone per la società
e che accrescono le possibilità di azione per la società stessa."*

Robin Murray, Julie Caulier Grice, Geoff Mulgan



Innovazione sociale
da' vita a nuove forme di
produzione di valore aggiunto sociale

Per produrre innovazione sociale e valore aggiunto sociale

occorrono
PROPOSTE DI VALORE

basate su

Sapere

Saper (pre)vedere

Saper cambiare



Cambiamento dell'oggetto (nuovi bisogni e/o nuovi modi di formulare i bisogni)

Cambiamento del soggetto (discesa in campo di nuovi attori)

Cambiamento del paradigma (co-progettazione, engagement diretto)



DA PUNTI DI VISTA A PUNTI DI PROSPETTIVA

PUNTO DI VISTA

Visione

Messa a fuoco dei cambiamenti e delle sfide

gruppi omogenei

PUNTO DI PROSPETTIVA

Proposte di valore

Strategie/Tattiche

gruppi eterogenei

Amministratori/Amministratrici • Dirigenti/Responsabili/Funzionari • Operatori/Operatrici • Educatori/Educatrici
Professionisti/e del sociale/sanità • Insegnanti/Maestri/e • Genitori/Familiari • Volontari/Volontarie

PRIME IDEE	VISIONE <i>Tra 5 anni</i> <i>i servizi per le persone con disabilità saranno...</i>	OPPORTUNITÀ <i>Per raggiungere questa visione (nel futuro)</i> <i>quali opportunità cogliere (nel presente)?</i>	OSTACOLI <i>Per raggiungere questa visione (nel futuro)</i> <i>quali ostacoli superare (nel presente)?</i>
AMMINISTRATORI AMMINISTRATICI	Più integrati con il territorio. Territorio più aperto ad accogliere disabili. Più coinvolto il terzo settore nelle commissioni di valutazione Più coprogettazione di servizi.	Valorizzare il terzo settore territoriale. Valorizzare maggiormente i servizi in essere.	Criticità nella organizzazione dei servizi sociali. Poca chiarezza in merito ai percorsi di assistenza. Poca professionalità e disponibilità dei referenti sociali. Poche risorse rivolte alla disabilità medio-lieve.
	Più attenzione e considerazione verso le allergie alla tecnologia e chimica (ne soffrono 1 italiano su 5).	Cercare di attivare servizi a queste tipologie di malattie.	Poca informazione. Poca attenzione nel seguire gli eventi.
DIRIGENTI RESPONSABILI FUNZIONARI	Più flessibili e in rete con i contesti educativi e sociali attraverso riprogettazioni condivise e centrate sulla persona a partire dai servizi pre-scolastici.	Allineare la gamma delle risorse presenti sul territorio. Co-progettazione continua senza confini pubblico- privato.	Gare d'appalto che non consentono investimenti di risorse nel lungo periodo. Più controlli in itinere nei servizi per garantire e favorire qualità.
	Più centrati sulla persona. Meno frammentati e organici dal punto di vista dell'approccio metodologico. Più continuità fra le diverse tipologie di servizio e/o nelle varie fasi della vita.	Implementare la co-progettazione fra tutti i soggetti interessati cogliendo anche l'opportunità dei recenti strumenti legislativi.	Troppa burocrazia. Gare al massimo ribasso che rendono difficile orientare l'investimento unicamente sul progetto di vita e sulla crescita della rete.
OPERATORI OPERATICI	Più capaci di definire le persone fragili attraverso i desideri, le risorse e gli obiettivi di vita e non solo attraverso i bisogni, i problemi, le patologie. Più adattivi rispetto i tempi della persona (Da "assistenza sociale" a "protezione" e "sostegno all'autonomia").	Valorizzare nuovi strumenti e metodi di lavoro introdotti dalle normative sulle misure a contrasto della povertà (RES, REI, L.R. 14/2015): equipe multiprofessionale, quindi lavoro integrato e programma personalizzato realmente condiviso col soggetto.	Limitate opportunità di partecipazione della persona all'equipe (spesso il progetto non è condiviso dall'interessato o c'è poca consapevolezza). Progetti costruiti dall'operatore e non sempre corrispondono agli obiettivi di vita che la persona si è data.
EDUCATORI EDUCATICI	Più incentrati sull'individuo, guardando oltre la disabilità.	Potenziare le opportunità di lavoro in rete con le figure che hanno avuto/hanno in carico la persona e con quest'ultima a "condurre" il proprio percorso di vita.	Ristretta concezione del modello di progetto/intervento valevole per tutti Sguardo ancora fermo sulla disabilità (bisogna guardare oltre per poter vedere l'individuo nella sua interezza, con pregi, difetti e capacità).
	Con più opportunità e innovazione. Con risposte più qualitative.	Non creare divisioni. Non obbligare le cooperative a chiudersi in lotta le une e le altre. Innovare. Collaborare. Assumere maggiore responsabilità da parte degli enti invianti. Individuare i budget per condividere i progetti. Co-progettare tra caregiver, coop, servizi, Ausl.	Gare di appalto al massimo ribasso. Irresponsabilità dei servizi-committenti. Co-progettazione assenza servizi/ Ausl.

PRIME IDEE	VISIONE <i>Tra 5 anni</i> <i>i servizi per le persone con disabilità saranno...</i>	OPPORTUNITÀ <i>Per raggiungere questa visione (nel futuro)</i> <i>quali opportunità cogliere (nel presente)?</i>	OSTACOLI <i>Per raggiungere questa visione (nel futuro)</i> <i>quali ostacoli superare (nel presente)?</i>
PROFESSIONISTI/E DEL SOCIALE/SANI	Costruiti insieme, riconoscendosi reciprocamente come attori del sistema di accompagnamento.	Guardare alle iniziative dei cittadini e dei corpi intermedi, che costruiscono opportunità nuove, creative ed evitare di "ridurle" al già saputo o al già normato o ai desideri slegati dall'"ora" e dal fattibile.	La ormai insopportabile burocrazia. La frammentazione dei riferimenti e delle politiche. La separazione e l'incomunicabilità fra ambiti. Esempio: perché agli incontri non si invitano anche a fini formativi gli attori principali della prima fase di accompagnamento: maestre della materna e della scuola primaria, insegnanti, insegnanti di sostegno? Forse la progettazione risulterebbe più legata al territorio.
	Più centrati verso la persona e meno standardizzati.	Lasciare spazio al confronto tra operatori del settore e dei dirigenti/tecnici/pianificatori.	Occorre superare la logica "dei conti" e valorizzare le risorse delle persone, coraggio di uscire dagli schemi e avere fiducia nelle comunità.
INSEGNANTI MAESTRI/E	(almeno) Non peggiori rispetto il livello quanti/qualitativo attuale	Potenziare il lavoro in rete tra i diversi operatori.	Frammentazione delle competenze e (dialogo) processi un po' "paludosi" tra i vari operatori. Scarsità di risorse economiche.
GENITORI FAMILIARI	Con più progetti di sostegno per le famiglie anziane con figli disabili (Come potrà essere la qualità di vita di mia figlia se noi genitori saremo invalidi o morti?)	Identificare e formare persone disponibili al lavoro di cura, prima in collaborazione con le famiglie per essere in grado di sostituirle...	Resistenza al "nuovo". Incapacità di avvalersi delle risorse private cercando di gestirle in modo vantaggioso, utile al miglioramento della Q.V. di tutti.
	Più flessibili, abilitanti ed autonomizzanti la persona, dotati pertanto delle risorse materiali ed umane competenti.	Lavorare in rete in modo integrato, intraservizio ed interservizi. Portare a sistema e integrare nella comunità.	Ancora scarsa formazione per gli operatori (deve essere intensiva e continuativa nell'ottica di ottimizzazione delle risorse). Limitata capacità nell'integrazione di tutte le risorse reperibili ai vari livelli.
	Basati sulla persona e non standardizzati che tengano conto non solo del deficit ma anche delle potenzialità. Più integrati con tutti i soggetti interessati.	Aumentare l'integrazione nel lavoro dei vari servizi, che coinvolgano anche le famiglie e le supportino. Formare e informare sulla disabilità la comunità per evitare discriminazione e stigma sociale.	Limitato coordinamento tra i vari operatori Progettazione senza supporto per le famiglie. Poca formazione per gli operatori sociali (oggi solo dispensatori di risorse economiche).
VOLONTARI VOLONTARIE	Più fluidi con servizi programmati sulle esigenze del singolo, pur se organizzati in piccoli nuclei di persone con affinità di funzionamento. Con più possibilità di interventi domiciliari. Maggiori sinergie tra sanitario e sociale, senza perdere la referenza sanitaria.	Proseguire nella creazione di percorsi nella presa in carico di D.I. e autismo in età adulta presso il DSM. Per i minori garantire appoggio scolastico attraverso operatori formati nella specifica disabilità.	Separazione dei servizi: troppe divisioni fra sociale e sanità. Scarsa competenza degli A.S. rispetto a ruoli eccessivi loro attribuiti. Poca informazione e cultura verso e famiglie che devono partecipare alla costruzione e al monitoraggio della qualità dei servizi (necessità di un gruppo operativo)

PRIME IDEE	VISIONE <i>Tra 5 anni</i> <i>i servizi per le persone con disabilità saranno...</i>	OPPORTUNITÀ <i>Per raggiungere questa visione (nel futuro)</i> <i>quali opportunità cogliere (nel presente)?</i>	OSTACOLI <i>Per raggiungere questa visione (nel futuro)</i> <i>quali ostacoli superare (nel presente)?</i>
ALTRO	Più accessibili a tutti e che ce ne siano di più.	Preservare le associazioni che aiutano questi ragazzi in modo tale che potranno aiutare anche le nuove generazioni.	Emarginazione sociale Pensiero di persone ancora troppo ottuse.
	Dipende dalle risorse... spero più professionali.	Formare gli operatori.	Frammentarietà.
	Più efficienti, efficaci, esaustivi, innovativi.	Lavorare in modo multidisciplinare, multidimensionale, con-per-insieme	Frammentarietà. Divisione tra sociale e sanitario. Risorse non ottimizzate.
	Più integrati e funzionali.	Ottimizzare gli incontri tra sociale/sanitario.	Schematicità e rigidità di pensiero.
	Sicuramente innovativi Verso un sistema integrato e di collaborazione tra i diversi servizi con l'intento di produrre opportunità per i nostri disabili.	Lavorare tutti assieme, adottando una modalità di lavoro integrata, preventiva. Formare delle equipe specializzate, adottando sistemi innovativi e soprattutto costruire progetti di vita adeguati alla persona.	Aumento dell'utenza e scarsità di risorse.
	Migliorati secondo il profilo qualitativo ed organizzativo.	Migliorare l'assistenza domiciliare (disabilità grave). Aumentare le opportunità di lavoro=integrazione sociale.	Barriere fisiche e culturali. Maggiore interazione tra sanitario e sociale.

integrazione accessibilità inclusione
 personalizzazione famiglia risorse efficienza
 desideri rete persona fluidità adattività
 collaborazione rete obiettivi potenzialità
 efficacia sostegno obiettivi autonominizzante
 continuità abilitante affinità coinvolgimento
 co-progettazione

TOTALE
 20 contributi
 raccolti tramite cartolina (attività preliminare)

PUNTO DI VISTA

messa a fuoco
della **visione**
dei **cambiamenti**
delle **sfide**

**AMMINISTRATORI
AMMINISTRATICI**

5

**DIRIGENTI
RESPONSABILI
FUNZIONARI**

15

**OPERATORI
OPERATRICI**

7

**EDUCATORI
EDUCATRICI**

6

**PROFESSIONISTI/E
DEL SOCIALE/SANITA'**

5

**INSEGNANTI
MAESTRI/E**

0

**GENITORI
FAMIGLIARI**

16

**VOLONTARI
VOLONTARIE**

10

TOTALE
64 partecipanti

VISIONE

[come aspirazione e orizzonte ideale, come promessa di cambiamento positivo]

Tra 5 anni i servizi per le persone con disabilità saranno...

...maggiormente integrati con le **politiche urbanistiche ed economiche**, in un contesto capace di realizzare concretamente **piani di intervento organici e coerenti**, dove la domiciliarità è adeguatamente sostenuta, i percorsi istituzionalizzati sono rispettosi della **territorialità**, la **comunità** tutta è pienamente partecipe di una **cultura dei diritti**.

...organizzati in maniera integrata per permettere una **accessibilità diffusa**, incentrata sulle **necessità individuali**, coinvolti in reali percorsi di **co-progettazione multi-attore**, inseriti in un **territorio-comunità** capace di accogliere.

...centrati sulla **persona**, sull'**ascolto** dei **desideri** e delle aspettative dell'individuo, sui bisogni della **famiglia**, allineati ai **tempi di vita** con una spiccata attenzione alla **sostenibilità** (professionale, personale, contestuale) del **progetto**.

...più **accessibili** e più **integrati** con il **territorio**, con una maggiore **attenzione** e **capacità di investimento** sulla **prevenzione** (anziché sulla sola emergenza), con un'ampia **partecipazione** di tutta la **comunità**.

...caratterizzati anche da **progetti sul tempo libero** per rimettere in discussione la **mobilità urbana** e la **capacità di accogliere** persone fragili in una **città** a vocazione turistica, integrando tra loro le **diverse politiche**.

...in grado di promuovere la **presa in carico della famiglia**, ponendo il nucleo (oltre che l'individuo) al centro di una **rete di risorse umane, strumentali ed economiche** capaci di dare sollievo dalle criticità (anche in condizioni di emergenza, non in ambiente ospedaliero), con chiari **punti di riferimento** capaci di prospettare **percorsi di autonomia per tutto il nucleo familiare**.

...realizzati per e con ogni individuo con disabilità, partendo da un **progetto di vita** elaborato da un'**equipe multi-professionale** (che includa la persona e la famiglia), dove l'operatività è integrata sul/con il territorio e capace di **catalizzare/promuovere** tutte le **risorse** di cui la **comunità** è portatrice.

CAMBIAMENTO

dell'oggetto

(nuovi bisogni e/o nuovi modi di formulare i bisogni)

Andare
oltre l'offerta standardizzata
promuovendo servizi che
sappiano sostenere la
personalizzazione
del progetto di vita.

Favorire la
piena **consapevolezza**
dei **bisogni** sempre più
articolati e dinamici.

Porre la **persona**
e la sua **individuale specificità** al
centro in quanto
portatrice di obiettivi e desideri
(non solo e soprattutto di deficit).

Ascoltare e accogliere le
aspirazioni della persona
sostenendola nel diventare
soggetto attivo della propria vita
e sviluppando la sua **capacità di**
scelta e autodeterminazione.

Consentire
un'**evoluzione della domanda**
dal "come/dove posso
passare il mio tempo libero"
a "come raggiungo in **autonomia**
il posto dove voglio passare
il mio **tempo libero**"

Promuovere l'**equità**
e la valorizzazione di
tutte le diversità,
sviluppando un pieno
riconoscimento della **dignità,**
delle **abilità** e delle **specificità**
di tutte le persone con disabilità
motorie, sensoriali, psichiche.

Potenziare le
opportunità formative
qualificando maggiormente
gli operatori nella
lettura integrata dei bisogni,
sviluppando le **competenze** e le
abilità della **persona** e della sua
famiglia (parent training).

CAMBIAMENTO

del soggetto

(discesa in campo di nuovi attori)

Comunità

(ingaggio delle realtà organizzate e singoli cittadini per un welfare comunitario).

Operatori di comunità

(raccolta delle esigenze e loro correlazione con le risorse di comunità).

Operatori

(visione della persona nel proprio contesto di vita valorizzando anche saperi e risorse di comunità).

Comunità

(coinvolgimento attivo della cittadinanza in comunione con servizi e politiche).

Agenti del trasporto

pubblico e semipubblico (attivazione di buoni taxi e car sharing adattato).

Famiglia

(posta al centro di una rete integrata capace di sostenere "il durante e dopo di noi").

Equipe multi-professionale

(integrazione tra le competenze dei servizi educativi-sociali-sanitari e le risorse della comunità individuando precise figure di responsabilità e coordinamento).

CAMBIAMENTO

del paradigma

(co-progettazione, engagement diretto)

Pubblico, privato e terzo settore integrati

nella programmazione, progettazione, azione.

Sostegni, servizi, progetti, interventi differenziati

e realizzati in una logica di rete (consapevolezza che tutti hanno bisogni uguali e specifici allo stesso tempo).

Servizi liquidi per l'inclusione

con la persona e la sua rete di riferimento posta al centro (necessario un cambiamento nella visione degli operatori).

Progetti di comunità

formulati in un'ottica di reciprocità e scambio di risorse, integrazione e dialettica paritaria.

Beneficiari, professionisti, cittadini, amministratori coinvolti comunemente

e non in modo settorializzato.

Lavoro di equipe multidisciplinare

e integrato tra Istituzioni, Terzo settore e Beneficiari (persona+famiglia+rete personale).

Monitoraggio

dei progetti-percorsi e **valutazione** dei risultati-ricadute (necessaria l'individuazione di

SFIDE

quali priorità porsi per cominciare ad innovare i servizi?

Entro il 2020...

l'investimento nelle politiche sociali-sanitarie sarà maggiore

- composto da risorse pubbliche per i servizi, la formazione, la messa in rete, l'integrazione e il coordinamento – e diverrà all'altezza delle aspirazioni della persona.

Entro il 2020...

la comunità sarà consapevole e vera protagonista del valore dell'accoglienza.

Entro il 2020...

i servizi avranno un peso minore sulla vita della persona

mentre farà la differenza la capacità dei cittadini di fare rete e di attivarsi con azioni di aiuto e mutuo-aiuto.

Entro il 2020...

reali e funzionali strumenti saranno disponibili per realizzare obiettivi condivisi originati da una puntuale analisi della realtà.

Entro il 2020...

ciascuno arriverà da solo alla propria meta, senza dipendere dai tempi dell'accompagnatore.

—

Entro il 2020...

ciascuna persona con disabilità sarà presa in carico con la propria famiglia e la propria rete di risorse.

Entro il 2020...

tutti i servizi avranno un approccio bidirezionale, fluido, flessibile e modellabile sulle esigenze ed aspirazioni della persona.

PUNTO DI PROSPETTIVA

messa a fuoco
delle **proposte di valore**
delle **strategie**
delle **tattiche**



TOTALE
60 partecipanti

PROPOSTE DI VALORE

Strategie
Tattiche

Persona e famiglia al centro

- Ascoltare ogni singola famiglia con persona disabile per stilare una lista di bisogni/ desideri (della persona, del nucleo), mettendo a disposizione un operatore competente capace di tradurre e indirizzare verso strumenti funzionali, interventi possibili, progetti fattivi (ci vuole un cuore ricco per dare dignità alla disabilità).
- Fornire alla persona strumenti per sviluppare il proprio percorso di autonomia e alla famiglia gruppi/reti di supporto per una buona qualità di vita relazionale.
- Sconfiggere l'isolamento e la solitudine che possono scaturire dai nuovi bisogni sia dell'individuo che dalla famiglia, rinnovando il significato e l'operatività del welfare di comunità.
- Destinare in modo diversificato i servizi a specifiche disabilità (patologie affini e/o comuni), professionalizzando sempre più le competenze per aumentare la capacità di risposta individualizzata e fornire alle famiglie un interlocutore capace di ascoltare e interpretare bisogni/desideri di tutto il nucleo.
- Prendere in carico la persona, il nucleo familiare e le relazioni-risorsa presenti nel contesto di vita, sviluppando progetti che considerino l'autonomia potenziale e le opportunità possibili per i singoli componenti.
- Stimolare la costituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto capaci di far sentire meno sole le famiglie, attraverso occasioni sia di solidarietà che di partecipazione conviviale e aggregativa.
- Valutare con attenzione e priorità le necessità di aiuto domiciliare a quei nuclei familiari con maggiori difficoltà dovute alla presenza sia di anziani che di figli con disabilità.
- Applicare fattivamente le leggi che riconoscono e sostengono i familiari che prestano volontariamente cura e assistenza (caregiver familiare).

Più valore all'individualità

- Individuare soluzioni non standardizzate più accessibili, più integrate con il territorio e più connesse con il mondo della prevenzione.
- Modificare l'approccio del mondo sociale verso la persona con disabilità, favorendo l'emersione dell'individuo portatore oltre che di bisogni anche di desideri e aspirazioni per un proprio personale progetto di vita (attuabile per step progressivi).
- Personalizzare il percorso di accompagnamento superando la standardizzazione dei servizi.
- Mappare i desideri (anziché i bisogni) di ogni persona, famiglia e rete coinvolti, sulla base dei quali imbastire un progetto di vita integrato nel contesto più prossimo alla persona.
- Creare le condizioni per cui la persona con disabilità, la sua famiglia e la sua comunità di riferimento possano progettare e decidere le azioni in un dialogo paritario con le istituzioni e i servizi preposti.

PROPOSTE DI VALORE

Strategie
Tattiche

Lavoro di squadra

integrato, multi-professione, pluri-attore

- Creare un pool della disabilità integrando tutti i servizi (sociale-sanitario cooperazione) e attivare risorse territoriali e comunitarie.
- Costituire un gruppo di lavoro specializzato all'interno del servizio sociale che possa strutturare un nuovo modo di lavorare, mettendo al centro la persona, i suoi desideri, il suo coinvolgimento attraverso l'innovazione di strumenti e metodologie (il gruppo potrebbe coordinare il terzo settore, la cooperazione socio-sanitaria e le risorse del territorio, inoltre potrebbe curare il sostegno e l'accoglienza delle famiglie oltre che l'integrazione tra servizi).
- Sperimentare equipe nella quali sono coinvolti le persone beneficiari/seguiti dai servizi e tutte le relazioni familiari/amicali/di comunità che sono risorse.
- Sviluppare la rete degli attori attorno alla disabilità garantendo un incremento dell'informatizzazione delle informazioni per una piena diffusione della conoscenza (almeno agli addetti ai lavori).
- Comporre le commissioni di co-progettazione e valutazione comprendendo professionisti/clinici, operatori sociali, operatori del terzo settore.

Formazione come strategia

- Formare personale adatto e dedicato ad organizzare modalità di gestione di un servizio che si possa avvalere economicamente della compartecipazione pubblica e privata.
- Investire nella formazione specifica, aggiornata, professionalizzante e continuativa affinché gli operatori apprendano l'applicazione di approcci e dispositivi coerenti con l'obiettivo di porre la persona al centro.

Potenziale di comunità e servizi liquidi

- Sviluppare l'idea di "servizi liquidi" per fornire un sostegno specifico rispetto al deficit della persona e finalizzato al progressivo miglioramento della qualità della vita (i sostegni sono risorse formali e informali della e nella comunità di appartenenza).
- Sviluppare la massima autonomia possibile costruendo reti di relazioni/talenti funzionali al "durante e dopo di noi".
- Mettere a disposizione di tutto il terzo settore (associazioni, organizzazioni, cooperative, imprese sociali) le esperienze e le buone pratiche di ognuna al fine di condividere quanto appreso (necessario uno stimolo da parte dell'Amministrazione comunale).
- Promuovere (con il supporto delle istituzioni) momenti esperienziali organizzati nelle città coinvolgendo vari contesti, gruppi formali e informali, volontariato e associazioni di categoria per mostrare un altro modo di vedere/vivere la disabilità attraverso una comunità responsabile, accogliente, inclusiva.
- Integrare nella collettività tutte le persone con abilità diverse.

PROPOSTE DI VALORE

Strategie
Tattiche

Contesto educante ed esperienziale

- Promuovere progetti di integrazione scolastica 6-18 coinvolgendo l'ente locale e i servizi preposti, le associazioni di genitori e il terzo settore, focalizzati sulla condivisione di esperienze, sull'empatia e sul sostegno reciproco.
- Dare maggiore valore alla diversità, considerandola non come deficit ma come potenziale di crescita per tutti, partendo dalla scuola dell'infanzia per stimolare ambienti educativi capaci di essere luogo di crescita e formazione di una comunità attenta ai bisogni e alle peculiarità di ogni individuo.
- Offrire opportunità legate all'autonomie sociale e alla socializzazione soprattutto per adolescenti con disabilità, ad esempio aprendo spazi pomeridiani nelle scuole superiori per attività di tipo esperienziale.
- Creare un gruppo di persone con cui condividere esperienze extra familiari e/o extra lavorative (attività diurne legate al tempo libero).
- Proporre momenti aggregativi/ricreativi in palestre/ludoteche/biblioteche/circoli culturali per condividere esperienze educative.
- Dotare tutte le persone con disabilità (o la maggior parte, in base alle loro possibilità) di strumenti informatici e abilità informatiche.

Dal condominio solidale al quartiere solidale

- Realizzare unità abitative accessibili e correlate al contesto tramite azioni di mutuo-aiuto attivate dalla comunità abitante (da valutare forme di incentivo).

Verso le portinerie di quartiere

- Informare capillarmente in loco su tutto quello che il territorio e la comunità offrono (servizi, agevolazioni, convegni, meeting, ecc.).
- Definire modalità e strumenti efficaci per fare conoscere a tutti (in particolare alle famiglie che hanno familiari con disabilità) quali siano i diversi e possibili percorsi di presa in carico da parte dei servizi e della comunità.
- Costituire punti di ascolto e/o sportelli informativi diffusi sul territorio per una maggior divulgazione delle opportunità di sostegno e aiuto (molte volte non sono conosciute).

PROPOSTE DI VALORE

Strategie
Tattiche

Città senza barriere

- Effettuare una ricognizione puntuale delle barriere architettoniche e avviare piani/progetti/interventi per il loro definitivo superamento (piano di abbattimento delle barriere architettoniche e piano per l'accessibilità).
- Mappare l'accessibilità degli spazi della città e del trasporto pubblico (presenza di barriere materiali e immateriali) attraverso iniziative esperienziali (ciascuno sperimenta la città con una fragilità abitualmente non sua: arricchisce la mappa, arricchisce sé aumentando l'empatia verso le diversità, arricchisce la comunità generando cambiamenti).
- Potenziare i servizi on to one (es. bla bla car mirato collegato alla banca del tempo, volontari disponibili nei punti di arrivo/discesa dal mezzo pubblico, app di tutte le risorse tipo smart moving).
- Promuovere (e ottenere) un'accessibilità diffusa di servizi/luoghi funzionali al tempo libero (negozi, bar, hotel) per permettere a tutte le persone con disabilità di fruirne in maniera autonoma (accessibilità uniforme e regolare).
- Redigere una guida che indichi come realizzare infrastrutture e spazi in modo funzionale ad una vita realmente autonoma.
- Realizzare convezioni con il servizio taxi e fornire alle persone buoni da 5 euro da utilizzare al bisogno.

Politiche integrate per il welfare

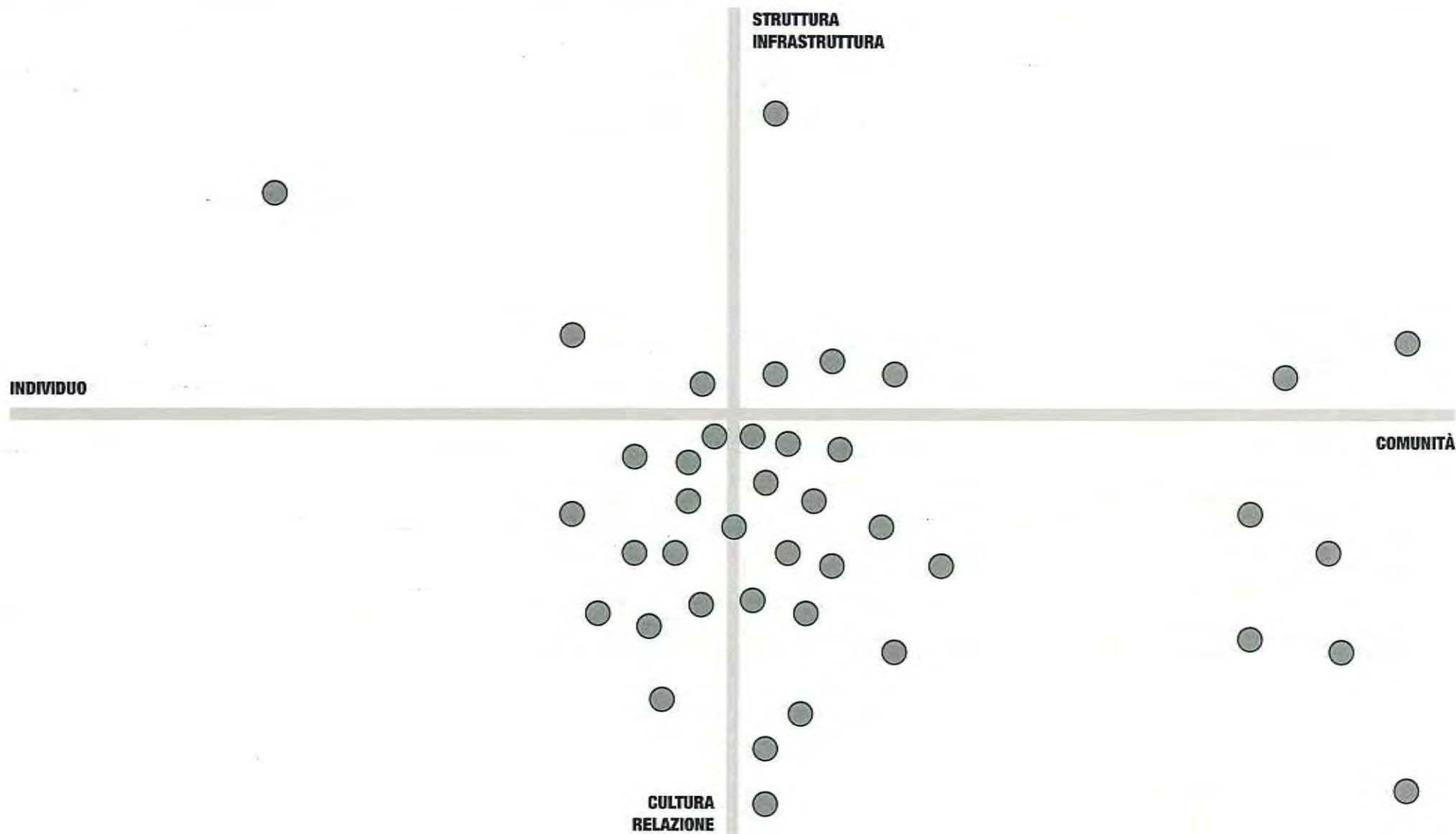
- Favorire una combinazione sinergia di tutte le politiche affinché ogni settore di governo dia il proprio contributo al benessere sociale e alla salute della comunità.
- Utilizzare in modo più efficace ed efficiente le risorse disponibili nell'ambito della regolamentazione esistente.
- Inserire nel gruppo di lavoro che supporta l'Ufficio di piano (settore urbanistica) nella stesura del Piano Urbanistico Generale una o più figure che diano un contributo competente in tema di città accessibile e inclusiva.

Note di metodo

Aggiornare e rendere completo l'indirizzo dell'Amministrazione comunale per informare e convocare d'ora in poi tutti gli attori-associazioni impegnati nel campo della disabilità (tutta)

PROPOSTE DI VALORE

Per innovare i servizi per persone con disabilità
è necessario intervenire maggiormente su...



"Non dubitare mai
che un gruppo di cittadini
impegnati e consapevoli
possa cambiare il mondo:
in effetti è solo così
che è sempre andata."

M.Mead



La comunità per il welfare

Istituzioni, Associazioni, Cooperative, Sindacati,
Amministratori, Professionisti, Operatori e Cittadini...
insieme per corrispondere ai bisogni e ai desideri di tutti

REPORT

Sintesi dei contributi dei partecipanti

11 giugno 2018

Incontro pubblico
per condividere proposte (obiettivi, criteri, azioni) utili alla redazione del
Piano di Zona per la salute e il benessere sociale
inserito nella più ampia cornice del
Piano Sociale e Sanitario





COMUNE DI CERVIA

Assessorato al welfare e servizi alla persona

Michela Lucchi, assessore

Servizi alla persona

Daniela Poggiali, dirigente

Staff

Laura Giorgini

Kim Santi

Patrizia Vicenzi

Supporto metodologico, facilitazione e reporting

Associazione professionale Principi Attivi

Monia Guarino

con la collaborazione di

Andrea Modesti

PARTECIPANTI

Achille Occhiodoro Cdz Pinarella Tagliata

Alessandra Grassi Cdz Pisignano Cannuzzo

Alex Vignoto Coop. Sole – Condominio Solidale

Alice Angelini Casa Accoglienza

Angela Piovani Ausl Romagna

Antonio Pareto Volontario

Antonio Zavatti Cittadino

Arianna Boni Comune Cervia

Chiara Tiozzi Coop. Atlantide

Cinzia Ghirardelli Cittadina

Cinzia Termini Comune Cervia

Cristina Zani Comune Cervia

Daniela Clementi Ass. Piccoli Passi

Donatella Maluccelli Asp Ravenna Cervia e Russi

Edera Fusconi Dirigente Ic1 e Ic3

Elena Catania Coop. Mosaico – I ragazzi del sale

Elisa Turci Comune Cervia

Emanuela Capellari Acer

Fabrizio Di Chiara Comune Ravenna

Filippo Pilandri Ial Emilia Romagna

Francesca Gnudi Comune Cervia

Giorgio Montanari Coop. Lo stelo

Giovanni Canali Comune Cervia – Informagiovani

Giovanni Greco Ausl Romagna – Sert Ravenna

Giulia Merendi Coop. Sole – Condominio Solidale

Giulia Valbonetti Servizio Sociale Associato

Kim Santi Servizio Sociale Associato

Laura Distanislao Comune Cervia

Laura Giorgini Comune Cervia – Seidonna

Laura Nicoletti Cra Villaverde

Letizia Spina Sportello Cittadini Attivi

Lia Pozzi Coop. Cerchio

Luca Camerani Coop. Solidarietà e Servizi

Luca Corelli Cdz Pisignano Cannuzzo

Lucio Quattrocchi Ggil

Manuela Montanari Servizio Educativo I Fenicotteri

Maria Chiara Ricci Scuola A. Pescarini

Marilena Bellato Cra F. Busignani

Marta Dolci Comune Cervia

Matteo Fusconi Scambiamenti

Maurizio Berselli Volontario

Michela Lucchi Assessore Comune Cervia

Monica Biselli Comune Cervia – Biblioteca

Monica Nini Coop. Solidarietà e Servizi

Monica Pozzi Coop. Solidarietà Intrapresa

Moreno Bevitori Condominio Solidale

Nicoletta Galigani Cdz Cervia Centro

Paola Bordogna Cittadina

Patrizia Vincenzi Comune Cervia

Romina Nanni Servizio Educativo L'Arcobaleno

Rossella Montanari Coop. Zerocento

Sandra Piretti Comune Cervia

Silvestro Berti Cdz Castiglione

Silvia Elena Berlati Ass. Un posto a tavola

Stefano Imi Comune Cervia

Suvad Maleskic Cooperativa Sole

Teodora Marova Coop. Zerocento

Valentina Barducci Ass. Linea Rosa

Yole Taormina Comune Ravenna

Benessere di comunità

[un concetto al quale spesso sono correlate
alcune “sole” parole: sociale e salute.]

3 nuove PAROLE per...

raccontare, evocare, ispirare, promuovere, cambiare
il concetto di benessere di comunità

1 DEFINIZIONE per...

rendere “comune”, “potenziale”, “generativo”
il concetto di benessere di comunità

[le tre parole più ricorrenti]

ASCOLTO • INCLUSIONE • ARMONIA

[una possibile definizione comune]

il benessere di comunità è...

...un **sistema di servizi**

- formali e informali, puntuali e diffusi -

intesi come **connettori di reciprocità**,

dove trova dimora ed espressione il **bene della relazione**,

generatore e rigeneratore di **risorse collettive**,

attivatore di risposte che vanno oltre le esigenze del singolo,

di competenze e **talenti sociali** per coltivare i **desideri** di tutti,

di **aspirazioni ad un positivo futuro comune**.

(Valore della) **DIGNITÀ**
(Senso di) **APPARTENENZA** (in una dimensione di prossimità)
(Capacità di essere) **GENERATIVO** e **RIGENERATIVO**

Benessere di comunità è...
...la capacità di valorizzare abilità, talenti e risorse attraverso la consapevolezza dei bisogni ma anche dei desideri delle persone.
...l'espressione del potenziale di comunità correlato alla dimensione collettiva del senso di responsabilità.
...un processo auto-generativo che può (e deve) svilupparsi ed evolversi in maniera virtuosa.

ESSERCI
TEMPO
FIDUCIA

Benessere di comunità è...
...la possibilità di costruire percorsi insieme, con responsabilità e rispetto delle differenze, dando a ciascun protagonista l'opportunità di scegliere.

RISPETTO (per chi esprime un bisogno, per chi offre una risposta)
AUTOSTIMA (star bene con sé stesso e con gli altri diventando così risorsa)
COINVOLGIMENTO (nella vita, nelle scelte, nella comunità)

Benessere di comunità è...
...lo stare e il fare assieme, conoscendosi, lasciandosi coinvolgere, accogliendo l'altro, senza paure e con semplicità, sentendosi parte attiva di una comunità che coltiva relazioni e reciprocità.

SINERGIA
SUSSIDIARIETÀ
ASCOLTO

Benessere di comunità è...
...la capacità di ascoltarsi, unirsi e agire insieme, per divenire più abili nella vita, coscienti di poter andare oltre (...i propri limiti, le difficoltà, le assenze, le paure, le fragilità).

SAPIENZA
INCLUSIONE
RESPONSABILITÀ

Benessere di comunità è...
...un impegno comune per garantire a tutti pari diritti, eque opportunità, valore individuale.

RETI

COLLABORAZIONE (fra pari e fra diversi ruoli, settori, gerarchie)
RESPONSABILITÀ (individuale e collettiva; riconoscimento dei ruoli)

Benessere di comunità è...
...un insieme di reti dove le relazioni sono funzionali alla persona e alla comunità per crescere, coltivando responsabilità e positive collaborazioni.

SERENITÀ
ASCOLTO
ARMONIA

Benessere di comunità è...
... ascoltarsi e conoscersi, vivendo e sviluppando una condizione di armonia e serenità comune a tutti.

ARMONIA

(Senso di) **APPARTENENZA**
CAMBIAMENTO (sviluppando il potenziale di comunità)

Benessere di comunità è...
...armonia fra i servizi e le risorse del territorio, creando le condizioni necessarie a far sentire ognuno una risorsa.
...un processo di cambiamento nell'inclusione delle fragilità, dove i servizi sono un momento di passaggio e dove non si parla solo di bisogno ma anche di desiderio e identità.

LEGAME
INCLUSIONE
SERVIZI

Benessere di comunità è...
...condizione, sistema, prospettiva, percorso e relazione attiva.
...orientamento al progettare legami forti, costruire inclusione, generare servizi dinamici.

SCAMBIO (che genera condivisione e leggerezza)
ASCOLTO (che genera conoscenza e fiducia)
FLESSIBILITÀ (che genera equilibrio ed equità)

Benessere di comunità è...
...ascoltarsi, capirsi, accogliersi rigenerando la vita (individuale e collettiva).
...un essere e un fare articolati in azioni riflessive e reciproche.

La comunità per il welfare

Istituzioni, Associazioni, Cooperative, Sindacati,
Amministratori, Professionisti, Operatori e Cittadini...
insieme per corrispondere ai bisogni e ai desideri di tutti.

... COSA ...

*manca per raggiungere questa missione
(quali interventi/progetti/servizi)*

... COME ...

*valorizzare le risorse di comunità
(quale potenziale oggi è poco conosciuto/utilizzato/valorizzato).*

[sintesi dei concetti ricorrenti]

Priorità

Ascolto, confronto, collaborazione

tra Amministrazione, Operatori Socio Sanitari, Associazioni, Cittadini (fragili e non).

Integrazione

tra **servizi formali e informali.**

Mappatura

delle **risorse di comunità** e delle **competenze d'aiuto.**

Patrimonio di relazioni.

Semplicità & Accessibilità.

Capability

(libertà di condurre esistenze adeguate ai propri desideri, progetti, valori)

... COSA ...

manca per raggiungere questa missione

Mancano **DISPOSITIVI** come...

- **Rete reale e operativa** fra tutti i soggetti coinvolti (pubblico, privato, terzo settore, beneficiari) dove poter socializzare e collaborare, sviluppare un progetto-quadro comune, definire modalità lavorative chiare e semplici, integrare e armonizzare il lavoro per raggiungere una maggiore efficienza, efficacia ed empatia,
- **Tavoli di lavoro** per lo scambio di conoscenze, competenze e pratiche, dove promuovere il confronto reciproco tra promotori-beneficiari (Amministrazione, Associazioni, Operatori Socio sanitari, Cittadini fragili e non) rispetto alle tipologie di servizi offerti, connettere più efficacemente esigenze e risorse, coltivare il positivo e responsabile protagonismo di tutti (più coinvolgimento), progettare insieme.
- **Strumenti e modalità di educazione peer to peer e tutoraggio alla convivenza.**
- **Risorse economiche.**

Mancano **OPPORTUNITÀ** come...

- **Formazione continuativa** dedicata sia ad operatori e professionisti, che rivolta a cittadini e volontari per sviluppare le **competenze d'aiuto della comunità.**
- **Spazi di comunità** liberamente fruibili senza finalità definite.
- **Sostegno diffuso** alle persone fragili e vulnerabili, attivando più punti di riferimento e più persone di supporto, stimolando l'aggancio nelle zone più povere della città.
- **Valutazione** dettagliata e capillare di esigenze, risorse, progetti.
- **Tempo** per gli operatori professionali e **Infrastrutture** (luoghi di incontro, automezzi a disposizione di volontari, servizi sanitari e medici di base, ...).
- **Partecipazione** maggiore e più attiva.
- **Attenzione** alle **zone grigie** che emergono col variare delle diverse politiche.
- **Coinvolgimento e sostegno di attori** del territorio, importanti nel fungere punto di riferimento valoriale (es. parrocchie, associazioni...incentivando le iniziative e il rinnovo delle forze in campo).
- **Approccio olistico al percorso di vita** della persona (non ragionare per compartimenti stagni, ma seguire lo sviluppo personale).

Mancano **PROGETTI** e/o **SERVIZI** come...

- **Sportello dinamico con operatori di strada** (non professionisti) per ascoltare capillarmente le comunità nel proprio contesto di vita (raggiungere le persone invisibili, attuare un puntuale ascolto delle fragilità).
- **Servizi informali e diffusi** che possono agganciare, accogliere, ascoltare bisogni e desideri anche fuori dalla presa in carico.
- **Servizi per mamme&bambini** (centro aggregativo per bambini-ludoteca, attività didoposcuola diffusi, ritrovo per famiglie in autogestione,...).
- **Progetti per il tempo libero delle famiglie.**
- **Progetti e luoghi di incontro per i giovani (15-20).**
- **Progetti individualizzati.**
- **Servizio per le cure palliative.**
- **Servizio di tutela minori.**
- **Progetto-Servizio per le demenze** (residenziale, diurno, domiciliare)
- **Operatori di strada.**
- **Infermiere di famiglia e/o di zona.**

... COME ...
valorizzare le risorse di comunità

Aree verdi

(luoghi di aggancio e terapia)

Spazi di incontro

(da mettere in rete e promuovere)

Teatro sociale e clownterapia

(opportunità di aggancio leggero)

Progetti di lavoro socialmente utili

(da promuovere e valorizzare)

Beni comuni (scuole, ospedali, ...)

(come hub informativi per condividere risorse e servizi)

Strumenti di informazione e piattaforme web

(da potenziare nell'utilizzo)

Potenziale umano presente e attivo

(da riconoscere dando più tempo e valore)

Terzo settore, Associazionismo, Consigli di Zona

(contenitori e dispositivi di relazione da sostenere)

Giovani

(risorse da valorizzare in un volontariato rinnovato)

Storie di vita

(da raccontare, senza lasciare indietro alcuna)

Dono

(una cultura da promuovere)

Progetti in essere

(da valorizzare e sostenere assegnando maggiore serenità di continuità all'operato del volontariato)

Per me welfare è...

Bisogno Aiuto Risorse
Assistenza Supporto Sostegno
Attenzione Ascolto Attivazione
Desideri Possibilità Futuro

Sussidiarietà Servizi Relazioni
Competenze Conoscenza Collaborazione
Disponibilità Coinvolgimento Inclusione
Cura Umanità Abbraccio

Individuale Collettivo
Ben-essere Ben-stare Ben-fare
Impegno Responsabilità
Vicinanza Prossimità Appartenenza

Rispetto Interazione Sinergia
Dare Ricevere Scambio
Esserci Insieme Rete
Umiltà Reciprocità Condivisione

Sicurezza Equilibrio Dinamismo
Cammino Libertà Partecipazione
Valori Cultura Sviluppo
Leggerezza Entusiasmo WoW

"Un materasso per poter anche cadere, nella certezza di non farsi male, sapendo di potersi rialzare"

! La comunità per il welfare !

Per questa "missione" mi impegno a...

Dedicare **attenzione**... Osservare... **Ascoltare**... Rispondere
Assistere... Integrare... **Includere** chi ha più bisogno
Aprire le nostre porte... Imparare ad **accogliere**
Rendere più semplice l'**accesso** ai servizi... **Sorridere**

Motivare... Sostenere... Educare... Accettare
Collaborare... Promuovere... Realizzare progetti
Agire... Fare insieme... Mettersi in gioco... Partecipare attivamente
Favorire il cambiamento

Avvicinare le **persone**... **Connettere** le persone... Far conoscere il valore e le risorse di ognuno
Comunicare... **Condividere**... Fare **rete** per davvero
Socializzare... Ricordare... Promuovere il lavoro ben fatto
Integrare dal basso... **Coinvolgere** la cittadinanza... Potenziare le **risorse di comunità**...

Continuare a fare ciò che sto facendo nonostante le difficoltà
Migliorarmi... Esserci con **grinta e tenacia**... Sentirmi appartenente
Restare umano... Essere disponibile... Spendere i miei **talenti**
Dare il mio **contributo**... Offrire parte del mio **tempo** agli altri

Sostenere la crescita delle persone partendo dai loro **desideri**... Promuovere l'**autodeterminazione** del proprio **futuro**
Sviluppare progetti di rete per valorizzare le **potenzialità del territorio**
Spostare l'attenzione da ciò che è negativo a ciò che è **positivo** quindi **bello**
Guardare il mondo con uno **sguardo buono**

Svolgere il mio lavoro e ruolo con coscienza
Essere cittadino e operatore **responsabile** per la vita **della comunità**
Diventare operatore di strada
Fare volontariato



TEMPO

*Andare in bicicletta vuol dire imparare a gestire il tempo,
il tempo breve della giornata o della tappa
e il tempo lungo degli anni che si accumulano*

(Marc Auge')

CADUTA

*Chi cammina talvolta cade.
Solo chi sta seduto non cade mai*

(Sandro Pertini)

PIÙ CHE

Più che le sentinelle all'Autora

(Salmo 129)

DESTINATARIO

*Così è la disperazione,
come una preghiera senza destinatario*

(Roberto Vecchioni)



3 - Scelte strategiche e priorità

3 Scelte strategiche e priorità

Dai percorsi partecipativi effettuati nei diversi territori comunali dell'ambito distrettuale e dagli indirizzi delle Istituzioni coinvolte, le scelte strategiche per il piano triennale della salute sono le seguenti:

Area A - Domiciliarità e prossimità:

1. organizzazione delle Case della Salute e dei Nuclei di Cure Primarie strutturati in modo organico con i poli sociali: l'obiettivo è di creare nei territori contesti convergenti di lettura e di promozione dei determinanti di salute sia sanitari che sociali, integrata, multidimensionale favorendo la sinergia delle diverse competenze professionali in una logica multi professionale;
2. Sperimentazioni sul benessere in alcuni territori: con particolare riferimento ai contesti di Russi, San Pietro in Vincoli e di Cervia l'obiettivo è di sostenere alcune sperimentazioni legate in particolare ad alcune vocazioni specifiche, quali ad esempio la cultura del benessere, la tutela dei minori e il welfare di comunità;
3. Diffusione delle Unità di valutazione multidimensionale per la presa in carico condivisa e l'appropriatezza dei criteri di spesa: la strutturazione dei contesti multi professionali (Adulti con dipendenze patologiche o con problemi di salute mentale, persone con disabilità intellettiva, Minori multiproblematici) per la costruzione di progetti di vita olistici e condivisi con il cittadino fragile coinvolto diventa lo strumento prioritario di integrazione e la modalità identificata per la lettura e identificazione del bisogno;
4. Rivisitazione della procedura di attivazione della Assistenza domiciliare: partendo dalla sottoscrizione del nuovo contratto di servizio per l'accreditamento dell'assistenza domiciliare, definire un diverso modello organizzativo che valorizzi le competenze specifiche di presa in carico (assistente sociale), di responsabilità di attivazione (responsabile territoriale) e di erogazione (referente soggetto accreditato);
5. Conferma dell'articolazione decentrata degli sportelli e costituzione di un ampliamento degli orari di apertura: mediante una diversa organizzazione delle professionalità presenti nei poli ed una valorizzazione del ruolo dell'assistente sociale più specifica nella presa in carico, l'obiettivo è di salvaguardare la capillarità dei punti di accesso e di ampliare gli orari di apertura al pubblico;
6. Avvio della palestra abitativa per il Dopo di noi: mediante i fondi derivanti al Dopo di Noi avviare una sperimentazione di preparazione all'autonomia nell'abitare di persone portatori di disabilità all'interno di spazi messi a disposizione dal Comune di Ravenna, in un contesto votato ad un concetto di tutela per cittadini fragili;
7. Sostegno alle forme associative e ai singoli con funzione di caregiver in un'ottica di welfare comunitario: l'obiettivo è quello di sostenere chi sostiene al fine di garantire le relazioni e i contesti di relazione positiva delle persone fragili anche mediante esperienze di auto mutuo aiuto nonché al fine di ridurre le situazioni di solitudine.

Area B – Riduzione delle disuguaglianze e promozione della salute

1. Passaggio nelle politiche di accoglienza da CAS a SPRAR: salvaguardando le finalità delle tipologie di servizi per l'accoglienza ed anche l'articolazione territoriale, l'indicazione è di trasformare un numero considerevole di posti CAS in posti SPRAR perché capaci questi ultimi di assicurare maggiori servizi e maggiori tutele nel tempo;
2. Ampliamento posti convenzionati CRA: in attesa della nuova struttura la cui realizzazione è stata avviata a Ravenna, l'obiettivo, così come prevista dalla programmazione del Comitato Distretto è di aumentare l'offerta di posti CRA in regime di convenzione in strutture del territorio con particolare riferimento agli ambiti con minore presenza di servizi;
3. Compartecipazione ai progetti di bassa soglia avviati dal Terzo Settore: mediante percorsi di contributo o compartecipazione l'obiettivo è di tenere agganciati alla rete dei servizi i progetti avviati in particolare da soggetti del terzo settore ed orientati alla bassa soglia per garantire soprattutto il diritto alla casa (dormitori, co-housing, piano freddo) e il diritto al cibo (mense, empori e pacco alimentare);
4. Completamento della gestione unitaria dell'accreditamento pubblico delle CRA di Russi e di Cervia: l'obiettivo è di completare a breve l'assunzione di ruolo di tutto al personale dipendente, con particolare riferimento alle professionalità sanitarie e al fine di dare completa attivazione al dettato legislativo regionale;
5. Piano integrato sulla prevenzione della dipendenza da gioco: anche grazie ai finanziamenti regionali che incardina nel Servizio Dipendenze Patologiche il soggetto titolare della regia di tali progetti, l'obiettivo è la costituzione di un piano integrato che unisca percorsi di prevenzione primaria e quelli di recupero;

6. Progetto a sostegno della genitorialità: avviare una programmazione integrata delle politiche educative, sanitarie e sociali che possa sostenere l'attuale forte riduzione di natalità, intervenendo da un lato sulla fiducia e sulla cultura delle giovani coppie e dall'altro su abbassamento rette servizi educativi, riduzione percentuali sui costi delle utenze per famiglie numerose e promozione di servizi flessibili per i primi 1000 giorni di vita;
7. Progetto integrato sociale-educativo per l'accompagnamento di cittadini fragili: realizzazione di spazi di accesso e di orientamento per i cittadini disabili e fragili che possa accompagnarli nell'utilizzo delle diverse risorse disponibili, anche se non in carico al servizio sociale professionale;
8. Riorganizzazione Servizio Tutele Minori: al fine di costruire percorsi sempre più attenti al benessere dei minori, l'obiettivo è di istituire una procedura strutturata fra Azienda Sanitaria e Servizio Sociale, di sottoscrivere un Accordo con Tribunale e Ordine degli Avvocati e di ampliare il servizio di mediazione familiare;
9. Riorganizzazione SNA e Nucot: il progetto mira ad organizzare un punto strutturato di accesso ai servizi rivolti alla popolazione adulta e anziana attraverso la definizione di un progetto di presa in carico all'interno dei setting di cure intermedie, domiciliari e dei servizi socio-sanitari, con la progettazione integrata di professionisti sia sociali che sanitari;
10. Percorso di coprogettazione sui centri socio-occupazionali: la procedura individuata per la riprogettazione dei servizi socio-occupazionali, nelle loro diverse fattispecie, è quello della coprogettazione tesa ad una sorta di accreditamento locale che possa da un lato dare valore e continuità alle progettualità consolidate e dall'altro stimolare nuova creatività su tali servizi;
11. Nuovo Regolamento per l'accesso ai servizi della rete: l'obiettivo è l'approvazione entro ottobre 2018 di un nuovo regolamento di accesso ai servizi di contesto distrettuale in base ad alcuni valori di riferimento, quali in particolare la trasparenza della valutazione della condizione di fragilità, la sottoscrizione del progetto di vita da parte del cittadino fragile e chiarezza in merito alla compartecipazione alla spesa dei servizi;
12. Avvio nuovo Regolamento Comunità Alloggio e apertura Villa Fabbri: approvazione di un nuovo Regolamento per i servizi di Comunità alloggio ed avvio di una gestione unitaria di San Giovanni Bosco e Villa Fabbri, di nuova apertura con affidamento ad ASP ed individuazione di una figura professionale specifica per tali servizi;
13. Costruzione e pubblicazione di una guida dei servizi a sostegno della genitorialità: favorire una maggiore diffusione dell'informazione specifica sui servizi, progetti ed azioni presenti nel distretto e che possano facilitare la scelta delle giovani coppie di avere figli.

Area C – Promozione dell'autonomia delle persone

1. Servizio distrettuale di accompagnamento al lavoro: mediante una gara di ambito distrettuale, avviata per la prima volta con tale modalità, l'obiettivo è la presenza di un servizio che costituisca la regia unica per tirocini, formazione e percorsi orientati alla occupabilità, sempre, ovviamente, rivolti ai cittadini in carico ai servizi;
2. Formazione agli operatori sociali sulle politiche e gli strumenti di inclusione sociale: passare da una cultura dell'assistenza ad una cultura di welfare generativo mediante percorsi di inclusione sociale non può non passare che attraverso una formazione specifica che possa aggiungere alle competenze tradizionali nuove capacità di agganciare i nuovi bisogni;
3. Costruzione e pubblicazione di una guida ai servizi della gestione sociale associata: si intende sostenere la nuova modalità di gestione associata mediante la progettazione e la pubblicazione di una guida ai servizi di sostegno soprattutto ai cittadini, ma di orientamento agli operatori, sociali e sanitari, nella costruzione dei progetti di presa in carico;
4. Approvazione di un Protocollo per l'accoglienza H24 di donne vittime di violenza: all'interno della Convenzione fra Comune di Ravenna ed un soggetto specializzato del Terzo Settore viene previsto un servizio di reperibilità a disposizione del Pronto Soccorso da integrarsi con i professionisti presenti in Azienda Sanitaria. Al fine di creare condizioni precise di tutela delle donne vittime di violenza, è necessario definire ed approvare linee guida operative;
5. Ampliamento progetto di Housing First: la sperimentazione di Housing First deve trovare un proprio consolidamento nonché nuovi contesti sperimentali negli spazi per neomaggioranni e nei territori accanto a Ravenna. Il tavolo Housing First che rappresenta la cabina di regia di monitoraggio costante del progetto è un buon esempio di integrazione fra saperi;
6. Costruzione di una rete strutturata degli accessi ai servizi a bassa soglia: mediante accordi di compartecipazione chiari e condivisi, è necessario definire i livelli di messa a disposizione di servizi da parte dei soggetti della società civile al fine di definire con appropriatezza gli standard di accesso e i parametri di valutazione degli interventi;
7. Sostenere percorsi di progettazione da parte di soggetti terzi per immobili di proprietà comunali: l'obiettivo è di mettere a disposizione immobili di proprietà comunale secondo una lettura di bisogni compiuta dalla politica affinché su di essi si sviluppi una progettualità ed un

investimento da parte di soggetti privati, al fine di completare o integrare la rete dei servizi in contesto distrettuale.

Area D – Partecipazione responsabilizzazione

1. Tavoli di confronto con il Terzo Settore: mantenere attivi momenti strutturali di confronto costante e partecipato con la Cooperazione, con le Associazioni di volontariato e con i soggetti che operano nei servizi alla persona e favorire nel contempo percorsi partecipativi tematici e sull'innovazione possibili;
2. Incontri strutturati con i quartieri e le circoscrizioni: promuovere momenti strutturali di confronto con le forme rappresentative del decentramento al fine di condividere la lettura dei bisogni sociali, di raccogliere dati per la costruzione di politiche e per promuovere la conoscenza di servizi e di progetti;
3. Welfare dell'aggancio e forme del Welfare: favorire occasioni di incontro con i luoghi tradizionali della cura e con i professionisti che qui operano, ma anche con i settori della comunità e dell'economia che prima di altri vengono a contatto con le fragilità dei cittadini;
4. Percorsi verso il welfare di comunità: sostenere un diverso modo di costruire condizioni di benessere partendo dalla convinzione che non solo i servizi pubblici sono protagonisti in questo, ma che occorre il coinvolgimento dei soggetti che a vario titolo interagiscono sulle condizioni di salute in senso lato dei cittadini;
5. Ecomappe come progetti di welfare generativo: l'obiettivo è che ogni progetto di presa in carico sia corredato da un'ecomappa contenente tutte le risorse di quello specifico cittadino fragile, risorse intese come relazioni, punti di riferimento e valori, quegli elementi cioè su cui lavorare per passare da un approccio assistenzialistico ad uno generativo;
6. Percorsi di coprogettazione: l'obiettivo è di promuovere percorsi di coprogettazione sui servizi non accreditati secondo la normativa regionale per la disabilità e sui servizi per l'accoglienza rivolti ai migranti perché si ritiene che su tali tipologie di servizi l'esperienza dei soggetti che storicamente hanno progettato e gestito possa determinare di certo un valore aggiunto;
7. Spazi di condivisione progettuale: riconoscere valore di confronto sui progetti agli interlocutori delle tre Amministrazioni con particolare riferimento a quelli di rappresentare una capacità rappresentativa, come ad esempio il CUFO;
8. Progetti condivisi di associazioni: riconoscere valore ai progetti proposti da una pluralità di soggetti capaci di superare la propria individualità a favore di una negoziazione fra più entità e maggiormente rappresentative proprio per questo, nella relazione con la Pubblica Amministrazione.

Area E - Qualificazione dei servizi

1. Diffusione della cartella sociale quale strumento della documentazione del lavoro e delle progettualità: l'obiettivo è di produrre un cambiamento generalizzato nelle procedure di documentazione del lavoro sociale, giungendo ad un utilizzo generalizzato dello strumento "cartella sociale", al fine di permettere un monitoraggio costante dei dati di attività da mettere a disposizione per la costruzione di politiche;
2. Condivisione da parte del cittadino fragile del proprio progetto di vita: uno degli obiettivi primari è quello di giungere a riconoscere nel progetto di aiuto una sorta di patto sottoscritto fra servizio e cittadino. Tale modalità viene proposta anche in riferimento ai progetti promossi dalle diverse Unità di valutazione multi professionali ed è fortemente perseguita nella metodologia del Budget di salute
3. Nuovo Regolamento di accesso ai servizi: il nuovo Regolamento si configura come strumento di consolidamento del Servizio sociale professionale e di qualificazione di esso;
4. Quadro informativo chiaro e trasparente dei punti di accesso: l'obiettivo è di avere nel triennio un sistema chiaro e trasparente di individuazione dei livelli di informazione necessari al cittadino per orientarsi e scegliere, facendo in modo che servizi polivalenti e servizi specialistici siano in grado di garantire la necessaria complementarietà;
5. Formazione regionale del personale coinvolto negli Sportelli sociali: lo Sportello sociale quale prima modalità di accoglienza e di ascolto necessita di operatori appositamente formati sia nella gestione della relazione d'aiuto sia nell'informazione aggiornata e costante sui servizi;
6. Supervisione per gli operatori sociali al fine di condividere i principi di equità per l'accesso ai servizi: la gestione sociale associata richiede una mission ed una vision condivisa, ma anche scelte eque nei percorsi di accesso ai servizi. Per questo si vede un valore aggiunto nella supervisione proposta agli operatori sociali in collaborazione con l'Università di Bologna;
7. Monitoraggio costante dei servizi ed elaborazione di documenti di sintesi: una scelta strategica è quella di costruire documenti descrittivi, di sintesi e di analisi, sull'andamento dei servizi e sulla lettura dei bisogni anche a sostegno dei confronti istituzionali e di comunità da avviare. Creare la storia e la memoria dei servizi permette infatti di costruire la base su cui progettare;

8. Tavoli interistituzionali per avviare forme integrate di presa in carico e per definire le modalità di compartecipazione alla spesa: lo strumento del Tavolo multi professionale è l'elemento di qualificazione dei servizi perché costringe i diversi professionisti a condividere letture, risorse e relazioni con il cittadino fragile, attribuendo compiti ai diversi interlocutori e riconoscendo la necessità dell'integrazione.

Case della Salute e Medicina d'iniziativa nell'Azienda USL Romagna ICT – tecnologie dell'informazione e della comunicazione come strumento per il nuovo modello di E-Welfare

Approvato

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Azienda USL Romagna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;B;E;

Razionale	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 équipe 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. In linea con le indicazioni regionali, sono promossi e verranno consolidate esperienze di telemedicina in favore dei soggetti portatori di patologie croniche degenerative
Descrizione	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: • indurre un cambiamento culturale nella comunità professionale che opera nell'ambito delle Case della salute. • 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; • proseguire nello sviluppo della presa in carico delle persone con patologie croniche e delle persone fragili, in una logica di medicina d'iniziativa anche attraverso l'utilizzo di dispositivi di telemedicina ; • promuovere ulteriormente percorsi di prevenzione e promozione della salute multidisciplinari con la partecipazione della comunità e in collaborazione con le associazioni di volontariato; • 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). Nell'ambito del Distretto di Ravenna nel corso della programmazione 2018-2020 si ritiene di estendere l'assetto delle Case della Salute nei territori del mare attraverso la realizzazione di una Casa della Salute con sede a Marina di Ravenna – Lido Adriano e nei territori di Castiglione di Cervia – Castiglione di Ravenna.

Destinatari	Pazienti prevalentemente con patologie croniche e con fragilità provenienti dal domicilio, dimessi dall'Ospedale di comunità o da struttura ospedaliera, con condizioni che richiedono una gestione clinico-assistenziale condivisa tra MMG e Infermieri, con il supporto delle Assistenti Sociali.
Azioni previste	1. 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; All'interno del progetto è stata individuata la Casa della Salute di San Pietro in Vincoli. I professionisti coinvolti intendono focalizzarsi sull'area del benessere riproduttivo e delle cure perinatali, realizzando un progetto che ha l'obiettivo di intercettare tempestivamente le condizioni di vulnerabilità sociale delle donne in gravidanza, puerperio e neonato nei primi 1000 giorni di vita. Si vuole realizzare una rete tra Sociale, Sanitario e Terzo settore capace di identificare precocemente e con strumenti comuni le vulnerabilità e i fattori di rischio della popolazione target, per migliorare e rafforzare i servizi offerti e i percorsi di presa in carico. L'integrazione viene facilitata dalla condivisione degli spazi della Casa della Salute tra i professionisti sociali e sanitari e la disponibilità di incontro del Terzo Settore. Per migliorare l'interazione tra i tre settori coinvolti si prevede l'organizzazione periodica di incontri multiprofessionali fra i professionisti operanti all'interno della CdS e gli operatori sociali e del Terzo Settore al fine di condividere e coordinare i percorsi di aiuto agli utenti e fare in modo che diventino uno strumento strutturato di lavoro. 2. strutturare il coordinamento nelle Case della Salute attraverso l'individuazione del Referente organizzativo e del board gestionale/organizzativo. 3. 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, con il monitoraggio periodico dei percorsi di cura attivati attraverso la pianificazione di briefing strutturati tra i professionisti coinvolti; Tra i progetti previsti si vuole consolidare l'integrazione dei Servizi di Salute Mentale nelle Cure Primarie all'interno della CdS di Russi. Ciclo di incontri di equipe multidisciplinari costituiti dai professionisti sociali e sanitari afferenti alla casa della salute (MMG, infermieri, psicologo, medico del Dipartimento Salute Mentale, medico del Dipartimento Dipendenze Patologiche e assistente sociale del Comune) per la discussione di casi clinici e la definizione dei migliori percorsi congiunti di presa in carico dei pazienti. Sono in programma 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. Saranno contestualmente attivati sportelli per i problemi relativi al gioco d'azzardo, organizzati corsi di formazione rivolti specificatamente ai MMG/PLS e corsi divulgativi rivolti alla popolazione. 4. 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; 5. 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; La Casa della Salute di Russi è stata individuata come fulcro del progetto sperimentale La Casa della salute per Guadagnare Salute 2013-2016. Il progetto, che nel frattempo è stato esteso a tutta l'AUSL della Romagna, nel nostro territorio è in continuità con la programmazione degli anni precedenti e sarà esteso a Mezzano-Sant'Alberto e S.Pietro in Vincoli. 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. Si prevede di attivare azioni di promozione della salute nei territori delle nuove Case della salute attivate, e di proseguire nel territorio di Russi le azioni già intraprese che necessitano di consolidamento, manutenzione, ampliamento, quali Potenziamento e manutenzione gruppi di cammino: Monitoraggio e sostegno al proseguimento dei gruppi di cammino che si sono attivati e sono gestiti ora autonomamente dalla comunità, con supporto della Casa della salute, a Russi. Attivazione nuovi gruppi di cammino a S.Alberto, Mezzano, Savarna, S.Pietro in Vincoli. Formazione al counselling motivazionale: Il personale infermieristico della Case della salute è stato formato al counseling motivazionale attraverso percorsi formativi realizzati localmente nel 2014-2015 e la partecipazione diffusa dal 2017 al corso regionale

	'Professionisti della salute ' di cui al prog. 6.5 del Piano regionale della prevenzione. Tale formazione va consolidata con incontri di rinforzo periodico e supervisione. Alla formazione generale si affianca quella specifica al counseling per la cessazione del fumo, organizzata a livello regionale, già seguita da alcuni operatori di Russi e che può essere rivolta ad altri. Supporto alla cessazione abitudine al fumo: Si prosegue la positiva esperienza di integrazione fra servizi svolta a Russi per la realizzazione di corsi per smettere di fumare, integrando personale specificamente formato, in collaborazione fra Dipartimento Sanità Pubblica e Dipartimento Cure Primarie, LILT, (garantisce lo psicologo). Si cura che almeno il 30% dei pazienti siano provenienti dagli ambulatori della patologia cronica e si collabora col Distretto di Lugo - Faenza per ottimizzare l'offerta di corsi utilizzando il personale formato. Promozione della alimentazione sana: Realizzazioni laboratori di cucina salutare, rivolti a fasce individuate di concerto con I comunità (diabetici, anziani, assistenti familiari, famiglie con bambini) Altri target: Valutazione fattibilità di iniziative sulla promozione della salute e del benessere psicofisico su altri target (adolescenti , stranieri) o altri temi. 6. condividere con le UU.OO. ospedaliere e i servizi territoriali coinvolti il modello di continuità NuCot, attraverso specifici incontri informativi/formativi; 7. completare la progettazione e realizzazione delle Case della Salute di Marina di Ravenna – Lido Adriano e presso il territorio di Castiglione di Cervia – Castiglione di Ravenna 8. valutare l'impatto delle CdS sulla popolazione e sui professionisti attraverso il Progetto regionale di valutazione V.I.P.S. che analizza in particolare i percorsi di presa in carico dei pazienti affetti da patologia cronica (DM tipo 2) all'interno della CdS. Il progetto sarà implementato prima presso la Casa della Salute di Russi e poi nelle altre case della salute del Dipartimento.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Piano Regionale della Prevenzione relativo Piano Locale Attuativo 2015-2019. Delibera regionale 2128/2016 "Casa della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa".
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda USL Servizi Sociali Comune/Unione dei Comuni Terzo settore
Referenti dell'intervento	U.O. Cure Primarie, Responsabile dei Servizi Sociali territoriali in collaborazione con il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze, il Dipartimento Sanità Pubblica e il Distretto di Ravenna.
Risorse non finanziarie	• Medici e operatori del DSP, DSM/DP, del DCP • Infermieri per la gestione della cronicità a carico dell'AUSL • MMG aderenti • Assistenti sociali facenti parte dell'Azienda USL Romagna e dei Comuni • Supporti informatici integrati a carico di Azienda USL Romagna • Volontari del Terzo Settore

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 10

1°: 1) Accompagnare il percorso formativo CasaLab, attraverso incontri di supervisione periodici sui percorsi di miglioramento predisposti dai partecipanti al Corso.

Descrizione: N. di incontri di supervisione realizzati/ N. di incontri di supervisione programmati

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** >= 90%

- **Obiettivo 2019:** >95%

- **Obiettivo 2020:** =100%

2°: 2) Strutturare il Coordinamento nelle Case della salute attraverso l'implementazione del nuovo modello organizzativo

Descrizione: N. Case della Salute con Referente organizzativo/N. delle Case delle Salute attive

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 90%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%

3°: 2) Strutturare il Coordinamento nelle Case della salute attraverso l'implementazione del nuovo modello organizzativo

Descrizione: N. Case della Salute a media/alta intensità con board gestionale/organizzativo/ N. delle Case delle Salute a media/alta intensità attive

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 90%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%

4°: 3)Garantire la gestione integrata delle patologie croniche, in particolare Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO, all'interno delle Case della Salute nell'ambito degli ambulatori infermieristici per la cronicità

Descrizione: N. Ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità/Case della Salute attive

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 50% - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** >= 60%

- **Obiettivo 2019:** = 80%

- **Obiettivo 2020:** = 100%

5°: 4)Assicurare la presa in carico della fragilità\complessità, con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)",

Descrizione: Evidenza del Report sintetico del Profili di Rischio (Risk-ER) nelle Case della Salute coinvolte

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

6°: 5)Organizzare e realizzare specifici incontri formativi nelle Case della salute, nell'ambito del Progetto Guadagnare in Salute, con MMG, Operatori Sanitari della Casa della Salute,

Descrizione: N. di incontri formativi realizzati/ N. di incontri formativi programmati

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 70% - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 90%

- **Obiettivo 2019:** 90%

- **Obiettivo 2020:** 90%

7°: 6)Consolidare i percorsi di continuità delle cure ospedale/territorio, attraverso la condivisione del modello del Nucleo di Continuità Ospedale Territorio (NuCot).

Descrizione: Elaborazione procedura aziendale

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Implementazione della procedura Aziendale "Percorsi di Dimissione Protetta: Attività del Nucleo di Continuità Ospedale e Territorio
- **Obiettivo 2019:** Monitoraggio degli indicatori
- **Obiettivo 2020:** Verifica degli indicatori

8°: 7) Progettare la realizzazione delle Case della Salute presso il territorio di Marina di Ravenna – Lido Adriano e presso quello di Castiglione di Cervia e di Castiglione di Ravenna

Descrizione: Elaborazione progetto

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Definizione del progetto di realizzazione
- **Obiettivo 2019:** Realizzazione della Casa della Salute di Marina di Ravenna – Lido Adriano
- **Obiettivo 2020:** Realizzazione della Casa della Salute di Castiglione di Cervia e di Ravenna

9°: 8) Evidenza dell'impatto delle CdS sulla popolazione e sui professionisti

Descrizione: Implementazione Progetto regionale di valutazione V.I.P.S.

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Implementazione delle azioni progettuali
- **Obiettivo 2019:** Consolidamento Obiettivo 2018
- **Obiettivo 2020:** Consolidamento Obiettivo 2018

10°: 9) PDTA aziendali che prevedono l'utilizzo della telemedicina

Descrizione: Consolidamento telerefertazione E.C.G.

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Adesione al progetto presso le Case della Salute del Distretto di Ravenna
- **Obiettivo 2019:** Consolidamento Obiettivo 2018
- **Obiettivo 2020:** Consolidamento Obiettivo 2018

Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Approvato

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

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

Razionale	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. 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. 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.
Descrizione	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. Assistenza Ospedaliera: struttura dell'offerta L'azienda opera mediante 7 presidi ospedalieri a gestione diretta a 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). 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 Delibera del Direttore Generale n. 482 del 24.10.2017 che ha sancito il formale avvio dell'importante percorso di riordino. 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. 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).
Destinatari	Assistiti 8 distretti dell'Azienda Usl della Romagna
Azioni previste	Anno 2018 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: 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 hcv e afferente al Sert, insufficienza renale cronico avanzata, Adenotonsillectomie pediatriche, Cure palliative, TAVI, Board Anatomia patologica, Chirurgia robotica, Terapia antalgica, Budget di Salute. 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 . 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. 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. E' incorso di definizione anche per il Distretto di Ravenna la valutazione di un piano di fabbisogno per posti letto di cure intermedie. 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 riaccutizzazione delle patologie.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi. 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). 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.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl, Comuni, EE.LL, Terzo Settore, Associazioni di Volontariato, Utenti.
Referenti dell'intervento	Azienda Usl della Romagna

Risorse non finanziarie

Operatori sanitari e tecnostrutture Azienda Usl Romagna

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 4

1°: Adeguamento posti letto (DM70/2015)

Descrizione: 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.

Tipo: Numerico**Situazione di partenza:** 80% - **Riferita al:** 31/12/2017- **Obiettivo 2018:** 100%- **Obiettivo 2019:** 100%- **Obiettivo 2020:** 100%**2°: Definire il riassetto delle discipline incluse nelle reti Hub&Spoke attraverso proposte dei gruppi di lavoro appositamente istituiti**

Descrizione: Attivazione di percorsi clinici e progetti innovativi, attraverso la definizione di gruppi tecnici di lavoro con il coinvolgimento dei professionisti di tutti i Dipartimenti e le UU.OO, in coerenza e in ottemperanza agli obiettivi definiti annualmente dalle delibere regionali sulla programmazione delle aziende sanitarie.

Tipo: Numerico**Situazione di partenza:** 2 - **Riferita al:** 31/12/2017- **Obiettivo 2018:** 4- **Obiettivo 2019:** 6- **Obiettivo 2020:** 10**3°: Valutazione dei diversi modelli fin qui sviluppatasi con lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali**

Descrizione: Definizione di un documento inerente lo sviluppo attestante la lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali, definito sulla base delle indicazioni regionali.

Tipo: S | N**Situazione di partenza:** N - **Riferita al:** 31/12/2017- **Obiettivo 2018:** S- **Obiettivo 2019:** S- **Obiettivo 2020:** S**4°: Elaborazione progetto attivazione posti letto Cure Intermedie – Distretto di Ravenna****Descrizione:** Definizione progetto**Tipo:** Testuale**Situazione di partenza:** - **Riferita al:**- **Obiettivo 2018:** Elaborazione progetto- **Obiettivo 2019:** Attivazione posti letto- **Obiettivo 2020:** Monitoraggio e consolidamento progetto

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

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

Razionale	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 caratterizzate da multimorbidità 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 nella presa in carico del paziente.
Descrizione	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 che vede, quale elemento strategico l'implementazione di un Nucleo di Continuità Ospedale Territorio (NuCot) finalizzato a: - 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 ; • 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; • contribuire alla riorganizzazione della rete per la gestione del paziente tra ospedale e territorio riducendo la frammentazione degli interventi. • Sviluppare e consolidare la rete degli Ospedali di Comunità in ambito aziendale in linea a quanto previsto nel documento di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato dalla Conferenza nel 9.01.2017. Contestualmente, fine di favorire una maggiore integrazione delle politiche e dei servizi a carattere sanitario e socio-sanitario, si rende necessario procedere allo studio di fattibilità per la realizzazione di un'unica centrale di coordinamento di detti servizi che sappia, migliorare e facilitare l'accesso e garantire la presa in carico e la continuità assistenziale nella rete di servizi presente a livello distrettuale.
Destinatari	Pazienti prevalentemente con patologie croniche provenienti da struttura ospedaliera o dal domicilio, con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa
Azioni previste	- Condividere il modello di continuità NuCot con i Servizi Sociali del Distretto di Ravenna

	- condividere e promuovere il modello di continuità NuCot e gli strumenti di valutazione 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; - condividere il modello di continuità NuCot con i gestori di strutture socio- sanitarie, accreditate con posti letto qualificati come ad Alta Attività Assistenziale; - implementare gli strumenti di valutazione del setting assistenziale attraverso l'utilizzo dapprima della documentazione e successivamente attraverso la predisposizione di un applicativo informatico; - 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; - favorire la misurazione degli esiti attraverso un set d'indicatori definiti da procedura aziendale - promuovere la progettazione e realizzazione dell'OsCo/letti di cure intermedie così come definito dal documento aziendale approvato in sede di Conferenza Socio Sanitaria Territoriale - realizzare uno studio di fattibilità di una centrale di coordinamento integrata dei servizi sanitari e sociali dedicati all'area della cronicità e non autosufficienza
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Innovazione nella rete dei servizi per anziani
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda USL Gestione Associata dei Servizi Sociali Comune di Ravenna – Russi e Cervia
Referenti dell'intervento	Direttore di Distretto: Dr.ssa Roberta Mazzoni Dipartimento Cure Primarie: Dr. Maurizio Piolanti Dirigenti Gestione Associata dei Servizi Sociali: Dr.ssa Daniela Poggiali
Risorse non finanziarie	Supporti informatici integrati nella Cartella Clinica a carico di Azienda USL Romagna; Personale infermieristico, medico e assistenti sociali facenti parte del NuCot a carico di Azienda USL Romagna

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 7

1°: 1) Appropriatezza tempi di segnalazione da parte dell'U.O. richiedente

Descrizione: n. segnalazioni effettuate 3 giorni lavorativi prima della dimissibilità o trasferibilità / n. di segnalazioni totali

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** >= 60%

- **Obiettivo 2019:** >= 60%

- **Obiettivo 2020:** >= 70%

2°: 2) Tempestività di presa in carico da parte del NuCOT

Descrizione: n. restituzioni all'U.O. segnalante entro 3 giorni lavorativi dalla segnalazione / n. di segnalazioni totali

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** >= 90%
- **Obiettivo 2019:** >= 90%
- **Obiettivo 2020:** >= 95%

3°: 3) Tempestività trasferimento nella struttura di cerniera

Descrizione: n. pazienti trasferiti entro 3 giorni lavorativi dalla data di dimissibilità trasferibilità / n. di segnalazioni totali

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** >= 60%
- **Obiettivo 2019:** >= 60%
- **Obiettivo 2020:** >= 70%

4°: 4) Tempestività di presa in carico in assistenza domiciliare

Descrizione: N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 45%
- **Obiettivo 2019:** 45%
- **Obiettivo 2020:** 60%

5°: 5) Definizione della procedura Aziendale "Percorsi di Dimissione Protetta: Attività del Nucleo di Continuità Ospedale e Territorio

Descrizione: Realizzazione Procedura aziendale

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Approvazione entro 2018
- **Obiettivo 2019:** Verifica degli indicatori
- **Obiettivo 2020:** Verifica degli indicatori

6°: 6) Studio di fattibilità della centrale di coordinamento dei servizi sociali e sanitari

Descrizione: Analisi di fattibilità

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Composizione gruppo di lavoro e inizio lavori
- **Obiettivo 2019:** Approvazione del progetto e avvio progetto
- **Obiettivo 2020:** Consolidamento progetto e verifica degli indicatori

7°: 7) Analisi in ambito distrettuale delle strutture identificabili come Ospedale di Comunità – Posti letto cure intermedie

Descrizione: Analisi in ambito distrettuale

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Approvazione entro 2018
- **Obiettivo 2019:** Realizzazione OsCo – posti letto cure intermedie
- **Obiettivo 2020:** Verifica Indicatori di progetto

Co-Progettazione sociale e sanitaria attraverso il Budget di SaluteS

Approvato

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;

Razionale	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
Descrizione	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). 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. 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. 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, tempo libero e sport, apprendimento di nuove tecniche e conoscenze a supporto della socialità
Destinatari	Utenti in cura presso il DSMDP con particolare attenzione a: - situazioni di esordio psicopatologico, - giovane età - persone in uscita da percorsi residenziali - persone a forte rischio di istituzionalizzazione.

	Utenti del SERT e della U.O di NPIA
Azioni previste	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 (vela, ballo, danza, yoga, cucina, inglese, canto ecc.)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	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 L14 ecc)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- o DSMDP - o Enti Locali - o Distretto - o Associazioni, Volontariato - o Terzo Settore - o Utenti e famigliari - o Altri soggetti sociali utili al progetto personalizzato
Referenti dell'intervento	Direttore U.O Centro di Salute Mentale Direttore del Distretto Dirigente Servizio Gestione Sociale Associata
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 12.000,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **12.000,00 €**

Indicatori locali: 3

1°: N. Pazienti con budget di salute

Descrizione: N.pazienti con budget di salute/ N. Pazienti CSM

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** >170

- **Obiettivo 2019:** >190

- **Obiettivo 2020:** >210

2°: Progetti con attivazione risorse di contesto

Descrizione: N. progetti attivati con coinvolgimento Associazioni famigliari/utenti

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** >6
- **Obiettivo 2019:** > del 2018
- **Obiettivo 2020:** > del 2019

3°: Iniziative formative realizzate

Descrizione: N. azioni formative

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

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

Riconoscimento del ruolo del caregiver nel sistema dei servizi sociali socio-sanitari e sanitari – Progetto di vita indipendente e Dopo di noi

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Servizio Sociale Associato Comune di Ravenna Cervia e Russi
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	Il welfare generativo di comunità si basa sui ruoli fondamentali della rete di relazioni ed in particolare sulla figura del caregiver, persona volontaria che agisce sul percorso di cura e di benessere dei cittadini fragili. Fra di essi, la persona con disabilità necessita di azioni e servizi con particolari specificità, capaci di accompagnarlo nelle diverse fasi di vita, individuando di volta in volta i livelli di autonomia appropriati e sostenibili. Il caregiver della persona disabile coglie un'ulteriore necessità, che è quella di costruire opportunità più in là nel tempo.
Descrizione	Le attività a sostegno del caregiver sono oggi proposte sia dal servizio pubblico che da gruppi di volontariato del territorio e rappresentano punti di snodo fra residenzialità e domiciliarità. Sui servizi rivolti alla persona con disabilità vi è una richiesta di maggiore prossimità al fine di superare situazioni di solitudine e di lontananza.
Destinatari	Persone con disabilità e caregiver familiari
Azioni previste	- Palestra abitativa - Appartamenti per il Dopo di noi - Gruppi di automutuoaiuto - Percorsi di sostegno - Progetti di welfare comunitario - Servizi leggeri di accompagnamento
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Assistenza domiciliare e servizi a sostegno del PAI - Valorizzazione del volontariato - Welfare comunitario - Progetti per il tempo libero e vacanze disabili - Strutture residenziali e semiresidenziali
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- Servizio sociale professionale - Servizi accreditati - Gruppi di volontariato - Unità di valutazione multi professionale - SAA
Referenti dell'intervento	Dirigente Servizio Sociale Associato
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 130.000,00

- Altri fondi regionali (*Fondi dedicati "Dopo di Noi"*): **130.000,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Azienda USL Romagna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	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. 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.
Descrizione	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. 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. Nei quattro ambiti territoriali dell'AUSL Romagna dovranno essere strutturati i nodi della Rete (Ospedale, Hospice, Ambulatorio e Domicilio), nei quali operano equipe 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. 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. 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. 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. 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.
Destinatari	Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa e sofferenza psicologica, fisica spirituale e loro famiglie .
Azioni previste	Il piano di implementazione del modello organizzativo per la RLCP prevede per l'anno 2018 la realizzazione delle seguenti azioni: 1. Definizione della procedura aziendale "Rete Locale di Cure Palliative dell'AUSL Romagna" 2. Definizione dei criteri di accesso alla RLCP e condivisione degli stessi con il Percorso Aziendale "NuCOT – Nucleo di continuità Ospedale Territorio" 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. 4. Definizione della documentazione sanitaria informatizzata con particolare riferimento alla scheda di pianificazione assistenziale 5. Costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinare di Ambito Territoriale per la declinazione operativa del funzionamento dei Nodi della Rete nel contesto di riferimento 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: - Corso di formazione per equipe multidisciplinare di base e specialistiche della RLCP e per il terzo settore in ogni ambito territoriale, - Incontro informativo per presentazione della RLCP ai Direttori, Coordinatori e Case Manager delle UU.OO. ospedaliere in ogni ambito territoriale.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	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.
Referenti dell'intervento	Coordinatore Rete Cure Palliative Aziendale, Direttore Dipartimento Oncoematologico, Responsabile Infermieristico e Tecnico Dipartimento Oncoematologico
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

"Promozione della salute in carcere"

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	Mantenimento e sviluppo del progetto sperimentale finanziato dal Ministero della salute terminato l'anno 2017. 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. 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.
Descrizione	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. 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.
Destinatari	Persone detenute adulte, maschi e femmine, negli Istituti Penitenziari; persone condannate in misura alternativa presenti sul territorio regionale; minori interessati da provvedimenti giudiziari.
Azioni previste	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: - sviluppo e consolidamento delle attività degli sportelli informativi per detenuti, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario; - 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"; - realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto;

	• 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.); • 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.); • sostegno alla sperimentazione di percorsi innovativi, quali quelli ispirati ai principi della giustizia riparativa con particolare attenzione alla mediazione penale; • 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;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche di sostegno alla fragilità – Programma d'inclusione sociale previsto dall'Amministrazione Comunale
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Direzioni Carceri e Comuni
Referenti dell'intervento	Direttore U.O Cure Primarie
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 32.524,00

- Altri fondi regionali : **32.524,00 €**

Indicatori locali: 0

Promozione di politiche di Equità e approccio alla medicina di genere

Approvato

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

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

Razionale	Molte sono le evidenze oggi disponibili sul ruolo dei determinanti sociali sulle disuguaglianze 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)
Descrizione	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.
Destinatari	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)
Azioni previste	-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 disuguaglianze
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi previsti dal piano Regionale della Prevenzione 2015-2018; Politiche per promuovere l'Health Literacy
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Agenzia Sanitaria regionale, Amministrazioni comunali, Istituzioni scolastiche, Volontariato,...
Referenti dell'intervento	Referente Equità e in ogni Distretto il Direttore di Distretto (in quanto componente del gruppo di coordinamento aziendale sull'Equità)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 7

1°: Elaborazione di un profilo di salute e accesso ai servizi durante la gravidanza e in epoca perinatale

Descrizione: Strumento per migliorare la capacità di analisi, lettura monitoraggio di disuguaglianze di salute a livello del territorio AUSL Romagna

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: N

2°: Elaborazione di un Report Salute e disuguaglianze AUSL Romagna

Descrizione: Analisi dei dati di Sorveglianza PASSI nell'ottica dell'equità

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: N

3°: Avvio HEA su screening del Tumore della Cervice Uterina sul territorio AUSL Romagna

Descrizione: Applicazione di strumenti quali l'Equality Impact assesment (EquiA) o Health Equity Audit (HEA) per il miglioramento dei percorsi / servizi

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: N

- Obiettivo 2020: N

4°: Applicazione di strumento EquiA su uno o più PDTA (es PDTA K Prostata, PDTA Diabete...)

Descrizione: Applicazione di strumenti quali l'Equality Impact assesment (EquiA) o Health Equity Audit (HEA) per il miglioramento dei percorsi / servizi - (Almeno 1 EquiA per anno) o Health Equity Audit (HEA) per il miglioramento dei percorsi / servizi

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S

5°: Realizzazione di percorsi Formativi su strumenti e metodi per sviluppo dell'applicazione di strumenti EquiA/HEA

Descrizione: Organizzare Eventi formativi (di base e avanzati) a livello aziendale per fornire le competenze sugli strumenti di valutazione e contrasto alle disuguaglianze - Due percorsi formativi nel triennio (uno di base e uno avanzato)

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: N

6°: Organizzare un evento di presentazione del Profilo di Equità materno infantile

Descrizione: Organizzare Eventi formativi (di base e avanzati) a livello aziendale per fornire dati conoscitivi locali sul tema delle disuguaglianze

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: N

- Obiettivo 2020: N

7°: Realizzare un evento formativo sull'approccio alla medicina di genere

Descrizione: Organizzare Eventi formativi sul tema delle disuguaglianze in relazione alla discriminazione legata al genere

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: N

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Servizio Sociale Associato - Comune di Ravenna, Cervia e Russi e Azienda USL
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;E;

Razionale	L'evolversi della situazione economica e della strutturazione delle reti familiari, nonché la crisi delle relazioni comunitarie e dei sistemi di accoglienza hanno portato ad un ampliamento dei casi di emergenza e di urgenza. Di conseguenza, i cosiddetti servizi a bassa soglia, cioè servizi capaci di creare una rete di tutela da un lato di accoglienza, ma dall'altro di lettura scrupolosa del bisogno, diventano sempre più diffusi e devono necessariamente entrare nel sistema dei servizi. Al fine di favorire poi l'uscita da questi servizi, o verso l'autonomia oppure verso prese in carico più strutturate, sono stati attivati progetti sperimentali per l'abitare ed è stata avviata la revisione totale del regolamento per l'accesso ai servizi. Il progetto si pone inoltre l'obiettivo di garantire servizi integrati anche a bassa soglia per la definizione di percorsi accompagnati di uscita dalle dipendenze in una dimensione di lavoro e di comunità.
Descrizione	L'insieme delle azioni previste mira a: - Costruire una rete diversificata nelle tipologie e nelle stagioni di accoglienza delle emergenze - Sostenere la progettualità dei soggetti del Terzo Settore attivi nell'accoglienza - Garantire forme di trasparenza nei percorsi di accesso ai Servizi - Avviare forme innovative di accoglienza volte all'autonomia - Creare un sistema di monitoraggio diffuso dei servizi offerti - Definire un sistema di reperibilità adeguato e diffuso
Destinatari	Persone in grave emarginazione, con fragilità "multipla" e persone multiproblematiche con problemi di dipendenza.
Azioni previste	- Bando ampliamento Housing First - Bando Housing First neomaggioresni - Bando albergo sociale - Accordi di compartecipazione per progetti del Terzo Settore - Convenzioni con attività di volontariato per progetti di accoglienza - Mappa delle risorse - Documenti per la lettura del bisogno - Cartella sociale diffusa - Attività di sostegno socio-educativo ed empowerment nei confronti di persone con problemi di dipendenza

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Housing First - Dormitori e alberghi sociali - Rete delle mense - Rete degli empori - Sportelli di accoglienza - Seconda accoglienza migranti
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	-- Soggetti del terzo settore - Associazioni di Volontariato - Servizio Immigrazione - Azienda USL – U.O. Dipendenze patologiche - Co.M.E.S. Coop. Soc. O.N.L.U.S. Marradi (Fi)
Referenti dell'intervento	
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 985.000,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **985.000,00 €**

Indicatori locali: 0

Sistema di protezione rivolto a minori stranieri non accompagnati (MSNA) in un'ottica di emersione dei fenomeni di tratta e sfruttamento

Approvato

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Servizio Sociale Associato Comune di Ravenna Cervia e Russi
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	La comunità ravennate è da tempo impegnata nei progetti di accoglienza di persone provenienti da Paesi terzi sia con progetti HUB, CAS che SPRAR., potenziato altresì gli interventi previsti dal Fondo FAMI 2014- 2020 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri. La presente attività d'intervento è stata prevista nell'ambito della procedura negoziata preceduta da indagine di mercato, per l'affidamento dell'appalto di servizi relativi alla realizzazione e gestione del Progetto "Oltre la strada", in un'ottica di integrazione dell'intervento atto a garantire una maggiore qualità dei servizi erogati sul territorio e il potenziamento del Progetto "Oltre la strada" stesso. La Proposta d'intervento nasce dall'esigenza di creare un raccordo operativo tra il sistema di protezione e contrasto delle vittime di tratta, grave sfruttamento e il sistema tutela dei richiedenti/titolari di protezione internazionale/umanitaria in relazione a quanto contemplato dal decreto legislativo del 18 agosto 2015 n. 142, ivi compresa l'attivazione di percorsi integrati di tutela fra i due sistemi valutando l'iter più adeguato in base alle necessità e alla volontà della persona coinvolta, con particolare riferimento ai minori stranieri non accompagnati anche attraverso azioni sperimentali.
Descrizione	L'azione sperimentale ed innovativa è rivolta al raccordo con il sistema di protezione per i minori stranieri non accompagnati (MSNA) ponendosi come finalità l'emersione dei fenomeni di tratta e sfruttamento tra i minori stranieri non accompagnati presenti sul territorio, anche non richiedenti asilo, in un'ottica di tutela del minore e contrasto allo sfruttamento sessuale. Emerge maggiormente la necessità di creare una rete istituzionale rivolta alla definizione di un modello d'accoglienza integrato a livello territoriale, in raccordo con gli interventi di azione previsti dalle istituzioni coinvolte (Stato, Regione, Ente locale).
Destinatari	Minori appartenenti a Paesi terzi neo arrivate in Italia, con attenzione a particolari vulnerabilità .
Azioni previste	☐ Attività a sostegno dell'inclusione linguistica, culturale sociale e sanitaria; ☐ Attività a sostegno e promozione di un sistema locale di accoglienza e integrazione per minori non accompagnati e vittime di tratta in coerenza con interventi governativi. ☐ mappatura e analisi della presenza dei minori stranieri non accompagnati sul territorio, anche non richiedenti asilo; ☐ l'attivazione di colloqui conoscitivi tra il progetto territoriale anti-tratta e ogni minore inserito nel sistema MSNA, finalizzati alla valutazione ed emersione di eventuali fenomeni di tratta o sfruttamento; ☐ condivisione con operatori e operatrici del sistema MSNA di elementi e strumenti sui fenomeni della tratta, al fine di individuare possibili indicatori di tratta; ☐ Potenziamento dei percorsi formativi per i tutori volontari

	☐ Sviluppo delle azioni a sostegno di una cultura dell'accoglienza ☐ Sviluppo di progetti di mediazione ed orientati all'interculturalità
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Servizi di inclusione sociale - Servizi di mediazione scolastica - Tutela minori
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- Prefettura - Soggetti gestori - Associazioni di volontariato - Consigli di zona - Commissioni territoriali. - Ufficio Immigrazione del Comune di Ravenna e altri Servizi comunali preposti a specifiche esigenze emergenti.
Referenti dell'intervento	Dirigente Servizio Sociale Associato
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 23.600,00

- Lotta alla tratta: **23.600,00 €**

Indicatori locali: 0

Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità . Contrasto alla violenza di genere.

Approvato

Riferimento scheda regionale

14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Servizio Sociale Associato Comune di Ravenna Russi e Cervia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	La cultura delle pari opportunità è stata da sempre intesa come maggior sostegno a che ha maggiori fragilità ed ha avuto un significato che va oltre le politiche di genere. Su queste ultime, l'impegno delle tre Amministrazioni è volto ai servizi di case rifugio, di consulenza legale, ma anche all'attivazione del Registro di bi genitorialità e ai servizi per gli uomini maltrattati. Le fragilità legate ad altre differenze vengono sostenute con servizi sia domiciliari che residenziali al fine di ridurre propriamente le differenze.
Descrizione	La sensibilizzazione verso la cultura delle pari opportunità stimola percorsi e progetti soprattutto di tipo culturale che possono non solo fornire la creazione di servizi, ma creare le condizioni generali di accoglienza per ogni differenza e per ogni fragilità. L'attuale situazione, di povertà economica ed interculturalità genera infatti fragilità diverse e richieste di aiuto articolate
Destinatari	Tutti i cittadini con particolare attenzione a popolazione straniera e a persone disabili. Donne vittime di violenza, uomini autori di violenza.
Azioni previste	- Sviluppo del Registro della Bigenitorialità - Sviluppo della conoscenza del testamento biologico (o DAT) - Servizi per le donne che subiscono violenze - Servizi per uomini maltrattati - Servizi di tutela per i minori - Progetti di promozione dell'interculturalità
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Politiche sociali, educative, sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- Prefettura - Questura - Carabinieri - Associazioni di volontariato - Azienda USL della Romagna - Soggetti gestori di servizi di accoglienza - Soggetti gestori di servizi a bassa soglia
Referenti dell'intervento	Dirigente Servizio Sociale Associato

Risorse non finanziarie

Totale preventivo 2018: € 359.500,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **359.500,00 €**

Indicatori locali: 2

1°: Pari Opportunità

Descrizione: Numero Centri Antiviolenza attivi

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

2°: Violenza di Genere

Descrizione: Numero Centri per il trattamento di uomini maltrattanti

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accadimento familiare e nei servizi. Sostegno alla genitorialità

Approvato

Riferimento scheda regionale

15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accadimento familiare e nei servizi
16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Servizio Sociale Associato comune di Ravenna Russi e Cervia
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Uno degli obiettivi primari delle tre Amministrazioni è sostenere la natalità e la genitorialità sia con servizi sanitari sempre più adeguati ed accoglienti sia grazie alla presenza di servizi educativi per la prima infanzia accessibili anche per quanto riguarda il sistema tariffario e dell'accesso. Il concetto di salute passa infatti dal rapporto fra pediatri di libera scelta, pediatra di comunità e servizi per la tutela della fragilità.
Descrizione	L'obiettivo è di creare condizioni di prevenzione e di riduzione dello svantaggio socio-culturale mediante una rete sinergica di servizi, azioni e progetti nonché di sostenere una cultura della natalità, capace di infondere fiducia nelle giovani coppie verso una scelta di genitorialità. Sostenere i servizi di prevenzione di informazione alla salute deve necessariamente accompagnarsi ad un'azione culturale che passa per i Centri per le famiglie e per progetti di sostegno alle famiglie numerose e di incentivo alla scelta di un figlio.
Destinatari	Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori con attenzione a particolari vulnerabilità. Famiglie con figli piccoli, adolescenti, giovani adulti con attenzione a particolari vulnerabilità.
Azioni previste	- Kit per i nuovi nati - Azioni di concerto con i medici di libera scelta - Progetti del Centro per le famiglie - Progetto Pippi - Servizi di tutela genitori-bambino - Consulenze per la vita di coppia - Sistema di incentivi per la nascita di un figlio
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Servizi educativi - Servizi sanitari - Pediatri di libera scelta - Associazioni di volontariato - Tribunale Civile dei Minori
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- Comuni, Az UsI
Referenti dell'intervento	Dirigente Servizio Sociale Associato

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

Totale preventivo 2018: € 125.500,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **125.500,00 €**

Indicatori locali: 0

Interventi di prevenzione in ambito scolastico e comunitario.

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL Romagna - Dipartimento Sanità pubblica come coordinamento aziendale
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	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).
Descrizione	In ambito scolastico e comunitario saranno effettuati interventi socio- sanitari che promuovono stili di vita salutari prevenzione delle dipendenze, individuazione precoce dei comportamenti a rischio. Una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé è l'adolescenza. 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.). 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. 1. L'attività preventiva 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'. Elementi metodologici portanti dei progetti da sviluppare 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. Il distretto di Ravenna intende perseguire 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, ed è collegabile all'attività di supporto ai pazienti svolta dall'associazione 'SulleALIdelleMENTI'. Verrà mantenuta la collaborazione con la LILT condurrà a percorsi per la salute andrologica e l'educazione affettiva. Si è inoltre attivata da 2 anni la collaborazione con il nucleo CNAI Ravenna per percorsi che prevedono sportelli psicologici e infermieristici oltre a percorsi educazionali su alcuni temi. 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. 2. All'interno del Consultorio Familiare di Ravenna è presente il servizio Spazio Giovani aperto due giorni a settimana il mercoledì e il giovedì 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, libero 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.
Destinatari	Popolazione preadolescenziale e adolescenziale scolastica della Provincia dalle scuole materne alle secondarie di secondo grado. Famiglie. Ragazzi e ragazze con disturbi del comportamento alimentare e le loro famiglie, ragazzi e ragazze a rischio di sviluppare un DCA, Adolescenti e operatori di gruppi scout, parrocchiali, centri di aggregazione per adolescenti e qualsiasi altro ambiente comunitario frequentato dalla fascia di popolazione in considerazione
Azioni previste	1. Interventi educazionali svolti in collaborazione con le scuole. Formazione degli insegnanti. Formazione di gruppi di peer educators nelle scuole secondari di secondo grado. I progetti: Nelle Scuola dell'infanzia i progetti attivati sono Bolla i pericoli, Infanzia a colori, nelle Scuole primarie invece Infanzia a colori e nelle Scuole secondarie di primo grado i progetti realizzati sono Liberi di scegliere (fumo), Paesaggi di prevenzione (fumo.-alcol-alimentazione-attività fisica), W l'amore (educazione all'affettività). Infine per le Scuole secondarie di secondo grado i progetti implementati sono: Scuole libere dal fumo, Paesaggi di prevenzione, Tra rischio e piacere (dipendenze), Educazione all'affettività e sessualità, Verso un lavoro più sicuro, studenti in rete contro la zanzara tigre. 2. Con associazione 'SulleALIdelleMENTI' Prevenzione Disturbi del comportamento alimentare.: progetto #identità today di formazione nelle scuole (il progetto è in corso di definizione, ma comunque prevede 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); nel territorio attività: linea telefonica, gruppi di auto-aiuto genitori DCA, laboratori di Cucina in collaborazione con la Scuola di Cucina "Saperi e sapori" con sede in Darsena Pop-Up a Ravenna 3. Con Lega per la lotta contro i tumori , sezioni di Ravenna: Progetto andrologico 4. Con CNAI Ravenna: progetto la scuola che promuove salute con sportello psicologico, infermiere scolastico, percorsi educazionali e formativi. Si parteciperà alle azione del Festival della creatività. 5. 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. 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. In particolare sono previsti. - percorsi diversificati rivolti agli adolescenti, agli insegnanti, ai genitori, ai gruppi di operatori, sia nelle scuole che in altri contesti; - formazione e sensibilizzazione di promozione vs giovani, con allestimento di info-point all'interno dei luoghi di aggregazione, acquisto di materiale informativo e di profilassi, effettuazione di attività di rilevazione dati e statistiche di attività e di esito, per aggiornare il progetto alle necessità emergenti. 6. Il progetto "Sicuramente al mare" è rivolto ad un target costituito prevalentemente da adolescenti e giovani adulti che frequentano locali, feste e/o stabilimenti balneari della provincia Ravenna. Il progetto, dopo l'attivazione di un corso di formazione per volontari, prevede la realizzazione di interventi negli stabilimenti balneari ed eventi aggregativi. 7. Un altro progetto, denominato "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. Sono previsti interventi di informazione, comunicazione e formazione per favorire nei giovani l'aumento della consapevolezza e della responsabilità rispetto a: uso/abuso/dipendenza di sostanze psicoattive legali ed illegali; comportamenti a rischio (sesso non protetto guida in stato di ebbrezza); bullismo; educazione alla legalità. Inoltre il progetto si propone di 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. Altri obiettivi da perseguire sono l'integrazione fra le diverse agenzie del territorio, nella consapevolezza che questo scambio di competenze e risorse offra risposte più articolate rispetto a problematiche che sono estremamente complesse. 8. Il CSM, nell'ambito delle attività volte a aumentare le competenze di tutti gli attori che a qualche titolo incontrano gli adolescenti nel loro percorso di vita nell'intercettare situazioni ad alto rischio di sviluppo di manifestazioni psicopatologiche e/o riconoscere queste da fasi di crisi evolutiva, propone, un corso di formazione. Questo è rivolto ad operatori dello sportello delle Scuole Superiori, Consultori Giovani e operatori del DSMDP e UONPIA.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Piano Regionale della Prevenzione e relativo Piano Locale Attuativo 2015-2019.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Scuole, Comuni, Enti del Terzo Settore, Volontari, Assessorato Politiche Giovanili Ravenna, Forze dell'ordine, Confesercenti, Confartigianato, Coop, Stabilimenti balneari, Cooperativa bagnini, Cooperativa RicercAzione, Associazione Culturale YAKAR – Ravenna
Referenti dell'intervento	Cosetta Ricci, Dipartimento Sanità Pubblica in qualità di referente del setting 5 del PLA. Giovanni Greco U.O. Dipendenze Patologiche - Sede di Ravenna Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Daniela Marangoni, U.O. Centro di Salute Menta
Risorse non finanziarie	Personale AUSL di Dipartimento sanità pubblica, Consultori familiari, SerT, Neuropsichiatria infantile. Volontari e professionisti IOR, LILT, "SulleAlIdelleMENTI" Enti del terzo settore.

Totale preventivo 2018: € 267.050,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **243.700,00 €**

- Altri fondi regionali (*Fondi Regionali di parte corrente a destinazione vincolata (Progetto Sert)*): **23.350,00 €**

Indicatori locali: 26

N. classi raggiunte	Percorso Bolla i Pericoli - Promuovere nei bambini , insegnanti e genitori l'acquisizione di conoscenze e competenze in materia di incidenti domestici	Numerico	1	31/12/2017	1	1	Da definire (nuovo PRP)
N. iniziative coi genitori	Percorso Bolla i Pericoli - Promuovere nei bambini , insegnanti e genitori l'acquisizione di conoscenze e competenze in materia di incidenti domestici	Numerico	1	31/12/2017	1	1	Da definire (nuovo PRP)

N. scuole raggiunte	Percorso Infanzia a colori - Nell'ambito di un contesto scolastico che promuova comportamenti e stili di vita salutari: · sviluppare nei bambini la simbologia e l'immaginario idonei a costruire atteggiamenti di salute · condurre i bambini ad apprezzare l'aria pulita e il benessere legato a respirare in un ambiente libero da inquinanti; sensibilizzare i genitori sui danni del fumo passivo · promuovere il consumo di frutta e verdura nei bambini e nelle loro famiglie, ridurre il consumo di bevande zuccherate e gassate; sensibilizzare i genitori sui danni dell'iniziazione precoce all'alcol · conservare il bisogno naturale di muoversi del bambino e garantirgli una sufficiente quantità di movimento quotidiano	Numerico	1 scuola primaria	31/12/2017	= al 2017	= al 2017	Da definire (nuovo PRP)
---------------------	--	----------	----------------------	------------	-----------	-----------	-------------------------

N. iniziative coi genitori	Percorso Infanzia a colori - Nell'ambito di un contesto scolastico che promuova comportamenti e stili di vita salutari: · sviluppare nei bambini la simbologia e l'immaginario idonei a costruire atteggiamenti di salute · condurre i bambini ad apprezzare l'aria pulita e il benessere legato a respirare in un ambiente libero da inquinanti; sensibilizzare i genitori sui danni del fumo passivo · promuovere il consumo di frutta e verdura nei bambini e nelle loro famiglie, ridurre il consumo di bevande zuccherate e gassate; sensibilizzare i genitori sui danni dell'iniziazione precoce all'alcol · conservare il bisogno naturale di muoversi del bambino e garantirgli una sufficiente quantità di movimento quotidiano	Numerico	4 scuole dell'infanzia in 3 istituti	31/12/2017	= al 2017	= al 2017	Da definire (nuovo PRP)
----------------------------	--	----------	--	------------	-----------	-----------	-------------------------

N. classi raggiunte	Percorso scuole libere dal fumo - intervento globale per la realizzazione di una scuola libera dal fumo attraverso programmi educativi, di sensibilizzazione e l'applicazione delle norme di divieto di fumo. Con gli studenti: - scuole di 1° grado :5 attivazioni di 2 ore che con metodi attivi mirano a coinvolgere direttamente gli studenti e a farli lavorare in piccoli gruppi (gestibile dagli insegnanti preventivamente formati) - scuole di 2° grado : formazione di "peer educators" di ragazzi di classi seconda o terza con ricaduta sulle classi prime.	Numerico	43 classi primo grado 34 classi secondo grado	31/12/2017	= al 2017	= al 2017	Da definire (nuovo PRP)
---------------------	--	----------	---	------------	-----------	-----------	--------------------------

N. istituti con peer formati	Percorso scuole libere dal fumo intervento globale per la realizzazione di una scuola libera dal fumo attraverso programmi educativi, di sensibilizzazione e l'applicazione delle norme di divieto di fumo. Con gli studenti: - scuole di 1° grado :5 attivazioni di 2 ore che con metodi attivi mirano a coinvolgere direttamente gli studenti e a farli lavorare in piccoli gruppi (gestibile dagli insegnanti preventivamente formati) - scuole di 2° grado : formazione di "peer educators" di ragazzi di classi seconda o terza con ricaduta sulle classi prime.	Numerico	5 istituti con peer formati	31/12/2017	= al 2017	= al 2017	Da definire (nuovo PRP)
------------------------------	---	----------	-----------------------------------	------------	-----------	-----------	--------------------------

N. classi raggiunte	Percorso Paesaggi di Prevenzione - Promuovere il benessere personale e la salute a scuola con azioni che favoriscono sani stili di vita nelle quattro aree di Guadagnare Salute (Fumo, alcol, alimentazione e attività fisica) e l'acquisizione di competenze trasversali come autoconsapevolezza, pensiero critico, gestione delle emozioni e comunicazione efficace. La metodologia è trasversale e permette di affrontare piu' aree tematiche; si considera generalmente necessario affrontare almeno due aree specifiche (ad es.: fumo e alcol, oppure alimentazione e attività fisica, oppure alimentazione e alcol....) piu' l'area della promozione del benessere. Si adotta la metodologia della peer education nelle scuole sia secondo grado, talora con interventi dei peer anche nelle scuole di primo grado. Può comprendere il percorso sul fumo. Può comprendere la prevenzione dei DCA	Numerico	16 classi primo grado 42 classi secondo grado	31/12/2017	mantenimento	mantenimento	Da definire (nuovo PRP)
---------------------	--	----------	--	------------	--------------	--------------	-------------------------

N. istituti con peer formati	Percorso Paesaggi di Prevenzione - Promuovere il benessere personale e la salute a scuola con azioni che favoriscono sani stili di vita nelle quattro aree di Guadagnare Salute (Fumo, alcol, alimentazione e attività fisica) e l'acquisizione di competenze trasversali come autoconsapevolezza, pensiero critico, gestione delle emozioni e comunicazione efficace. La metodologia è trasversale e permette di affrontare piu' aree tematiche; si considera generalmente necessario affrontare almeno due aree specifiche (ad es.: fumo e alcol, oppure alimentazione e attività fisica, oppure alimentazione e alcol....) piu' l'area della promozione del benessere. Si adotta la metodologia della peer education nelle scuole di secondo grado, talora con interventi dei peer anche nelle scuole di primo grado. Può comprendere il percorso sul fumo. Può comprendere la prevenzione dei DCA	Numerico	7 istituti con peer formati	31/12/2017	mantenimento	mantenimento	Da definire (nuovo PRP)
------------------------------	---	----------	-----------------------------	------------	--------------	--------------	-------------------------

N. istituti raggiunti	Prevenzione DCA- Formazione specifica su una modalità di approccio alla prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) sulla base di recenti evidenze (Rapporto ISTISAN n. 13/6 - "Conferenza di Consenso sui disturbi del comportamento alimentare – DCA" (2013), Circolare Regione Emilia Romagna Formazione degli insegnanti sull'educazione ai media e sull'autostima. Nelle scuole medie superiori, può essere rivolta anche ai ragazzi peer già esperti. In collaborazione con associazione 'SulleALIdelleMENTI'" Rimodulazione del progetto a partire dal progetto sperimentale	Numerico	6 istituti secondo grado	31/12/2017	= al 2017	8 istituti	Da definire (nuovo PRP)
-----------------------	--	----------	--------------------------	------------	-----------	------------	--------------------------

N. insegnanti formati	Prevenzione DCA-Formazione specifica su una modalità di approccio alla prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) sulla base di recenti evidenze (Rapporto ISTISAN n. 13/6 - "Conferenza di Consenso sui disturbi del comportamento alimentare – DCA" (2013), Circolare Regione Emilia Romagna Formazione degli insegnanti sull'educazione ai media e sull'autostima. Nelle scuole medie superiori, può essere rivolta anche ai ragazzi peer già esperti. In collaborazione con associazione 'SulleALIdelleMENTI'" Rimodulazione del progetto a partire dal progetto sperimentale	Numerico	40 insegnanti	31/12/2017	= al 2017	80 insegnanti	Da definire (nuovo PRP)
-----------------------	---	----------	---------------	------------	-----------	---------------	--------------------------

N. classi raggiunte	Percorso tra rischio e piacere - Il percorso, destinato a studenti delle scuole secondarie di II grado, cercherà di favorire un confronto rispetto al tema delle dipendenze: sostanze psicotrope e comportamenti compulsivi problematici (gioco d'azzardo) approfondendo il tipo di rapporto che può instaurarsi fra la persona e una determinata sostanza o comportamento (uso abuso e dipendenza). Gli interventi previsti dal progetto possono prevedere un approccio informativo/conoscitivo del fenomeno oppure, partendo da un'esplorazione dei vissuti del gruppo, svilupparsi attraverso la partecipazione dei soggetti coinvolti per poter indirizzare l'intervento e favorire l'acquisizione di competenze protettive nei confronti dei comportamenti a rischio.	Numerico	50 classi	31/12/2017	= al 2017	= al 2017	Da definire (nuovo PRP)
---------------------	---	----------	-----------	------------	-----------	-----------	-------------------------

N. istituti con peer formati	Percorso tra rischio e piacere - Il percorso, destinato a studenti delle scuole secondarie di II grado, cercherà di favorire un confronto rispetto al tema delle dipendenze: sostanze psicotrope e comportamenti compulsivi problematici (gioco d'azzardo) approfondendo il tipo di rapporto che può instaurarsi fra la persona e una determinata sostanza o comportamento (uso abuso e dipendenza). Gli interventi previsti dal progetto possono prevedere un approccio informativo/conoscitivo del fenomeno oppure, partendo da un'esplorazione dei vissuti del gruppo, svilupparsi attraverso la partecipazione dei soggetti coinvolti per poter indirizzare l'intervento e favorire l'acquisizione di competenze protettive nei confronti dei comportamenti a rischio.	Numerico	7 istituti con peer formati	31/12/2017	= al 2017	= al 2017	Da definire (nuovo PRP)
------------------------------	---	----------	-----------------------------	------------	-----------	-----------	-------------------------

N. istituti raggiunti	Percorso W l'amore - Il progetto segue le indicazioni di documenti e linee guida nazionali e internazionali (OMS 2010, UNESCO 2009, Guadagnare salute in adolescenza 2010). Il progetto vuole offrire ai ragazzi e alle ragazze delle scuole secondarie di primo grado la possibilità di affrontare con gli adulti di riferimento i temi legati alla crescita, alle relazioni, all'affettività e alla sessualità. L'obiettivo è di promuovere la salute e il benessere psicologico e relazionale dei preadolescenti, per aiutarli a vivere in modo consapevole e rispettoso di sé e degli altri le proprie emozioni e relazioni, favorendo l'assertività ed il pensiero critico come base delle scelte che verranno fatte in ambito interpersonale e sessuale. Questa modalità, attiva da 3 anni in Romagna, ha mostrato di coinvolgere i ragazzi e le famiglie in modo estremamente positivo, portando anche alla realizzazione da parte dei ragazzi stessi di prodotti di comunicazione di grande freschezza e fruibilità, stimolati da un concorso regionale, che verranno messi a disposizione di tutti tramite le risorse web sito 'www.wlamore.it.						Da definire (nuovo PRP)
	Numerico	3 istituti	31/12/2017	= al 2017	= al 2017		

N. classi raggiunte	Percorsi di educazione affettiva sessuale - Aumentare la consapevolezza degli studenti in merito al fatto che la sessualità è esperienza di vita importante e positiva che presuppone la capacità di rispetto di sé e dell'altro, ma che comporta dei rischi. Per questo dovrebbe essere accompagnata da competenze cognitive, emotive, affettive e relazionali. Aumentare le conoscenze degli studenti su anatomia e fisiologia dell'apparato genitale maschile e femminile, sulla cura della propria salute sessuale, sull'inizio dell'attività sessuale, sul percorso di scelta anticoncezionale, sulla prevenzione dell'interruzione di gravidanza e delle IST. Promuovere la capacità di operare scelte a favore della propria ed altrui salute, in termini non solo di prevenzione delle malattie ma anche di rispetto fra i generi, sostenendo il confronto e la capacità di riflettere. Promuovere la conoscenza dei servizi offerti dal Consultorio Giovani, incontrando i professionisti all'interno del loro ambito lavorativo e apprendendo come si struttura un dialogo professionale.	Numerico	170 classi raggiunte	31/12/2017	= al 2017	= al 2017	Da definire (nuovo PRP)

N. istituti raggiunti	Percorso verso un lavoro più sicuro - Docenti degli Istituti ad indirizzo Costruzioni e Agricoltura e eventualmente ad altri indirizzi della scuola media superiore Formazione e approfondimenti di specifici argomenti di salute e sicurezza del lavoro diretta a docenti-formatori di sicurezza, Collaborazione alla riprogettazione congiunta Sanità-Scuola del percorso formativo Scuola-Lavoro e assistenza per la formazione di Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione svolte dagli Istituti aderenti al progetto.	Numerico	5 istituti raggiunti	31/12/2017	= al 2017	= al 2017	Da definire (nuovo PRP)
N. classi raggiunte	Progetto andrologico con LILT - Prevenzione andrologica e cultura del rispetto uomo-donna	Numerico	Non presente	31/12/2017	20	20	Da definire (nuovo PRP)
N. peer formati	Progetto andrologico con LILT - Prevenzione andrologica e cultura del rispetto uomo-donna	Numerico	Non presente	31/12/2017	2	2	Da definire (nuovo PRP)
N. classi raggiunte	Collaborazione con nucleo CNAI - Sportello psicologico. Sportello infermieristico, Percorsi formativi di pronto soccorso.	Numerico	25	31/12/2017	mantenimento	mantenimento	Da definire (nuovo PRP)

N. gruppi	Attività territoriale della associazione 'Sulle ali delle menti' - Attività linea telefonica, gruppi di auto aiuto genitori di ragazzi con DCA, laboratori di cucina con nutrizionista e psicologa (in collaborazione con la Scuola di Cucina "Saperi e Saponi" di Ravenna	Numerico	1 gruppo auto aiuto genitori di ragazzi con DCA	1 gruppo auto aiuto genitori di ragazzi con DCA	1 gruppo auto aiuto genitori di ragazzi con DCA
N. laboratori	Attività territoriale della associazione 'Sulle ali delle menti' - Attività linea telefonica, gruppi di auto aiuto genitori di ragazzi con DCA, laboratori di cucina con nutrizionista e psicologa (in collaborazione con la Scuola di Cucina "Saperi e Saponi" di Ravenna	Numerico	1 laboratorio di cucina con nutrizionista e psicologa	1 laboratorio di cucina con nutrizionista e psicologa	1 laboratorio di cucina con nutrizionista e psicologa
N. uscite	Organizzazione di interventi di prossimità attraverso il Progetto "Sicuramente al Mare"	Numerico	15	15	15
N. contatti complessivi	Organizzazione di interventi di prossimità attraverso il Progetto "Sicuramente al Mare"	Numerico	1500	1500	1500

N. incontri di formazione	Interventi di prevenzione in ambito scolastico e comunitario n. incontri di formazione e progettazione svolti da personale Sert, rivolti agli studenti peer educator N. incontri rivolti agli studenti delle classi svolti da peer educator Scuole coinvolte Classi coinvolte	Numerico	34	34	34
N. incontri rivolti a studenti	Interventi di prevenzione in ambito scolastico e comunitario N. incontri rivolti agli studenti delle classi svolti da peer educator	Numerico	38	38	38
N. scuole coinvolte	Interventi di prevenzione in ambito scolastico e comunitario n. incontri di formazione e progettazione svolti da personale Sert, rivolti agli studenti peer educator N. incontri rivolti agli studenti delle classi svolti da peer educator Scuole coinvolte	Numerico	5	5	5

N. classi coinvolte	Interventi di prevenzione in ambito scolastico e comunitario n. incontri di formazione e progettazione svolti da personale Sert, rivolti agli studenti peer educator N. incontri rivolti agli studenti delle classi svolti da peer educator Classi coinvolte	Numerico	27	27	27
---------------------	--	----------	----	----	----

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	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. 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.
Descrizione	Il piano nazionale sulla fertilità ha definito alcuni obiettivi specifici per la popolazione giovanile : • 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 • Fornire strumenti per una pianificazione familiare consapevole 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) 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...)
Destinatari	E' rivolto alla popolazione compresa fra 20 e 34 anni, uomini e donne e coppie con problemi di fertilità.
Azioni previste	Identificare uno spazio temporale ed organizzativo (giorno e luogo) all'interno del Consultorio Familiare, per la popolazione dei giovani adulti; Identificare un operatore esperto, sanitario, per l'accesso e l'accoglienza; Identificare l'équipe minima di lavoro; Allestire un'agenda dedicata per i percorsi offerti. 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;

	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 e la pianificazione familiare.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	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: 1. Case della salute e Medicina d’iniziativa; 2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata; 9. Medicina di genere; 14. Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità; 15. Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi; 16. Sostegno alla genitorialità; 25. Contrasto alla violenza di genere.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Coordinamento e sinergia con i Dipartimenti di Cure Primarie (medici di base), Dipartimento di Sanità Pubblica, Servizi Sociali, e Servizi Ospedalieri specifici
Referenti dell'intervento	Consultori Familiari
Risorse non finanziarie	Professionisti del Consultorio : ostetrica, ginecologo, psicologo, dell’ospedale medici specialisti, del dipartimento di prevenzione, assistenti sociali.

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: Numero di utenti e coppie prese in carico sul totale degli accessi

Descrizione: Numero di utenti e coppie Spazio Giovani Adulti

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 50%

- **Obiettivo 2019:** > del 2018

- **Obiettivo 2020:** > del 2019

Gioco D'Azzardo Patologico

Approvato

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

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

Razionale	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.
Descrizione	Il Piano locale prevede azioni di prevenzione, di cura e riabilitazione.
Destinatari	Cittadini, studenti ed insegnanti, personale sanitario, sociale, educativo e delle Associazioni, giocatori patologici e loro familiari, esercenti di locali con gioco d'azzardo.
Azioni previste	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.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi in collaborazione con i Comuni Associati dei Distretti interessati

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- U.O. Dipendenze Patologiche - Sede di Ravenna - Associazione dei Comuni - DTRA - ASP - Associazioni di categoria delle sale da gioco - Diocesi - Associazioni di cultura islamica - Giocatori Anonimi - Cooperativa RicercAzione - Scuole - IOR
Referenti dell'intervento	Responsabile: Dott. Giovanni Greco Dott. Vittorio Foschini Enti/Servizi: U.O. Dipendenze Patologiche - sede di Ravenna Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – Ambito di Ravenna Telefono: 0544 287252 e-mail: giovanni.greco@auslromagna.it
Risorse non finanziarie	Equipe SERT: n.2 Psicologi - n. 250 ore 1 Educatore – n. 200 ore 1 Assistente Sociale – n. 200 ore 1 Psichiatra – n. 100 ore

Totale preventivo 2018: € 162.348,00

- Programma gioco d'azzardo patologico: **162.348,00 €**

Indicatori locali: 7

1°: N. di incontri

Descrizione: Formazione del personale dei Servizi Sociali - Implementazione delle competenze e delle conoscenze per l'identificazione di situazioni a rischio e per la rapida attivazione di una rete di intervento

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** consolidamento anno 2019

2°: N. di operatori coinvolti

Descrizione: Implementazione delle competenze e delle conoscenze per l'identificazione di situazioni a rischio e per la rapida attivazione di una rete di intervento

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 30

- **Obiettivo 2019:** 60

- **Obiettivo 2020:** consolidamento anno 2019

3°: N. di incontri

Descrizione: Formazione dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta - Implementazione delle competenze e delle conoscenze per l'identificazione precoce di condizioni additive e rischiose al fine di attivare una rete di intervento specialistico

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 1 incontro MMG
- **Obiettivo 2019:** 1 incontro PLS
- **Obiettivo 2020:** consolidamento

4°: N. di medici coinvolti

Descrizione: Formazione dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta - Implementazione delle competenze e delle conoscenze per l'identificazione precoce di condizioni additive e rischiose al fine di attivare una rete di intervento specialistico

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 100 MMG
- **Obiettivo 2019:** 50 PLS
- **Obiettivo 2020:** consolidamento

5°: Sviluppo di comunicazione efficace tra gli adolescenti, in un modello peer e social

Descrizione: Diffondere conoscenze di base sull'azzardo e sul rischio additivo, in una logica comunicativa peer e social in ambito scolastico e sulla prevenzione dei rischi di dipendenza

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Formulazione materiale con peer
- **Obiettivo 2019:** Consolidamento documentazione anno 2018
- **Obiettivo 2020:** Consolidamento documentazione anno 2018

6°: Corretta gestione della connessione e della rete

Descrizione: Realizzare un percorso in grado di sensibilizzare gli studenti delle scuole medie inferiori ed i loro genitori ad un corretto uso della rete, delle connessioni e alla percezione del rischio di innescare attraverso la rete una dipendenza da gioco

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Redazione diario comportamentale genitori-ragazzi
- **Obiettivo 2019:** Consolidamento dell'esperienza 2018
- **Obiettivo 2020:** Consolidamento dell'esperienza 2018

7°: Consulenza legale

Descrizione: Coinvolgimento di Ordini Professionali e Associazioni al fine di fornire sostegno ed orientamento a persone sovra indebitate o vittime di usura

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

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

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	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. 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. 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. 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. 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. 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. Ricoveri di sollievo: supporto alla domiciliarità per la tutela della fragilità.
Descrizione	La promozione della salute e dell'autonomia delle persone si sviluppa con il contributo integrato di molteplici interventi e progetti. Tra questi si definiscono: 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; 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 informazioni sui bisogni della popolazione ultra 64enne e sulla qualità del sistema integrato di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. 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 . 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 visto 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 .
Destinatari	- interventi Attività Fisica Adattata: Persone affetti da patologie croniche di tipo osteoarticolare e neurodegenerativo in condizioni di relativa stabilità - Passi d'Argento: Campione di persone di età pari a 65 anni e oltre residenti nei Distretti di Faenza, Lugo e Ravenna - Supporto alla domiciliarità: ricoveri di sollievo nelle strutture sociosanitarie per le persone anziane in condizione di autosufficienza o di lieve non autosufficienza .
Azioni previste	Circa le azione per AFA: Sensibilizzare e formare i MMG sulla gestione dei protocolli per la prescrizione Implementare la rete delle palestre che promuovono salute per l'Attività Motoria Adattata Formazione dei Laureati in Scienze Motorie, unici operatori autorizzati a condurre i corsi Sviluppare una rete tra specialisti, MMG e Palestre PSMA, individuando la Casa della Salute come centro strategico per l'implementazione dell'intervento Promuovere i programmi presso la popolazione target 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. Il piano di campionamento prevede la selezione dei Comuni all'interno 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. Analisi retrospettiva delle richieste pervenute per ricovero di sollievo. Individuazione della percentuale di domande soddisfatte e non soddisfatte. Analisi della disponibilità di posti letto fino ad ora dedicati e del numero di posti letto necessari a rispondere alla richiesta non soddisfatta Declinazione delle modalità fino ad ora adottate per il reclutamento dei posti Pieno rispetto delle disposizioni della DGR 1206/09 e ss.mm. in ordine alle tariffazioni agevolate a carico dell'utenza .

	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.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	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 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
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	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 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
Referenti dell'intervento	Servizi Ausl e Servizi Unione dei Comuni
Risorse non finanziarie	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 N. 2 Intervistatori professionisti della società R&I s.r.l. di Carpi (MO) n. 1 operatore della AUSL della Romagna – Dipartimento di Sanità Pubblica, Ambito di Ravenna Circa i Ricoveri di sollievo sono impegnati i servizi per la Non Autosufficienza in capo all'Azienda Usl e all'Unione dei Comuni

Totale preventivo 2018: € 7.000,00

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

Indicatori locali: 3

1°: Numero Palestre che Promuovono Salute e Attività Motoria Adattata (PS AMA)

Descrizione: Nel Distretto di Ravenna attualmente sono operative quattro palestre PS AMA (due a Ravenna, una a Russi, una a Cervia)

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 4

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** >4

2°: Passi d'Argento Percentuale delle interviste effettuate

Descrizione: Numero di interviste effettuate sul totale delle interviste previste

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 100%

- **Obiettivo 2019:** Secondo indicazioni RER
- **Obiettivo 2020:** Secondo indicazioni RER

3°: Posti letto

Descrizione: n. posti letto effettivamente utilizzati per sollievo/n.posti letto totali accreditati x100

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 38% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** incremento del 10%
- **Obiettivo 2019:** incremento del 40%
- **Obiettivo 2020:** incremento del 60%

Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del FRNA- promozione sviluppo e sostegno della domiciliarità (Ricoveri di sollievo – Case Famiglia)

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Azienda USL - Comune di Ravenna Russi e Cervia
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	L'Istituzione del FRNA risale al 2007 e si poneva tra i suoi obiettivi il consolidamento dei servizi storici esistenti; la garanzia di equità di accesso ai cittadini, la garanzia della equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi, ma soprattutto lo sviluppo delle azioni di tutela e di cura in un contesto di domiciliarità. 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 nuovo welfare regionale. Allo stesso modo, sul versante della residenzialità si è assistito in questi ultimi tempi, al fiorire ed all'espandersi di un fenomeno che richiede una attenta osservazione da parte dei sistemi di Governance, poiché se lasciato a sé, sconta pericolose derive in termini di appropriatezza delle cure erogate alle persone anziane, diversamente se viene guidato, indirizzato e disciplinato, rappresenta un elemento di innovazione e di coesione tra attori del sociale ed anche una importante opportunità per la imprenditoria privata che lavora sui servizi alla persona ed alle famiglie. Si tratta del fenomeno delle cosiddette "Case Famiglia". La 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. Con una certa frequenza viene data risposta a questo problema con una offerta di residenzialità in casa famiglia. Queste strutture non richiedono autorizzazione al funzionamento ma una dichiarazione di apertura attività e vanno a colmare un bisogno assistenziale a bassa intensità caratterizzante le persone con autosufficienza lieve o medio-lieve. Queste strutture non sono assoggettabili ad autorizzazione ed operano in ambito esclusivamente privato. Rappresentando le Case Famiglia una potenziale risorsa per la comunità, è importante e strategico proporre regole che garantiscano la appropriatezza di funzionamento, così da migliorare il sistema delle garanzie in favore degli ospiti, dei familiari e del persone che vi opera all'interno.
Descrizione	La creazione di un rete coordinata ed organizzata di posti letto destinati alla residenzialità temporanea proveniente prevalentemente dal domicilio, risulta particolarmente indicata nei casi in cui le famiglie che assicurano 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 (problemi di salute del caregiver – ristrutturazione dell’abitazione per adattamento logistico) o semplicemente relazionali legate al carico oggettivo di lavoro, che può comportare la necessità di un reale periodo di riposo fisico e psicologico. Il ricovero di sollievo può essere utilizzato quale modalità di risposta in situazioni provenienti dalla rete ospedaliera , per le quali viene pronunciato un giudizio di dimissibilità , ma che necessitano di azioni di supporto mirate nei confronti della famiglia e verso l’allestimento del domicilio. La disponibilità di questa risorsa consente di offrire flessibilità al contesto della residenzialità per anziani poiché la rende funzionale all’ implementazione, sviluppo e sostenibilità della domiciliarità . Inscrivibile all’interno di un complessivo disegno di innovazione e di complessiva valorizzazione – e non già di contrapposizione – delle risorse esistenti, al pari dell’Istituto del Ricovero di sollievo, si rivela il processo di governo delle Case Famiglia attraverso la verifica degli adempimenti previsti nel regolamento già redatto dal Comune di Ravenna ed in vigore dal 2016 . Gli orientamenti e le disposizioni contenute nel disciplinare adottato, prevedono: 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. i 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. Le 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
Destinatari	Ricoveri di sollievo : Persone anziane valutate dalle UVM in condizioni di non autosufficienza a vari stadi , le cui famiglie sono temporaneamente impossibilitate a garantire continuità nel lavoro di cura a domicilio e che si rivolgono ai servizi ai fini di trovare temporanea collocazione , in forma residenziale ed economicamente agevolata , presso strutture selezionate della rete , per la persona da loro accudita ; Case Famiglia : 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; imprenditori privati del sociale
Azioni previste	Ricoveri di sollievo : Analisi retrospettiva delle richieste pervenute per ricovero di sollievo. Individuazione della percentuale di domande soddisfatte e non soddisfatte. Analisi della disponibilità di posti letto fino ad ora dedicati e del numero di posti letto necessari a rispondere alla richiesta non soddisfatta Declinazione delle modalità fino ad ora adottate per il reclutamento dei posti Implementazione di nuove modalità per la individuazione della risorsa: contingentamento della risorsa: . individuazione di “posti” dedicati”, acquisibili temporaneamente anche da strutture in cui siano compresenti posti accreditati e posti privati, con contrattualizzazione flessibile ed a termine Pieno rispetto delle disposizioni della DGR 1206 e ss.mm. in ordine alle tariffazioni agevolate a carico dell’utenza Case Famiglia: Applicazione e monitoraggio delle disposizioni previste. Istituzione di tavoli di confronto , con partecipazione di soggetti istituzionali diversi, per la valutazione a posteriori della sostenibilità del percorso e delle criticità rilevate ai fini delle eventuali modificazioni .
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Piano sanitario Regionale e relativo Piano Locale Attuativo 2015-2019.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni di Ravenna, Cervia e Russi - Distretto Sanitario di Ravenna, Cervia e Russi
Referenti dell'intervento	Per AUSL: Dr.ssa Mazzoni Roberta - Dr. Piolanti Maurizio

	Per Gestione dei Servizi Sociali Associata Dr.ssa Daniela Poggiali
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 27.389,33

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **27.389,33 €**

Indicatori locali: 4

1°: Definizione progetto per incremento posti letto di sollievo

Descrizione: Produzione di un documento contenente nuove modalità di acquisizione posti letto

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Elaborazione Progetto
- **Obiettivo 2019:** Consolidamento
- **Obiettivo 2020:** Consolidamento

2°: N. gestori che hanno avanzato UVM/n. case famiglia totali

Descrizione: N. gestori che hanno inviato richieste al SNA

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 35%
- **Obiettivo 2019:** 50%
- **Obiettivo 2020:** 50%

3°: N. anziani idonei casa famiglia/N. anziani valutati UVM x 100

Descrizione: Verifica condizioni di non autosufficienza ospiti

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 80% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 80%
- **Obiettivo 2019:** >80%
- **Obiettivo 2020:** >80%

4°: Piano dei controlli dip san.pub. validato Ufficio di Piano

Descrizione: Verifica controlli effettuati / Case famiglia totali

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 50% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 50%
- **Obiettivo 2019:** in relazione ai piani di controllo
- **Obiettivo 2020:** in relazione ai piani di controllo

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Servizio Sociale Associato Comune di Ravenna, Russi e Cervia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	La crisi economica ha portato ad una crescita notevole di cittadini che vivono in situazione di povertà e, fra di essi, sono particolarmente fragili coloro che sono divenuti “nuovi poveri” per un evento traumatico della propria vita, quale un licenziamento, un fallimento o un separazione. Dinanzi a queste nuove fragilità, anche i professionisti del sociale hanno bisogno di nuove competenze, per accompagnare chi è in stato di bisogno verso l'autonomia e l'inclusione sociale. Tutte le forme di integrazione al reddito e di avvicinamento/sperimentazione di lavoro diventano strumenti per ridare dignità alla persona e per dare strumenti per percorsi di fiducia.
Descrizione	Si tratta di una serie di strumenti attivati da normativa nazionale e/o regionale, che possono rientrare fra le risorse degli operatori sociali e che introducono alcuni principi innovativi del servizio sociale, quale la costruzione di un piano personalizzato la sua sottoscrizione da parte del cittadino fragile e la costituzione di un'equipe multi professionale.
Destinatari	Famiglie e persone in condizione di povertà secondo i criteri stabiliti dalle norme. Famiglie e persone in condizione di fragilità povertà secondo i criteri stabiliti dalle norme.
Azioni previste	- Sostenere l'attività dell'equipe multi professionale - Formare gli operatori sociali su queste risorse - Dotare gli operatori sociali di nuove competenze - Utilizzare la cartella sociale - Connettere questi interventi con azioni sociali - Creare archivi delle risorse nella comunità
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Servizi a bassa soglia - Servizi di accoglienza migranti - Sostegno economico - Politiche attive del lavoro - Formazione permanente
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- Provincia - Inps - Centri per l'impiego - Prefettura

	- Aziende
Referenti dell'intervento	Dirigente Servizio Sociale Associato
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 1.402.558,00

- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **466.000,00 €**
- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **936.558,00 €**

Indicatori locali: 0

La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Approvato

Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Servizio Sociale Associato - Comune di Ravenna, Cervia e Russi
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	Le politiche per la casa sono oggi uno degli elementi fondamentali del servizio sociale perché fa stesso parte del progetto di presa in carico. Al problema, peraltro si stanno avvicinando anche molti nuclei familiari che sono sempre stati lontani dai servizi e questo richiede nuove competenze professionali. Accanto al patrimonio di edilizia pubblica, su cui si è avviato un uso rigoroso delle nuove disposizioni regionali, sono partiti progetti sperimentali sia di condivisione di spazi abitativi, sia di sostegno a progetti di auto mutuo aiuto. Gli strumenti organizzativi avviati (tavolo sfratti, tavolo emergenze e tavolo per graduatoria flessibile) cercano di affrontare le problematiche in maniera dinamica privilegiando la gravità del problema.
Descrizione	L'insieme delle azioni progettate mira a: - Costruire una filiera trasparente dell'abitare - Definire un quadro di riferimento trasparente dell'accesso alle diverse opportunità - Differenziazione tra le opportunità per l'emergenza, la transitorietà e la soluzione definitiva - Presidiare l'attività dei Tavoli Emergenze, Decadenze e Sfratti, Mediazione - Valorizzare le risposte sussidiarie avviate nel territorio - Costruire strumenti appropriati per leggere le differenze dei bisogni e costruire risposte adeguate
Destinatari	Nuclei in condizioni di estremo disagio abitativo, ovvero senza un'abitazione e non in grado di reperirne una a canoni di mercato, ma anche i cosiddetti nuclei della "zona grigia", ovvero famiglie che hanno difficoltà a restare nel mercato, pur non presentando le caratteristiche per accedere al sistema Erp, ne sono beneficiari in primis gli inquilini, ma anche potenzialmente i nuclei iscritti nelle graduatorie
Azioni previste	- Monitoraggio decadenze e sfratti Erp - Monitoraggio supermanto limiti requisiti Erp - Procedure di affidamento Housing First - Accordi di compartecipazione progetti Terzo Settore - Sperimentazione di cohousing - Sperimentazione nei condomini Erp - Gestione delle emergenze nella politica dell'abitare - Costruzione di strumenti adeguati per la lettura del disagio abitativo - Formazione agli operatori sociali sulle diverse risorse e sulle realiste procedure d'accesso

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Housing First - Albergo sociale - Cohousing - Condominio Solidale - Servizi di accoglienza notturna - Servizi di emergenza freddo - Housing First neomaggiorenni
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- Cooperative Sociali - Soggetti del Terzo Settore - ACER - Associazioni di Volontariato - Imprenditori immobiliari
Referenti dell'intervento	Dirigente Servizio Sociale Associato
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 5

1°: Casa

Descrizione: Numero famiglie presenti nelle graduatorie comunali per accesso all'ERP

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 1194 - **Riferita al:** 31/12/2016

- **Obiettivo 2018:** 1262

- **Obiettivo 2019:** 1300

- **Obiettivo 2020:** 1300

2°: Casa

Descrizione: Mappatura e monitoraggio delle esperienze di cohousing

Tipo: S | N

Situazione di partenza: 0 - **Riferita al:** 31/12/2016

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

3°: Casa

Descrizione: Nuove assegnazioni annue

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 80 - **Riferita al:** 31/12/2016

- **Obiettivo 2018:** 100

- **Obiettivo 2019:** 100

- **Obiettivo 2020:** 100

4°: Casa

Descrizione: Sfratti eseguiti annui

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 20 - **Riferita al:** 31/12/2016

- **Obiettivo 2018:** 20

- **Obiettivo 2019:** 20

- **Obiettivo 2020:** 20

5°: Casa

Descrizione: Numero posti di HF

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 20 - **Riferita al:** 31/12/2016

- **Obiettivo 2018:** 30

- **Obiettivo 2019:** 40

- **Obiettivo 2020:** 40

Health Literacy

Approvato

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL Romagna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	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.
Descrizione	I servizi sanitari possono intervenire in due modi: - predisponendo percorsi, messaggi ed informazioni semplici e comprensibili da persone con abilità diverse e - organizzando iniziative formative per migliorare negli operatori sanitari le competenze comunicative rivolte alle persone con bassa HL.
Destinatari	Cittadini, pazienti e familiari, caregiver e professionisti del Sistema Socio Sanitario
Azioni previste	• Organizzare corsi di formazione per operatori dei servizi • 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. • Condividere con i componenti del C.C.M. le azioni di collaborazione finalizzate alla valutazione del materiale informativo a supporto delle procedure di consenso informato e del materiale documentale finalizzato alla promozione degli stili di vita. 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.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi per favorire l'equità e il contrasto alle disuguaglianze di salute e accesso ai servizi Interventi previsti dal piano Regionale della Prevenzione 2015-2018;

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Agenzia Sanitaria regionale, Ausl della Romagna, IRST Meldola
Referenti dell'intervento	Direttori di Distretto AUSL
Risorse non finanziarie	Formatori Ausl

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 2

1°: Gruppo per la promozione della Health Literacy

Descrizione: Creare un gruppo multidisciplinare per la promozione degli interventi rivolti alla promozione della Health Literacy

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: N

- Obiettivo 2020: N

2°: Predisposizione di un corso di formazione per operatori ausl

Descrizione: Progettazione del corso

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: N

- Obiettivo 2020: N

Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Approvato

Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL Romagna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;

Razionale	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. 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. Ai gruppi di auto-aiuto attivi sul territorio in tema di tossicodipendenza, alcol dipendenza, gioco d'azzardo patologico sono indirizzati pazienti e loro familiari per un sostegno di natura informale, destigmatizzante e incentivante il recupero di un ruolo sociale e relazionale
Descrizione	La programmazione, l'organizzazione e l'indirizzo degli utenti a progetti a bassa soglia, costituisce parte dei 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. 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". I modelli di Self-Help e di valorizzazione della cittadinanza competente sono patrimonio della storia del trattamento delle dipendenze. Mutualità, servizio, reciprocità, ascolto attivo, sussidiarietà sono alcuni dei principi ispiratori delle dinamiche dei gruppi di auto-aiuto attivi nelle dipendenze. 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'aiuto aiuta 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 Nell'ambito territoriale di Ravenna si è sviluppata una sempre maggiore integrazione tra servizi e realtà associative con tali caratteristiche
Destinatari	Pazienti con diagnosi di disturbo neuro cognitivo minore (MCI) o maggiore (demenza) di grado lieve o moderato ed i loro famigliari. Pazienti con condotte additive e loro familiari Utenti dei servizi di salute mentale La comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali
Azioni previste	Per il 2018 è prevista la piena copertura delle attività programmate ad inizio anno e rivolte ad un numero complessivo di circa 180-200 utenti. 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. 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...). 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, che di seguito si declinano: 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. Nonni sotto l'ombrello – cicli di incontri presso uno stabilimento balneare orientati alla stimolazione sensoriale, motoria, al confronto fra pari ed alla reminiscenza orientati a persone con deficit cognitivi moderati e ai loro famigliari. 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. Nel 2018 si apre uno sportello informativo presso gli ambulatori del SerT di Ravenna, dove mensilmente si rendono disponibili membri di Alcolisti Anonimi, AlAnon, GA, GamAnon, CAT, Comitato Cittadino Antidroga, Narcotici Anonimi, Network NPS, al fine di favorire la conoscenza dei gruppi, delle loro modalità di accoglienza e di sperimentazione della relazione, dei loro scopi e del modello ispiratore. L'accesso allo sportello è mediato dagli operatori del SerT. Per quanto riguarda gli interventi offerti dai servizi di salute mentale si prevede di attivare un gruppo di auto mutuo aiuto a cadenza settimanale e di progettare la realizzazione di un intervento formativo per la definizione di "utenti esperti".
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	In una prospettiva che faciliti l'integrazione delle persone con demenza nelle proprie comunità urbane, l'empowerment dei malati e dei loro famigliari, la ricerca di risposte di rete che facilitino l'inclusione sociale intendiamo sviluppare ed articolare i Progetti "Città amica dell'Alzheimer" attraverso l'ampliamento di momenti formativi, già realizzati lo scorso anno, ed in corso di realizzazione che coinvolgono soggetti sociali significativi : vigili urbani, forze dell'ordine, commercianti.... L'obiettivo del SerT è quello di realizzare sinergie operative tra gruppi di auto-aiuto e servizio pubblico anche in ordine a quanto previsto dai protocolli stipulati in sede regionale. Tra queste l'invio reciproco di persone con problematiche correlate a condotte additive e la realizzazione di percorsi formativi congiunti. Anche per i servizi di salute mentale, l'attività è consolidata e poggia sulle alleanze tra i Servizi Sanitari e Sociali, gli Enti Locali e le Associazioni.

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	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; Comuni e ASP – attraverso l'individuazione dei locali più idonei e la messa a disposizione di operatori formati (oss) e professionisti psicologi che coadiuvino le attività; 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. AUSL: SerT di Ravenna con il coinvolgimento di tutti gli operatori coinvolti nella cura e nell'assistenza a pazienti con condotte additive e loro familiari e il coinvolgimento di Gruppi e Associazioni.
Referenti dell'intervento	Direttore del Distretto; Direttore delle Cure Primarie; Programma di Psicologia Referente del CDCD. Responsabile del SerT di Ravenna Direttore U.O CSM
Risorse non finanziarie	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 familiari). Equipe SERT Equipe CSM

Totale preventivo 2018: € 6.000,00

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

Indicatori locali: 1

1°: Definizione programmazione e valutazione CDCD

Descrizione: Migliorare il livello di integrazione dei professionisti del CDCD

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Definizione programmazione con Ufficio di Piano

- **Obiettivo 2019:** Consolidamento

- **Obiettivo 2020:** Consolidamento

Partecipazione civile e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del Terzo Settore

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Servizio Sociale Associato - Comune di Ravenna, Cervia e Russi
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	La coprogettazione dei servizi è l'obiettivo che ci si pone come miglior integrazione dei saperi pubblici e privati, ma il percorso per giungere a questo non è facile e passa mediante progetti di compartecipazione, convenzioni e contributi. L'altra scelta fondamentale è quella di percorsi di trasparenza nell'individuazione dei soggetti del terzo settore con cui progettare i servizi e con cui leggere i bisogni del territorio. Le amministrazioni si sono anche dotate del regolamento dei beni comuni, con cui è possibile costruire forme di collaborazione anche con singoli cittadini e la cui cultura è oggi requisito fondamentale per le amministrazioni pubbliche.
Descrizione	L'insieme delle azioni previste mira a: - Costruire percorsi di co-progettazione di servizi - Programmare momenti periodici di riflessione sui bisogni sociali e sull'innovazione nei servizi - Sperimentare una maggior diffusione del servizio civile ed avviare il servizio civile universale - Sottoscrivere accordi di compartecipazione con i soggetti capaci di proporre progetti innovativi e sinergici con le politiche pubbliche - Avviare forme trasparenti per individuare soggetti del Terzo Settore come coautore del Piano di Zona annuale
Destinatari	Enti del Terzo Settore. Organismi di partecipazione e rappresentanza dei cittadini, con particolare attenzione per la componente struttura della popolazione. Alunni scuola primarie e secondarie. Adolescenti e giovani come potenziali protagonisti del servizio civile nazionale e regionale. Enti locali.
Azioni previste	- Accordi di compartecipazione per servizi integrativi alle politiche pubbliche - Accredimento locale per i socio-occupazionali mediante un percorso di coprogettazione ai servizi del codice del Terzo Settore - Avvio dell'esperienza della Palestra abitativa - Avvio del Servizio civile universale - Consolidamento dei momenti di confronto con i cittadini immigrati - Gestione Tavoli permanenti sui bisogni sociali - Avvio di bandi pubblici per la raccolta di proposte per il Piano di zona annuale - Sollecitazione accordo quadro con organizzazioni sindacali
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Welfare di Comunità e generativo - Welfare dell'aggancio

	- Progetti di Community Lab
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- Cooperative Sociali - Organizzazioni Sindacali - Circoscrizioni e quartieri - Comitati cittadini - Associazioni di volontariato - Gruppi di giovani - Centri sociali
Referenti dell'intervento	Dirigente Servizio Sociale Associato
Risorse non finanziarie	Risorse Umane: - Responsabile Ufficio Partecipazione - Servizio sociale Professionale Territoriale - Professional Servizi a bassa soglia e coordinamento sociale - Coordinamento Pianificazione

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	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. 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.
Descrizione	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 <1000 le seguenti modalità organizzative: 1) assistenza al parto di gravide a basso rischio con epoca gestionale compresa tra 37 e 42 settimane da travaglio spontaneo; 2) tagli cesarei consentiti esclusivamente in corso di travaglio o in emergenza-urgenza per impossibilità di trasferire in sicurezza la paziente; 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 >32; peso >1500; Ravenna epoca gestionale >28; peso >1000; Cesena epoca gestionale >25; peso >750; Rimini epoca gestionale >23; peso >500). 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.
Destinatari	Donne in gravidanza e le loro famiglie
Azioni previste	Adeguamento delle strutture Hub e Spoke alle nuove modalità organizzative, con particolare attenzione al mantenimento delle competenze professionali.

	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. Presa in carico delle donne dopo il parto a sostegno dell'allattamento e delle problematiche psicosociali.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl Romagna
Referenti dell'intervento	Medici ed ostetriche UU.OO Ostetricia e Consultori familiari
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 3

1°: Percentuale di tagli cesarei nella classe 1 di Robson

Descrizione: n° tagli cesarei classe 1 Robson/n° parti totali

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** obiettivo per Hub < 9.4%; per Spoke < 7.8%
- **Obiettivo 2019:** obiettivo per Hub e Spoke < anno 2018
- **Obiettivo 2020:** obiettivo per Hub e Spoke < anno 2019

2°: Monitoraggio applicazione protocolli STAM e STEN attivati

Descrizione: Audit semestrali

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 2 audit/anno
- **Obiettivo 2019:** 2 audit/anno
- **Obiettivo 2020:** 2 audit/anno

3°: % di donne che eseguono almeno una visita in consultorio nel post parto

Descrizione: donne residenti che eseguono almeno una visita nel post parto / nati vivi residenti

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 50%
- **Obiettivo 2019:** >50%
- **Obiettivo 2020:** > anno 2019

Miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri programmati nel territorio della AUSL della Romagna

Approvato

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

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

Razionale	1) Specialistica ambulatoriale: Le liste di attesa rappresentano un elemento ove è particolarmente attiva l'attenzione dei cittadini ed è altrettanto elevato 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: - 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; - 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); - inefficienze organizzative del sistema di offerta. 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
Descrizione	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 ulteriore più precise indicazioni e/o obiettivi. 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: - un monitoraggio costante sulla gestione delle Liste di Attesa - la definizione dei criteri di assegnazione delle classi di priorità per ogni tipologia di intervento - l'adozione di strumenti di comunicazione ai pazienti
Destinatari	Tutta la popolazione

Azioni previste	1) Specialistica ambulatoriale: - Completamento del processo di realizzazione della procedura informatica che consenta di disporre di un CUP unificato romagnolo, fruibile tramite le modalità sportelli CUP, FArmacup, Cuptel, Cupweb - 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; - 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 l' 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; - 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; - 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. - 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; - 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); - 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; - 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; - Completamento informatico degli strumenti informatici utili alla gestione del percorso sanzionatorio in caso di mancata disdetta 2) Ricoveri programmati - 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; - Implementazione dell'informatizzazione del sistema di monitoraggio delle Liste di Attesa su tutti gli ambiti aziendali, utilizzando un unico programma; - centralizzazione della pre-ospedalizzazione in tutti i presidi aziendali; - aumento dei volumi di attività programmando sedute operatorie in SIMIL-ALPI; - attuazione piano di committenza verso il privato accreditato; - predisposizione di strumenti informativi per i pazienti;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Sviluppo case della salute ICT
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Sono coinvolti nel monitoraggio stato di avanzamento delle azioni:

	- Enti locali nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e sanitaria ed i comitati di distretto per gli aspetti di valenza e/o peculiarità di valenza locale - Le parti sociali - Le rappresentanze dei cittadini nell'ambito del Comitato Consultivo dell'AUSL Romagna e delle relative sottoarticolazioni distrettuali e/o provinciali
Referenti dell'intervento	- Responsabile dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (RUA), di valenza aziendale - Responsabile dell'accesso ai ricoveri programmati (RUA) di valenza aziendale
Risorse non finanziarie	1) specialistica ambulatoriale 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).... 2) ricoveri programmati -personale sanitario (medici ed infermieri) e tecnico-informatico dell'Ausl della Romagna - Gruppo di Lavoro locale SIGLA (medici di Direzione Medica di P.O., coordinatori infermieristici, referente tecnico-informatico aziendale) - Board chirurgico e Dipartimenti chirurgici a cui partecipano i Direttori di U.O., Direttori medici di Presidio

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Miglioramento dell'accesso dei percorsi in emergenza-urgenza

Approvato

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

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

Razionale	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.
Descrizione	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.
Destinatari	Pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso il volontariato.
Azioni previste	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. 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: ☐ Attivazione di percorsi per le urgenze (U) con accesso diretto agli specialisti su invio del MMG per quadri clinici predefiniti ☐ Attivazione di percorsi per ricoveri urgenti "non da PS" che garantiscano tempestività ed appropriatezza nell'accesso al ricovero per pazienti valutati ambulatorialmente ☐ 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.

	2 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, fine vita, ecc.) 2 Definizione di modalità che favoriscano la possibilità di dimissione dalle UUOO di degenza verso i contesti domiciliari o socio-sanitari 2 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 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 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. 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
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Schda n 32 Scheda 1 Scheda 25
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Associazioni di volontariato, MMG, Case della Salute e servizi sociali
Referenti dell'intervento	Direttore Sanitario Direttore Dipartimento Emergenza
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 3

1°: Sistema informatico aziendale

Descrizione: Implementazione Sistema informatico aziendale

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Implementazione ambito di Ravenna e Rimini
- **Obiettivo 2019:** Implementazione ambito di Forlì Cesena
- **Obiettivo 2020:** Consolidamento

2°: Nedocs

Descrizione: Implementazione rilevazione NEDOCS a livello aziendale

Tipo: S | N

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

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

3°: Percorsi di accesso per visita specialistica

Descrizione: Definizione dei percorsi di visita specialistica concordati con il tavolo dei MMG

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Definizione percorsi
- **Obiettivo 2019:** Implementazione
- **Obiettivo 2020:** Consolidamento

Consolidamento e sviluppo servizi sociali territoriali

Approvato

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Servizio Sociale Associato - Comune di Ravenna, Cervia e Russi
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;B;C;D;E;

Razionale	La normativa nazionale e regionale nonché l'evolversi del sistema di governance delle pubbliche amministrazioni ha portato alla necessità e alla opportunità di valutare forme di gestione associata valide per territori più allargati, ponendosi come obiettivo minimo l'ambito distrettuale. All'interno di questo, la scelta di investire sul personale dipendente di ruolo vuol rappresentare una strategia di valorizzazione delle risorse umane nei progetti di cura e di relazione. La struttura della gestione sociale associata mira nel triennio alla costruzione di una struttura organizzativa capace di creare risposte sempre più vicine a chi esprime il bisogno, ma con il valore aggiunto di una gestione manageriale.
Descrizione	L'insieme delle azioni previste mira a: - Avere una dotazione organica adeguata alle normative regionali - Costruire un quadro coerente tra servizio territoriale e servizi di coordinamento - Definire momenti strutturati di integrazione sociale e sanitaria - Specializzare lo Sportello Sociale nell'accoglienza del bisogno - Differenziare il momento dello sportello da quello della presa in carico - Consolidare il percorso di semplificazione e formazione con l'Università di Bologna - Collegare in modo strutturato accesso allo Sportello Sociale e Cartella Sociale
Destinatari	I cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità che devono poter beneficiare di un servizio sociale territoriale diffuso rapidamente nel 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 ai servizi
Azioni previste	- Piano del fabbisogno pluriennale - Piano formativo e progetto di semplificazione - Piano organizzativo tra sportello e presa in carico - Modello organizzativo sull'attuazione dei Servizi - Modelli organizzativi di UVM, UVG e Gruppo Tecnico Minori - Ampliare gli orari di apertura degli sportelli - Costruire modelli integrati socio-sanitari - Piano di rete tra sportelli sociali e sportelli specialistici - Sperimentazione di accoglienza sociale nelle Case della Salute

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Welfare dell'aggancio - Progetto Community Lab - Case della Salute - Decentramento e quartiere - Seconda accoglienza migranti
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	- Azienda Sanitaria - Soggetti del Terzo Settore - Circoscrizioni e quartieri - Associazioni di Volontariato - Ordini professionali - Università e Istituti di formazione
Referenti dell'intervento	
Risorse non finanziarie	Risorse Umane: - Servizio Sociale professionale - Medici e Infermieri - Coordinamento sociale e Professional - Responsabili Territoriali

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: Servizio sociale territoriale

Descrizione: Rilevazione della dotazione organica del servizio sociale territoriale

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 41 assistenti sociali di ruolo ASP + 2 assistenti di ruolo Cervia - **Riferita al:** 31/12/2016

- **Obiettivo 2018:** 47

- **Obiettivo 2019:** 48

- **Obiettivo 2020:** 49

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Azienda USL della Romagna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	La regione Emilia Romagna nel 2014 con la delibera 1102 si pone l'obiettivo di fornire agli Enti locali e alle USL indicazioni in merito all'individuazione dei " casi complessi" ovvero quelle situazioni nelle quali al bisogno primario e fondamentale di tutela si aggiungono ulteriori situazioni di criticità individuate in 1) disabilità accertata 2) problematiche di natura psicopatologica severa 3) situazioni di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita. Oltre a garantire una ripartizione al 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 legge alla garanzia della tutela dei minori e quelli impegnati nell'individuazione e nella cura della salute psicologica in età evolutiva. 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.
Descrizione	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 infatti garantisce un intervento multi professionale sociale e sanitario in grado di dare adeguate risposte sia ai bisogni basilari in termini di tutela che di garantire una risposta qualificata in termini di salute psicologica. A questo aspetto va aggiunto un dato prettamente locale e legato alla necessità di superare quelle differenze che storicamente caratterizzano i tre distretti della provincia (Ravenna, Faenza e Lugo) ciascuno dei quali nel tempo, favorito anche dal confronto con realtà locali diverse ed articolate, ha sviluppato modalità originali di confronto con l'ente locale per la gestione dei casi che necessitano di una presa in carico multi professionale.
Destinatari	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.
Azioni previste	1)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. In virtù delle specifiche territoriali sopra riportate ciascuno dei tre distretti dovrà rivedere le prassi ormai consolidate negli anni per arrivare alla definizione di percorsi omogenei che, a loro volta, siano sintonici con quanto avviene negli altri ambiti aziendali.

	Allo scopo di favorire questa azione di omogeneizzazione la direzione aziendale ha disposto l'individuazione di uno psicologo unico per i tre distretti che dovrebbe in qualche modo garantire e supervisionare l'andamento di questi percorsi. A Ravenna dove già è attivo settimanalmente un gruppo multi professionale che definisce la corretta attribuzione dei casi rispetto ai parametri previsti dalla DGR 1102/14 e la gestione dei casi stessi dovrà iniziare a confrontarsi con questo nuovo ruolo "superpartes". 2) Nell'ambito delle azioni di miglioramento volte alla qualificazione del sistema di accoglienza e cura dei bambini è nata l'esperienza di Casa Augusta uno spazio dedicato agli interventi abilitativi rivolti ai bambini con diagnosi di Disturbo Pervasivo di Sviluppo nella fascia di età 7/17 anni. L'esperienza proposta e stimolata dall'associazione ANGSA e sostenuta dalla Fondazione Pini di Bologna prevede nel corso dell'anno attività di gruppo volte a favorire lo sviluppo delle autonomie e delle abilità sociali in integrazione con quanto proposto dall'Azienda USL per questa tipologia di pazienti. 3) Ai bambini della Scuola Primaria si rivolge invece il progetto "A Scuola di Parole" in collaborazione con l'Associazione "Dalla parte dei minori" e con alcuni Istituti Comprensivi di Ravenna con l'obiettivo di identificare precoci segnali di difficoltà nell'ambito dell'apprendimento e di proporre attività di potenziamento per gli alunni e di formazione per le insegnanti nel primo ciclo della scuola primaria. 4) Ai bambini di età 10-12 anni e ai ragazzi con età 16-20 anni si rivolge il progetto promosso dalle Associazioni "AIPD" e "Per un solidarietà Intrapresa" che in integrazione con la U.O NPIA e il Centro di Salute Mentale vuole promuovere nell'ambito dei programmi di educazione all'autonomia i gruppi psico-educativi condotti da personale esperto e qualificato che, attraverso setting abilitativi strutturati, funzionali all'apprendimento dei abilità sociali e di comportamenti adattivi, consentono di fare leva sul cooperative learning e sul problem solving collaborativo.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda USL, Servizi Sociali, Istituzioni scolastiche, Cooperative sociali, associazioni di volontariato
Referenti dell'intervento	Direttore U.O NPIA Dr.ssa Valeria Savoia
Risorse non finanziarie	Personale USL (psicologi e NPI) e dei Servizi Sociali

Totale preventivo 2018: € 327.379,35

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **18.000,00 €**
- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **309.379,35 €**

Indicatori locali: 1

1°: Monitoraggio dei progetti concordati in integrazione con le Associazioni

Descrizione: Condivisione della progettualità e del set di indicatori

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Realizzazione dei progetti anno 2018 e misurazione degli obiettivi
- **Obiettivo 2019:** Monitoraggio
- **Obiettivo 2020:** Monitoraggio

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	
Descrizione	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
Destinatari	I minori tra 0 e 16 anni e le loro famiglie
Azioni previste	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 antivaricella (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. 2. Implementazione nuove vaccinazioni degli adulti: dal 2017 è stata introdotta la vaccinazione contro lo pneumococco della coorte 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 antidiftotetanica 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. 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 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 Ambito territoriale - esperti di chiara fama della tematica vaccinale e delle sue implicazioni comunicative - uno o più rappresentanti dei Comuni designati dalla CTSS - uno o più rappresentanti degli Ordini dei Medici La Commissione avrà una serie di compiti precisi: 1. elaborare strategie efficaci per migliorare le coperture; 2. fornire indicazioni per raggiungere gli obiettivi indicati dal Piano nazionale della Prevenzione vaccinale e dal Piano regionale della Prevenzione 2015-2018; 3. formulare proposte per l'avvio di campagne di comunicazione destinate a target specifici; 4. monitorare l'andamento delle coperture vaccinali e svolgere attività di ricerca per comprendere le ragioni della disaffezione dalle vaccinazioni e individuare soluzioni; 5. curare la manutenzione e l'aggiornamento del sito web aziendale dedicato ai vaccini.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni, Uffici scolastici provinciali
Referenti dell'intervento	Direttore DSP, Direttori Igiene e Sanità pubblica, Direttori Pediatria di comunità
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 7

1°: Copertura vaccinale al 24° mese per le vaccinazioni obbligatorie

Descrizione: N° soggetti residenti di 24 mesi vaccinati per tutte le vacc. Obbligatorie/ N° soggetti di 24 mesi residenti

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 95%
- **Obiettivo 2019:** >95%
- **Obiettivo 2020:** >95%

2°: Copertura vaccinale per la vaccinazione antimeningococco B al 1° anno

Descrizione: N° soggetti residenti di 12 mesi vaccinati per meningococco B/ N° soggetti di 12 mesi residenti

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 75%
- **Obiettivo 2019:** 80%
- **Obiettivo 2020:** 80%

3°: copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle femmine 12enni

Descrizione: N° ragazze 12enni vaccinate contro HPV/N° ragazze 12 enni

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 75%
- **Obiettivo 2019:** 75%

- **Obiettivo 2020:** 75%

4°: copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV dei maschi 12enni

Descrizione: N° ragazzi 12enni vaccinati contro HPV/N° ragazzi 12 enni

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 60%

- **Obiettivo 2019:** 60%

- **Obiettivo 2020:** 60%

5°: copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni

Descrizione: N° soggetti residenti > o= 65 anni vaccinati per antiinfluenzale/ N° soggetti > o= 65 anni residenti

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 75%

- **Obiettivo 2019:** 75%

- **Obiettivo 2020:** 75%

6°: copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni

Descrizione: N° soggetti residenti di età = 65 anni vaccinati per antipneumococco/ N° soggetti di 65 anni residenti

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 55%

- **Obiettivo 2019:** 55%

- **Obiettivo 2020:** 55%

7°: Invito R/R alla vaccinazione degli inadempienti

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 80%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
2	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	2	31/12/2017	4	6	6	
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						Obiettivo non attuabile per l'anno 2017, per gli anni successivi si valuterà in relazione all'attivazione dell'ospedale di comunità presso il Distretto di Ravenna
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						Obiettivo non attuabile per l'anno 2017, per gli anni successivi si valuterà in relazione all'attivazione dell'ospedale di comunità presso il Distretto di Ravenna
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	Azienda USL risorse finanziarie, spazi, attrezzature e personale. Enti Locali risorse finanziarie e personale.	31/12/2017	Azienda USL risorse finanziarie, spazi, attrezzature e personale. Enti Locali risorse finanziarie e personale.	Azienda USL risorse finanziarie, spazi, attrezzature e personale. Enti Locali risorse finanziarie e personale.	Azienda USL risorse finanziarie, spazi, attrezzature e personale. Enti Locali risorse finanziarie e personale.	
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	N	31/12/2017	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
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	0	31/12/2016	S	S	S	
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	10	31/12/2016	20	20	20	
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	5	31/12/2016	15	15	15	
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	31/12/2016	1	1	1	
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2016	1	1	1	
12	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	Numerico	0	31/12/2016	2	5	5	
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	31/12/2016	5	5	5	
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	8	10	10	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
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	2	5	5	
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	8	10	10	
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	4	31/12/2016	S	S	S	
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	0	31/12/2017	0	1	1	
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	232	31/12/2017	250	270	270	
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	2	31/12/2017	S	S	N	
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	2	31/12/2017	S	S	N	
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	2	31/12/2017	2	2	2	
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	Progetto realizzato sul solo territorio di Cervia (250)	31/12/2016	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
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	
25	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico	0	31/12/2017	10%	10%	10%	
26	16 Sostegno alla genitorialità	Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S N	Progetti non condivisi a livello distrettuale	31/12/2016	S	S	S	
27	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S N	S	31/12/2017	N	S	S	
28	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento distrettuale del “Progetto adolescenza”	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del “Progetto adolescenza”	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
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	2	31/12/2017	2	2	2	
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	0	1	1	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
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	S	31/12/2017	S	S	S	
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	1	1	
33	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	Nessun progetto innovativo	31/12/2017	Progetto di rete finalizzato ad un maggior coordinamento degli attuali interventi attraverso l'istituzione di figure di riferimento sia di progetto che di quartiere.	Consolidamento	Consolidamento	
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	0	31/12/2016	7	7	7	Nel 2020 7 se rifinanziato
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	31/12/2016	7	7	7	
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	105	31/12/2016	300	400	400	
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	72	31/12/2016	S	S	S	
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	N	31/12/2017	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
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			45	45	45	si tratta di un progetto aziendale e non distrettuale.
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			45	45	45	si tratta di un progetto aziendale e non distrettuale.
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			3	3	3	si tratta di un progetto aziendale e non distrettuale.
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			S	S	S	
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			S	S	S	
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			S	S	S	
45	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	3	31/12/2017	3	3	3	
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			196	230	250	
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			100	150	200	
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	60	31/12/2017	60	60	60	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
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			5 cicli 19 incontri	5 cicli 21 incontri	5 cicli 21 incontri	
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			Avvio ricognizione distrettuale	Completamento mappatura	Consolidamento	
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	10	31/12/2016	12	13	13	
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	40	31/12/2016	S	S	S	
53	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
54	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1	
55	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Testuale				Violenza di genere		
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	ASP multiservizi per Ravenna e Russi e gestione diretta Cervia	31/12/2016	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
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	S	31/12/2017	S	S	S	
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	50	31/12/2017	50	55	55	

SEZIONE SPECIALE – LOTTA ALLA POVERTÀ

Introduzione

La sezione povertà, parte integrante del Piano triennale per la Salute e il Benessere Sociale 2018-2020, come da indicazione del Piano Povertà Nazionale, riporta la definizione del rafforzamento, su base triennale, del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà e all'esclusione (art. 7 Dlgs 147/17) finanziabili attraverso la quota del Fondo Povertà, nonché la sintesi delle azioni programmatiche, strategiche ed organizzative in materia di povertà riferiti all'ambito distrettuale. E' approvata contestualmente al Piano per la salute e il benessere sociale. La programmazione attuativa di tale sezione, comprensiva delle risorse, avverrà attraverso apposita e 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 indicativa per il Distretto di Lugo alle risorse nazionali è di Euro 938.907,82). 1.

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

1. **costruzione di un sistema trasparente per il riconoscimento della residenza anagrafica:** al fine di assicurare i diritti minimi alla salute, il quadro di riconoscimento della residenza anagrafica deve essere una risorsa ed un'opportunità chiara da un lato ai cittadini e dall'altro agli operatori. Alla luce della specificità della materia, l'orientamento è un unico interlocutore dei servizi sociali e sanitari che dialoga con i servizi anagrafici;
2. **sperimentazione sull'abitare con progetti di Housing First, di cohousing e di condominio solidale:** avviare sperimentazioni innovative sulla fragilità abitative anche a carattere temporaneo per giungere ad una propria autonomia. Anche la cosiddetta "casa popolare" deve sempre più essere vista come bene comune di cui si ha un godimento temporaneo, che può e deve modificarsi al modificarsi della condizioni;
3. **fondi PON Inclusione destinati al sostegno materiale:** obiettivo è dotare i servizi di prima accoglienza di attrezzature adeguate e belle, nella convinzione che avere gli spazi dei servizi a base soglia siano luoghi di benessere e dobbiamo pertanto accompagnare chi vive lì verso situazioni di gradevolezza complessiva;
4. **fondi per l'inclusione destinati ad operatori per l'accompagnamento delle fragilità legate alla condizione di povertà:** la scelta innovativa per il Distretto di Ravenna è di avere nei poli figure di educatori che interagiscono con gli assistenti sociali nella costruzione e nella gestione dei progetti di presa in carico con strumenti peculiari della loro professione
5. **rete degli empori solidali a sostegno dell'autonomia:** avviare forme di coordinamento fra i soggetti che operano che operano nella messa a disposizione di alimenti è condizione indispensabile per avere appropriatezza degli interventi ed equità rispetto al bisogno;
6. **rete delle mense a sostegno del diritto al cibo, nonché di recupero alimentare e lotta allo spreco:** il disegno è, pur nel rispetto totale dell'autonomia di ogni singolo soggetto, creare alcune linee guida comuni di collaborazione con il servizio pubblico e di definire con ognuno di essi standards misurabili di collaborazione;
7. **progetti di welfare comunitario capace di agganciare le fragilità in modo diffuso:** volontà strategica è di coinvolgere le diverse componenti della comunità nella costruzione di condizioni di benessere e di far comprendere che la fragilità è un problema di ogni cittadino
8. **progettualità di RES/REI inserita nei progetti di presa in carico:** occorre la capacità di valorizzare tutte le risorse attivabili nel progetto di presa in carico, con particolare riferimento alle opportunità di RES/REI che lavorano sull'inclusione sociale;
9. **responsabilizzazione dei soggetti gestori di servizi pubblici quali protagonisti del sistema di welfare:** la scelta strategica è riconoscere ad ogni soggetto, pubblico e privato, strutturato o volontario, coinvolto nella gestione di un servizio a valenza pubblica, un ruolo

nella rete dei servizi, affinché questo possa determinare un valore politico, cioè di lavoro per il bene della città e della comunità.

B) Punti di accesso e sportelli sociali

Con riferimento ai punti di accesso per le procedure del riconoscimento del REI/RES, in ogni Comune del Distretto è garantito almeno un punto di accesso. In particolare, per il Comune di Ravenna, vista la vasta articolazione territoriale, sono previsti 13 punti di accesso, a cui vanno aggiunti lo sportello di Cervia e quello di Russi per un totale di 15 sportelli. Gli sportelli, congiuntamente al SST, costituiscono il punto di accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie ed assolvono alla funzione di informazione e primo accesso. L'apertura è prevista per un numero minimo di 20 ore settimanali per ciascuna area territoriale (per un totale di 5 Aree Territoriali). E' pertanto presente uno sportello ogni circa 1350 abitanti. Il Servizio Sociale Territoriale del Distretto di Ravenna è gestito su base associata. La dotazione è di 45 assistenti sociali impiegati a tempo indeterminato. Il parametro pertanto è di 1 assistente sociale ogni 4.440 abitanti, migliorativo quindi del criterio posto come livello essenziale sia dalla normativa regionale che nazionale (1/5.000 ab.). Sebbene il parametro minimo sia abbondantemente soddisfatto si ritiene di procedere al rafforzamento del servizio sociale territoriale si è scelto di rafforzare tale funzione attraverso l'assunzione a tempo determinato di n. 6 educatori, con funzione di supporto alle assistenti sociali

C) Costruzione di progetti sociali e socio sanitari individualizzati attraverso la valutazione multidimensionale

Tale metodo di lavoro è adottato sia per la costruzione di progetti di carattere socio-assistenziale, attraverso il Servizio Sociale Territoriale, sia per i casi complessi attraverso equipe multidisciplinari a composizione variabile in base ai bisogni del nucleo o del singolo. Il progetto personalizzato si articola attraverso obiettivi, sostegni da attivare a supporto del percorso (anche in collaborazione con il terzo settore), impegni assunti dal nucleo beneficiario del REI/RES, step di monitoraggio. L'adesione al progetto costituisce l'elemento condizionale all'erogazione del beneficio economico. La stesura del progetto personalizzato è effettuata dall'equipe multidisciplinare che dispone le risposte da attivare per intraprendere un percorso finalizzato alla autonomia del nucleo o del singolo. I sostegni da attivare sono così riassumibili:

- - tirocini finalizzati all'inclusione sociale, alla autonomia e alla riabilitazione
- - sostegno socio-educativo domiciliare e territoriale, incluso l'accompagnamento nella gestione delle spese
- - assistenza domiciliare SAD 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 nel distretto e fruibili da tutti i cittadini su progettazione sociale.

D) Interventi e servizi in favore di persone di povertà estrema

Questa tipologia di intervento, ancor più di altre, necessita la garanzia di uno stretto raccordo con i soggetti del privato sociale, di un sistema integrato di servizi e di un'azione che sappia coniugare la risposta a bisogni primari con la capacità di ascolto e presa in carico nonché di investimento sulle capacità residue della persona. Gli obiettivi prioritari indicati dal Piano sono i seguenti: riqualificazione degli interventi a bassa soglia, aggancio ed accompagnamento al sistema dei servizi, consolidamento ed ampliamento dei percorsi di autonomia abitativa con particolare riferimento all'Housing First ed al cohousing sociale, con particolare riferimento ai neodiciottenni; valorizzazione e potenziamento del lavoro di comunità; accompagnamento e sostegno all'acquisizione della residenza anagrafica. Si prevede di costituire un fondo distrettuale per sostenere percorsi di accompagnamento all'autonomia di persone residenti nei Comuni del Distretto di Ravenna ma domiciliati in alloggi di emergenza o temporanei, con attivazione di formule di cohousing, housing-first, accompagnamento per l'autonomia abitativa anche con contributi economici diretti per il pagamento dei canoni di ingresso, allacci utenze, ecc. Il fondo

potrà garantire percorsi di autonomia per persone o nuclei familiari in uscita da percorsi di protezione o cura quali neo maggiorenni in uscita da comunità educative, mamme con bambini, padri separati, persone con disagio mentale, vittime di violenza, ecc.).

E) Sintesi delle scelte previste e finanziate tramite l'Avviso 3 PON FSE

Con il Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione", approvato con la Decisione CE C (2014) 10130 del 17 dicembre 2014, a titolarità del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, nell'ambito della programmazione 2014-2020 relativa al FSE (Fondo Sociale Europeo), Il Distretto di Ravenna nel 2016 ha avuto accesso ad un finanziamento pari a 466.713,00 euro, finalizzati alla sperimentazione nei territori di una misura nazionale di contrasto alla povertà assoluta (SIA/REI). Considerato le linee di finanziamento a cui afferisce il fondo PON, le risorse sono state programmate e impegnate così come segue : assunzione di n. 6 educatori professionali a tempo determinato, di supporto alle assistenti sociali territoriali e per il rafforzamento del servizio sociale professionale al fine di supportare la creazione delle equipe multidisciplinari per la presa in carico. L'impiego delle risorse è regolarmente monitorato e rendicontato secondo i tempi e le modalità dettate dall'Autorità di Gestione del PON Inclusione presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Ultimo step rendicontato 31.03.2018. 3. Sintesi del Piano Integrato Territoriale dei servizi pubblici , del lavoro, sociali e sanitari, ai sensi della L.R 14/2015 Vedi Piano Integrato Territoriale riportato in allegato 4. Organizzazione del Servizio Sociale Territoriale Il Servizio Sociale Territoriale dell'Unione dei Comuni della

F) Il Piano integrato territoriale dei servizi pubblici, del lavoro, sociali e sanitari, ai sensi della L.R. 14/2015

PIANO INTEGRATO TERRITORIALE (L.R.14/2015)

Ambito Distrettuale di: Ravenna

Periodo di riferimento: 2018 - 2020

Obiettivi		
In riferimento alla Legge Regionale 14/2015 e alle “Linee di programmazione integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociale e sanitario” approvate con DGR 1229/2016, tenuto conto delle caratteristiche del territorio e del periodo di attuazione del piano, indicare i volumi di utenza previsti e le principali relative criticità.		
La situazione dell'occupazione delle persone fragili e vulnerabili in cerca di lavoro nell'ambito distrettuale di Ravenna e in generale in provincia di Ravenna appare particolarmente critica in quanto la crisi economica ha aggravato la condizione di marginalità di numerosi nuclei familiari acuendone la distanza dal sistema produttivo e introducendo dinamiche di dipendenza dal sistema pubblico di sostegno. Peraltro, anche la protezione riconosciuta dalla legge alle persone con gravi problemi di salute (l. 68/99) non è sufficiente a garantire a tutti i disabili una collocazione dal momento che circa 1/10 delle persone disabili iscritte agli appositi elenchi riescono ad ottenere un'occupazione anche temporanea nel corso dell'anno. A maggior ragione la situazione si presenta difficilissima per l'insieme di persone disoccupate non disabili ma con problematiche di tipo sociale o sanitario che non possono contare su particolari protezioni normative e restano cronicamente escluse dall'accesso all'impiego.		
Dal monitoraggio 2017 delle attività dei Centri per l'impiego e del collocamento mirato emerge:		
	Servizi ordinari	Servizi di collocamento mirato

Distretto di	Flusso DID	N° Patti di servizio stipulati	Flusso iscrizioni/reiscrizioni	N° Patti di servizio stipulati
Ravenna	4545	7695	317	737

Le persone disabili iscritte agli elenchi della legge 68/99 sono circa 3250 a livello provinciale e pari a circa 1500 per il distretto di Ravenna. Non essendo disponibile una raccolta di informazioni che censisca l'insieme delle persone portatrici di fragilità e vulnerabilità, sulla base dell'esperienza operativa di questi anni, esso è stimabile in una cifra sostanzialmente analoga a quella della popolazione disabile.

Posto però che lo spirito della L.R.14/2015 è quello di concentrare gli interventi integrati sulle persone che per l'insieme delle condizioni personali e di contesto hanno verosimili possibilità di entrare in tempi medi nel mercato del lavoro, si stima che solo la metà di questo universo abbia i requisiti minimi in termini di risorse personali e sociali per giungere, attraverso le opportune misure di sostegno, ad accedere ad un lavoro.

Ciò premesso, è comunque evidente come, tenendo conto:

- a) delle risorse umane ed economiche disponibili,
- b) dell'esperienza maturata nel corso dell'avvio della prima annualità 2017;

Gli obiettivi triennali perseguibili sono pertanto:

1. La promozione di percorsi di autonomia e conseguente diminuzione della dipendenza dal sistema dei servizi socio-sanitari, che possano stimolare responsabilizzazione e crescita personale dei singoli destinatari;
2. Lo sviluppo di una rete territoriale integrata che possa rispondere in maniera flessibile e individualizzata ai bisogni delle persone.

Tali obiettivi sono realizzabili attraverso le seguenti azioni:

- individuare tra le persone disabili e con fragilità, quelle che sono disponibili e motivate ad intraprendere un percorso formativo e che potrebbero rientrare in tempi ragionevoli nel mercato del lavoro;
- prendere in carico le persone in maniera integrata tra i servizi, apportando ciascuno le proprie competenze e punti di vista sul caso, eventualmente integrando il programma personalizzato scelto dall'equipe con altri servizi socio-sanitari di supporto;
- monitorare attentamente lo sviluppo e l'esito degli interventi contenuti nel programma personalizzato, tramite un raccordo puntuale con gli Enti gestori delle attività formative;
- riorientare la programmazione delle attività sulla base dei risultati raggiunti e delle difficoltà incontrate, soprattutto in funzione della tenuta rispetto al progetto.

Priorità

Declinare gli obiettivi delineati in precedenza indicando le aree di intervento prioritarie e le relative motivazioni (vedi tabella Misure di intervento)

Tra i bisogni che paiono particolarmente urgenti e specifici di questo segmento della popolazione in cerca di lavoro si evidenziano:

1. il bisogno di orientamento e di apprendimento di tecniche di ricerca attiva del lavoro, anche con particolare riferimento all'uso delle nuove tecnologie (cui rispondere con azioni attraverso le quali

con il sostegno dell'operatore, attraverso colloqui, partendo dall'analisi della propria storia formativo/professionale e della motivazione definire il profilo per cui candidarsi; individuare le aziende; stilare il curriculum; contattare telefonicamente le Aziende dopo l'invio del cv; sostenere eventuali colloqui, ecc.);

2. la necessità, soprattutto per gli adulti che hanno alle spalle esperienze lavorative acquisite prima dell'emergere della disabilità o di ragioni che li abbiano allontanati dall'occupazione, di usufruire di percorsi di analisi delle competenze che permettano di ri-orientare la propria vita lavorativa con successo e realismo;

3. la necessità di percorsi di avvicinamento al lavoro nella forma dell'acquisizione di competenze secondo le diverse dimensioni che interpretano le necessità delle persone (più o meno brevi, più o meno specifici, più o meno teorici/operativi...) e quindi con corsi veri e propri, ovvero attraverso percorsi di tirocinio;

4. l'esigenza di forme di sostegno nel contatto con i contesti lavorativi come mediazione all'inserimento.

Gli strumenti formativi che si ritiene necessario mettere in campo sono una gamma diversificata di interventi (percorsi di orientamento e formazione, eventualmente accompagnati dai necessari servizi di supporto e di personalizzazione) diretti a sostenere l'inserimento, il reinserimento e la permanenza nei contesti produttivi, al fine di rispondere adeguatamente ai diversi tipi di bisogni, in funzione delle diverse situazioni di vita, di salute e di professionalità.

L'esperienza degli ultimi anni, suffragata dalla sperimentazione nel primo anno di attivazione del Piano 2017, ha mostrato come le azioni personalizzate o di piccolo gruppo di orientamento, presa in carico, formazione permanente e tirocinio costituiscano uno strumento indispensabile al fine di sostenere l'occupabilità delle persone fragili e vulnerabili e quindi una fondamentale politica del lavoro per questo target di utenti.

Quanto alla metodologia di intervento, si intende proseguire nella realizzazione di un'attività integrata tra i servizi, che consolidi le modalità operative già sperimentate prevedendo:

- a) una metodologia operativa articolata rivolta alle categorie più deboli del Mercato del Lavoro, centrata sulla valenza formativa orientata non tanto a collocare immediatamente la persona con disabilità, ma impegnata, attraverso percorsi individualizzati di tirocinio in azienda, colloqui di valutazione delle competenze personali e professionali, a sostenere la motivazione al lavoro e il mantenimento del posto di lavoro. L'inserimento lavorativo dovrà essere supportato dall'azione di accompagnamento svolta da operatori che assumano un ruolo di interfaccia tra lavoratore e azienda;
- b) una funzione strategica di collegamento ed integrazione a rete tra servizi per l'impiego, i servizi Sociali dei Comuni, nonché i servizi specialistici dell'AUSL (Dipartimento di Salute Mentale e Servizio Dipendenze Patologiche) ma utilizzando allo stesso tempo il contributo di INAIL e valorizzando l'esperienza maturata in questi anni dal sistema della formazione professionale e della cooperazione sociale,

Queste azioni di politica attiva, per risultare efficaci devono essere accompagnate da interventi di tipo socio assistenziale e socio sanitario che le rendano praticabili ed efficaci e in particolare si fa riferimento a :

a) Interventi socio-assistenziali

SUPPORTO ALLA PERSONA, ALLA FAMIGLIA E RETE SOCIALE (Interventi di supporto per il reperimento di alloggi, Servizio di mediazione familiare e Interventi di sostegno alla genitorialità realizzati nell'ambito del Servizio Sociale Professionale e del Centro per le Famiglie del Distretto di Ravenna)

INTERVENTI E SERVIZI EDUCATIVO-ASSISTENZIALI (Sostegno socio-educativo territoriale e Sostegno socio-educativo domiciliare a supporto del minore e delle competenze genitoriali)

INTERVENTI VOLTI A FAVORIRE LA PERMANENZA AL DOMICILIO IN OTTICA CONCILIATIVA (Assistenza domiciliare socio-assistenziale, Servizi di prossimità/buon vicinato/gruppi di auto-aiuto, Telesoccorso e teleassistenza, Distribuzione pasti a domicilio, telefonia sociale, attività di inclusione svolte dalle associazioni di Volontariato del territorio)

SERVIZI DI SUPPORTO (Trasporto sociale, Distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario, latte, pannolini e prodotti per la prima infanzia)

TRASFERIMENTI IN DENARO (Contributi per servizi alla persona, Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie, Contributi economici per servizio trasporto e mobilità, Buoni spesa, Contributi economici per i servizi scolastici, Contributi economici per alloggio, Contributi economici a integrazione del reddito familiare)

CENTRI E SERVIZI CON FUNZIONE EDUCATIVA, RICREATIVA (Centri di aggregazione sociali, Centri diurni, Centri diurni estivi, Asili nido e servizi Integrativi prima infanzia, gruppi esperienziali e doposcuola)

ACCOGLIENZA ABITATIVA FINALIZZATA ALLA RIACQUISIZIONE DELL'AUTONOMIA (Soluzioni di accoglienza abitativa temporanea, Soluzioni abitative di reinserimento sociale e riacquisizione dell'autonomia, Strutture residenziali a minore intensità assistenziale come i Gruppi appartamento e gli appartamenti protetti, appartamenti in emergenza gestiti in collaborazione con Associazioni di volontariato e Coop.ve Sociali del territorio)

b) Interventi socio-sanitari attivati da parte di: Centro di Salute Mentale, dell'U.O. Dipendenze Patologiche di Ravenna:

-SUPPORTO ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA

-INTERVENTI FINALIZZATI ALLA PERMANENZA PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO ATTRAVERSO SUPPORTO ALL'ABITARE E/O PROGETTI COSTRUITI TRAMITE LA METODOLOGIA DEL BUDGET DI SALUTE

-PROGETTI DI INCLUSIONE SOCIALE

-PERCORSI FINALIZZATI ALL'AUTONOMIA ABITATIVA

Risorse disponibili

Indicare, nella tabella sottostante, quali risorse si intende destinare a supporto dell'attuazione della L.R. 14/2015 nel triennio di riferimento. Indicare l'importo previsto per ogni anno. Nel caso di indisponibilità dell'informazione al momento della redazione del Programma, indicare quali fonti di finanziamento rientrano tra quelle previste

Fonte di finanziamento/anno di	2018	2019	2020
--------------------------------	------	------	------

riferimento			
FSE – Fondo Sociale Europeo	€ 936.558,00	€ 936.558,00	€ 936.558,00
FRD – Fondo Regionale Disabili			
Quota compartecipazione dei comuni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)	€ 93.655,00	€ 93.655,00	€ 93.655,00
Fondo sociale locale			
Fondo Sanitario regionale	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 30.000,00
Totale risorse destinate	€ 1.060.213,00	€ 1.060.213,00	€ 1.060.213,00

Si precisa che le cifre per le annualità 2019 e 2020 sono puramente indicative, e potranno subire delle variazioni determinate dalla eventuale modifica dei parametri di assegnazione delle risorse da parte della Regione.

Interventi previsti
<i>Indicare, all'interno dell'elenco sottostante, rispetto al triennio oggetto di programmazione, le tipologie di intervento che si intendono attivare, il livello di rilevanza che queste presentano e le relative motivazioni.</i> Si intende realizzare percorsi formativi con certificazione delle competenze riferite al sistema regionale delle qualifiche da 300 ore di cui 120 di stage. Si intende realizzare inoltre alcuni percorsi di alfabetizzazione informatica e linguistica in aule attrezzate, percorsi di empowerment per sviluppare le competenze trasversali, la motivazione, l'assertività, tirocinii di orientamento/formazione o di inserimento/reinserimento rivolto a persone con disabilità e in condizione di svantaggio, come di seguito specificato.

Tipologia di intervento e relative caratteristiche	2018 - 2020
FORMAZIONE Rientrano in questo ambito tutti gli interventi con caratteristiche prettamente formative, nei quali è assegnata rilevanza significativa alla dimensione del gruppo in apprendimento (tutti i percorsi hanno lo stage)	Si è cercato di redigere una programmazione omogenea e flessibile dal punto di vista delle opportunità offerte, prevedendo sia opportunità formative che di tirocinio e, in misura minore, di supporto al lavoro. Si intende attivare alcuni interventi aventi a riferimento il sistema regionale delle qualifiche, che prevedano il rilascio di certificati di competenza, della durata non superiore a 300 ore, per la difficoltà delle persone fragili e vulnerabili di portare avanti un impegno troppo consistente nel tempo. Si intende inoltre attivare la più ampia gamma di

	formazione permanente, per dare alle persone possibilità di formarsi nei seguenti ambiti: alfabetizzazione informatica e linguistica, formazione sulle competenze trasversali e sulla sicurezza, formazione tecnica e professionalizzante nelle aree professionali maggiormente rappresentate dal territorio.
TIROCINI Riguarda tutte le tipologie di tirocinio al momento operanti. Comprende sia le attività di attivazione che la corresponsione delle indennità di partecipazione	Si intendono attivare tirocini professionalizzanti e di inclusione sociale modulati sulle necessità delle persone e sulla loro capacità di tenuta e impegno. Si prevedono quindi percorsi da 3 o 6 mesi, con impegno orario variabile e con indennità di partecipazione commisurata all'impegno orario sostenuto.
SUPPORTO AL LAVORO Rientrano in questo ambito tutti gli interventi finalizzati a favorire l'ingresso al lavoro delle persone e la permanenza in attività delle persone. Si articola in interventi di diversa natura quali l'orientamento, l'accompagnamento all'inserimento lavorativo e il sostegno alle persone nei contesti di collocazione, la formalizzazione e certificazione delle competenze. In questo ambito potranno essere inserite, nel corso del triennio, nuovi interventi previsti dalla legge regionale 14/15 quali ad esempio la concessione di microcredito, il supporto allo start up di impresa, ecc.	Si intende attivare percorsi di orientamento propedeutici alle esperienze di tirocinio, opportunità di accompagnamento all'inserimento lavorativo e, solo in alcuni casi, di sostegno alle persone nei contesti di collocazione. La formalizzazione e certificazione delle competenze si prevede soprattutto in relazione agli esiti dei tirocini.
SERVIZI E INTERVENTI DI NATURA SOCIALE Comprende i servizi e le attività professionali erogate dal servizio sociale ai fini dell'inserimento sociale della persona e del nucleo e le attività di sostegno, promozione e accompagnamento svolte dal Terzo Settore in accordo con i servizi sociali. Sono ricompresi, a titolo esemplificativo: interventi di sostegno alla genitorialità, sostegno socio educativo, corsi di lingua italiana e mediazione culturale, servizi di assistenza domiciliare, prossimità e auto-aiuto, interventi conciliativi, accoglienza abitativa temporanea.	SUPPORTO ALLA PERSONA, ALLA FAMIGLIA E RETE SOCIALE (Interventi di supporto per il reperimento di alloggi, Servizio di mediazione familiare e Interventi di sostegno alla genitorialità realizzati nell'ambito del Servizio Sociale Professionale e del Centro per le Famiglie del Distretto di Ravenna) INTERVENTI E SERVIZI EDUCATIVO-ASSISTENZIALI (Sostegno socio-educativo territoriale e Sostegno socio-educativo domiciliare a supporto del minore e delle competenze genitoriali); INTERVENTI VOLTI A FAVORIRE LA PERMANENZA AL DOMICILIO IN OTTICA CONCILIATIVA (Assistenza domiciliare socio-assistenziale, Servizi di prossimità/buon vicinato/gruppi di auto-aiuto, Telesoccorso e teleassistenza, Distribuzione pasti a domicilio, telefonia sociale, attività di inclusione svolte dalle associazioni di Volontariato del territorio); SERVIZI DI SUPPORTO (Trasporto sociale, Distribuzione beni di prima necessità (pasti,

	medicinali, vestiario, latte, pannolini e prodotti per la prima infanzia); TRASFERIMENTI IN DENARO CENTRI E SERVIZI CON FUNZIONE EDUCATIVA, RICREATIVA (Centri di aggregazione sociali, Centri diurni, Centri diurni estivi, Asili nido e servizi Integrativi prima infanzia, gruppi esperienziali e doposcuola); ACCOGLIENZA ABITATIVA FINALIZZATA ALLA RIACQUISIZIONE DELL'AUTONOMIA (Soluzioni di accoglienza abitativa temporanea, Soluzioni abitative di reinserimento sociale e riacquisizione dell'autonomia, Strutture residenziali a minore intensità assistenziale come i Gruppi appartamento e gli appartamenti protetti, appartamenti in emergenza gestiti in collaborazione con Associazioni di volontariato e Coop.ve Sociali del territorio); b) Interventi socio-sanitari attivati da parte di: Centro di Salute Mentale, dell'U.O. Dipendenze Patologiche: -SUPPORTO ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA -INTERVENTI FINALIZZATI ALLA PERMANENZA PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO ATTRAVERSO SUPPORTO ALL'ABITARE E/O PROGETTI COSTRUITI TRAMITE LA METODOLOGIA DEL BUDGET DI SALUTE -PROGETTI DI INCLUSIONE SOCIALE -PERCORSI FINALIZZATI ALL'AUTONOMIA ABITATIVA
TRASFERIMENTI IN DENARO Comprende i contributi economici di varia natura di competenza dei comuni.	Contributi per servizi alla persona, Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie, Contributi economici per servizio trasporto e mobilità, Buoni spesa, Contributi economici per i servizi scolastici, Contributi economici per alloggio, Contributi economici a integrazione del reddito familiare;

Ulteriori note a supporto della programmazione
<i>Indicare aspetti di natura operativa, organizzativa e procedurale che a livello di singolo distretto possono facilitare l'attuazione del presente Piano Integrato Territoriale.</i> - Superare la rigidità del sistema nella distribuzione e modifica in itinere, relativamente all'utilizzo ed alla destinazione delle risorse economiche; - Adottare procedure di semplificazione delle modifiche necessarie, in corso di attuazione, del Piano Attuativo Annuale; - Disporre di risorse umane e finanziarie finalizzate ad ottimizzare l'azione delle équipes e del loro

Coordinamento.

Referenti per area dell'attuazione del piano integrato territoriale

Servizio	Ente	Ruolo	Nome e Cognome
Lavoro	Regione Emilia-Romagna Agenzia Regionale per il Lavoro	Il Dirigente Ambito territoriale di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini	Dott. Andrea Panzavolta
Sociale	Comuni di Ravenna, Cervia e Russi	La Dirigente Servizio Sociale Associato del Comune di Ravenna, Cervia e Russi	Arch. Daniela Poggiali
Sanitari o	Az UsI della Romagna	Il Direttore UOC Riabilitazione Psichiatrica, ambito Rimini	Dott. Riccardo Sabatelli

F) Governance distrettuale per l'attuazione del Piano Povertà

Un efficace sistema di contrasto alla povertà e di promozione dell'inclusione sociale richiede un forte coordinamento tra tutti gli attori coinvolti nella sua attuazione a partire dall'integrazione istituzionale. Nel Distretto di Ravenna, la governance, relativamente alle tematiche sopra indicate, è garantita dal Comitato di Distretto. Tale organismo definisce le priorità di intervento in area povertà attraverso la concertazione con le organizzazioni sindacali e promuove la costituzione di momenti di confronto con gli organismi del terzo settore e gli attori del territorio, attivi in area povertà. L'Ufficio di Piano distrettuale coordina tecnicamente l'azione programmatica e organizzativo-gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello di ambito distrettuale, in connessione con il Centro per l'Impiego, al fine di garantire omogeneità nell'applicazione delle norme ed equità di trattamento per i cittadini. Da anni nel Comune di Ravenna è attivo il "tavolo delle povertà" composto da tutte le espressioni del terzo settore e dell'associazionismo che si occupano di questi temi. Si segnalano, tra le finalità del tavolo: la condivisione di buone prassi, il monitoraggio di tutta l'offerta formale e informale, l'ottimizzazione delle risorse e la progettazione partecipata.

G) Quadro finanziario fondo povertà

Rafforzamento della rete dei servizi sociali e degli sportelli sociali	€ 350.000,00
Azioni per il contrasto alla bassa soglia (Housing first e cohousing)	€ 80.000,00
Sostegno economico alle famiglie in difficoltà a supporto del RES/REI	€ 508.907,82
Totale assegnato	€ 938.907,82

5 - Programmi attuativi annuali

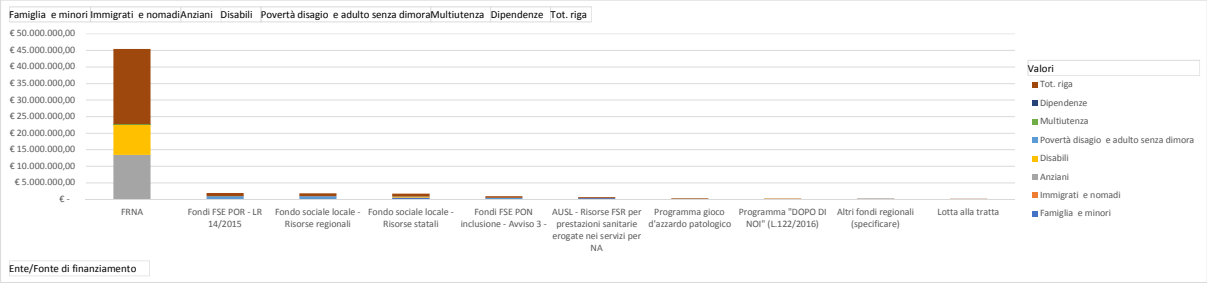
Il finanziamento dei progetti afferenti alle diverse aree di intervento del Piano di zona triennale per la salute ed il benessere avverrà secondo i seguenti principi:

- Finanziamento diretto per servizi gestiti direttamente dalle Istituzioni coinvolte sia per attività proprie sia per progetti di compartecipazione con soggetti della società civile;
- Procedura di compartecipazione, mediante avviso pubblico, per il sostegno ai progetti proposti da soggetti della società civile secondo finalità e criteri di valutazione prestabiliti nell'avviso stesso;
- Monitoraggio costante delle attività e rendicontazione pubblica delle spese mediante un documento consuntivo dei finanziamenti;

Il percorso di costruzione dei piani attuativi annuali avverrà secondo le modalità consuete delle tre Amministrazioni coinvolte, quali in particolare:

- Iniziative promosse in tutti e tre i territori comunali,
- Carattere delle iniziative specifico e coerente con la storia dei singoli territori e convergere su alcune linee progettuali rese pubbliche in tempi precedenti (informativo, partecipativo, comunitario),
- Sviluppo delle schede intervento inserite nel Piano triennale mediante azioni e progetti specifici e analitici sviluppati sulla base degli obiettivi annuali,
- Cabina di regia, politica e tecnica, coincidente con il Comitato di Distretto, tesa a governare sia il percorso di coinvolgimento dei soggetti esterni sia la costruzione di documenti leggibili e rispettosi delle identità territoriali, i piani attuativi dovranno necessariamente entrare nella programmazione distrettuale della gestione sociale e sanitaria quali strumenti di realizzazione delle politiche territoriali.

Valori									
Etichette di riga	Famiglia e minori	Immigrati e nomadi	Anziani	Disabili	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Dipendenze	Tot. riga	
FRNA	€ -	€ -	€ 13.438.268,00	€ 9.225.351,00	€ -	€ 54.000,00	€ -	€	22.717.619,00
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 936.558,00	€ -	€ -	€	936.558,00
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 910.898,44	€ -	€ -	€	910.898,44
Fondo sociale locale - Risorse statali	€ 402.700,00	€ 126.000,00	€ 40.389,33	€ 230.000,00	€ 74.101,56	€ -	€ -	€	873.190,89
Fondi FSE PON Inclusion - Avviso 3 -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 466.000,00	€ -	€ -	€	466.000,00
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€ 309.379,35	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€	309.379,35
Programma gioco d'azzardo patologico	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 162.348,00	€	162.348,00
Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)	€ -	€ -	€ -	€ 130.000,00	€ -	€ -	€ -	€	130.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	€ 23.350,00	€ -	€ -	€ -	€ 32.524,00	€ -	€ -	€	55.874,00
Lotta alla tratta	€ -	€ 23.600,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€	23.600,00
Totale complessivo	€ 735.429,35	€ 149.600,00	€ 13.478.657,33	€ 9.585.351,00	€ 2.420.082,00	€ 54.000,00	€ 162.348,00	€	26.585.467,68



Accordo operativo per l'approvazione del Piano di zona per la salute e il benessere sociale triennio 2018-2020 e del Programma attuativo 2018 dell'ambito distrettuale di Ravenna, Cervia e Russi.

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 compartecipare alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute.
- Il Comune di Ravenna in qualità di Comune capofila del Servizio Sociale Associato dei Comuni di Ravenna, Cervia e Russi ha approvato con deliberazione di C.C. n.76 del 18/07/2017 la Convenzione con l'Azienda USL della Romagna - Distretto di Ravenna, 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 Ravenna, così come definito dalle leggi regionali 19/1994 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 dell'Ausl della Romagna e avvalendosi dell'Ufficio di piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni;

- il Comitato di Distretto è costituito dai Comuni di Ravenna, Cervia e Russi;

- agli incontri del Comitato di Distretto partecipa il Direttore del Distretto di Ravenna per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale;



- l'Ufficio di piano costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatica 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, integrato da un referente del Centro per l'impiego e che l'Ufficio di Piano, in stretta interconnessione con il Centro per l'impiego, coordini tecnicamente l'azione programmatica e organizzativo-gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello distrettuale.

Rilevato che:

- Il Comitato di Distretto ha dato avvio 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.
- tali attività sono state presentate alle OO.SS, a tutti i soggetti del terzo settore, al fine di raccogliere le declinazioni progettuali da realizzare per l'annualità 2018, al fine di sperimentare forme di welfare partecipativo ed inclusivo;
- che con le organizzazioni sindacali è stato sottoscritto uno specifico accordo con riferimento alle priorità distrettuali;

Tutto ciò premesso e considerato, tra le Parti si conviene e si stipula il seguente

Accordo operativo



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", e il Programma attuativo 2018.



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.

Il Piano, allegato parte integrante e sostanziale al presente Accordo, si articola in schede intervento secondo le linee guida stabilite dalla Regione Emilia Romagna ed individua una sezione speciale denominata "Lotta alla povertà" contenuta all'interno dello stesso.

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. 4 – Impegni delle parti

I soggetti 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 nel Programma attuativo 2018 e nei piani annuali successivi.

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

Art. 5 – Durata

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

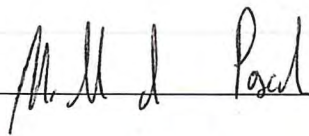
Art. 6 – Pubblicazione

Entro i termini concordati, il Comune di Ravenna, in qualità di Comune capofila trasmetterà alla Regione Emilia Romagna, secondo le modalità indicate, il presente Accordo operativo 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.

Ravenna, 31 LUG. 2018

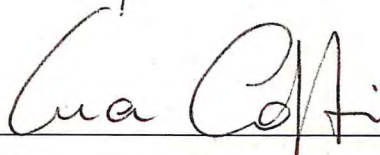
Per il Comune di Ravenna

Il Sindaco Michele de Pascale



Per il Comune di Cervia

Il Sindaco Luca Coffari



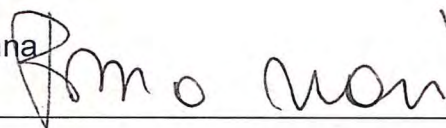
Per il Comune di Russi

Il Sindaco Sergio Retini



Per l'Az. Usl della Romagna – Distretto di Ravenna

La Direttrice del Distretto Roberta Mazzoni





Fondo per la Non Autosufficienza - Scostamenti per linee servizio

	Consuntivo 2017	Preventivo 2018	Scostamento tra Prev 2018 e Cons 2017
ANZIANI			
Assistenza residenziale	8.867.020	9.160.827	293.807
Strutture residenziali per anziani *	8.735.525	9.029.332	293.807
Sostegno progetti assistenziali individuali	0	0	0
Altre strutture (case di riposo, comunita alloggio, etc.)	131.495	131.495	0
Domiciliarità, nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie	3.975.741	4.100.744	125.003
Accoglienza temporanea di sollievo *	74.775	65.000	-9.775
Strutture semi-residenziali per anziani (centri diurni) *	942.531	960.000	17.469
Assistenza domiciliare e servizi connessi:	1.433.054	1.563.054	130.000
- Assistenza domiciliare * Servizi a sostegno del PAI	1.098.093	1.228.093	130.000
- Servizi a sostegno del PAI - Trasporti	20.840	20.840	0
- Servizi a sostegno del PAI - Pasti	232.224	232.224	0
- Servizi a sostegno del PAI - Telesoccorso e Teleassistenza	19.402	19.402	0
- Programma dimissioni protette *	62.495	62.495	0
- Attività rivolta ai gruppi (formazione, informazione, educazione, incontri, caffè alzheimer, ecc.)	0	0	0
Assegno di cura anziani:	1.476.301	1.463.610	-12.691
- Assegni di cura (di livello a-b-c) **	1.199.152	1.180.000	-19.152
- Contributo aggiuntivo assistenti famigliari	277.149	283.610	6.461
Servizi di prossimità (portierato sociale, custode sociale, alloggi con servizi, ecc.)	49.080	49.080	0
Accesso e presa in carico	38.604	38.604	0
Potenziamento accesso alle prestazioni/servizi (PUA)	38.604	38.604	0
Totale ANZIANI	12.881.365	13.300.175	418.810

* Servizi oggetto di Accreditalmento

	Consuntivo 2017	Preventivo 2018	Scostamento tra Prev 2018 e Cons 2017
DISABILI			
Assistenza residenziale	4.641.002	4.753.803	112.801
Strutture residenziali di livello alto *	3.533.491	4.057.478	523.987
Strutture residenziali di livello medio	528.361	81.518	-446.843
Residenzialita disabili gravissimi (dgr 2068/04)	579.150	614.807	35.657
Domiciliarità, nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie	3.983.617	4.386.159	402.542
Accoglienza temporanea di sollievo *	39.070	26.943	-12.127
Strutture semi-residenziali per disabili (centri diurni):	2.774.996	3.169.545	394.549
- Centri socio-riabilitativi *	931.687	933.596	1.909
- Centri socio-occupazionali	1.843.309	2.235.949	392.640
Assistenza domiciliare e servizi connessi	551.460	576.341	24.881
- Assistenza domiciliare *	419.855	472.735	52.880
- Servizi a sostegno del PAI - Trasporti	131.605	103.606	-27.999
- Attività rivolta ai gruppi	0	0	0
Contributi per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli (art. 9 l.r. 29/97)	0	0	0
Assegno di cura disabili	618.091	613.330	-4.761
- Assegno di cura disabili con handicap grave dgr 1122	266.255	247.000	-19.255
- Assegno di cura gravissime disabilità acquisite (dgr 2068/2004)	319.695	330.000	10.305
- Contributo aggiuntivo assistenti familiari con regolare contratto	32.141	36.330	4.189
Accesso e presa in carico	0	0	0
Potenziamento accesso alle prestazioni/servizi (PUA)	0	0	0
Totale DISABILI	8.624.619	9.139.962	515.343

* Servizi oggetto di Accreditamento

	Consuntivo 2017	Preventivo 2018	Scostamento tra Prev 2018 e Cons 2017
Totale DISABILI	8.624.619	9.139.962	515.343
Residenzialita disabili gravissimi (dgr 2068/04) * (1)	579.150	614.807	35.657
Assegno di cura gravissime disabilità acquisite (dgr 2068/2004) (1)	319.695	330.000	10.305
Totale gravissime disabilità 2068	898.845	944.807	45.962
Totale DISABILI senza Fondi finanziati da dgr 2068	7.725.774	8.195.155	469.381

	Consuntivo 2017	Preventivo 2018	Scostamento tra Prev 2018 e Cons 2017
INTERVENTI TRASVERSALI			
Qualificazione del lavoro di cura delle badanti			0
CAAD - Comune di Ravenna	40.000	40.000	0
Programmi di prevenzione soggetti fragili	12.480,80	14.000	1.519
TOTALE interventi trasversali	52.481	54.000	1.519
TOTALE GENERALE	21.558.465	22.494.137	935.672

INTERVENTO: PROMOZIONE DELLA SALUTE IN CARCERE, UMANIZZAZIONE DELLA PENA E REINSERIMENTO DELLE PERSONE IN ESECUZIONE PENALE. PIANO DI ZONA DISTRETTUALE PER LA SALUTE ED IL BENESSERE SOCIALE 2018.
PROGRAMMA “INTERVENTI RIVOLTI ALLE PERSONE SOTTOPOSTE A LIMITAZIONI DELLA LIBERTA' PERSONALE”.

1. Soggetto capofila dell'intervento	COMUNE DI RAVENNA
2. Ambito territoriale di realizzazione	Distretto Sociosanitario Ravenna, Cervia e Russi
3. Referente dell'intervento: nominativo e recapiti	Arch. Daniela Poggiali Dirigente Responsabile Servizio Sociale Associato danielapoggiali@comune.re.it tel 0544-482584
4. Destinatari	Persone sottoposte a misure di limitazione della libertà personale ed a misure di sicurezza, e persone che hanno terminato percorsi di restrizione della libertà, presenti sul territorio di riferimento. Persone condannate al lavoro di pubblica utilità.
5. Eventuali interventi/politiche integrate collegate	Il progetto si inserisce nel quadro degli interventi realizzati a livello di Comitato Locale per l'Esecuzione Penale Adulti di Ravenna, ed è parte integrante del Piano di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale del Distretto di Ravenna, Cervia e Russi.
6. Azioni previste	<u>Programma per l'esecuzione penale 2018 (DGR 634/2018)</u> 3.2.1. Azione 1 - “Interventi da realizzarsi all'interno degli Istituti penali” Sportello informativo all'interno del carcere Lo sportello Informativo si caratterizza in funzione delle specificità della popolazione carceraria reclusa con particolare attenzione agli stranieri e alle persone prive di risorse familiari/relazionali al di fuori del carcere. Le attività sono programmate di concerto con la Direzione carceraria ed in collaborazione con tutte le realtà operanti all'interno della struttura con il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato.

Attività proposta dall' Associazione di Volontariato LIFE ONLUS

Sportello informativo per detenuti stranieri

L'attività dello sportello si articola su alcuni fondamentali interventi:

- attività di orientamento ed informazione alle persone detenute straniere in lingua araba, inglese, francese ed in italiano;
- la facilitazione nella circolazione delle informazioni e delle opportunità che regolano la vita interna della detenzione, rivolto anche ai detenuti stranieri nuovi giunti;
- servizio di mediazione linguistico e culturale che opera sia all'interno dello sportello sia all'esterno, facilitando la comunicazione con le reti esterne di supporto dei detenuti stranieri. Il servizio di mediazione si pone come strumento utile anche per soggetti istituzionali (educatori, amministrazione penitenziaria, UIEPE) con l'obiettivo di facilitare la comunicazione e la comprensione in entrata e in uscita;
- servizio di traduzione, su richiesta dell'amministrazione penitenziaria, di avvisi e modulistica;
- interventi tesi a rendere visibili le situazioni particolarmente fragili che necessitano di supporto da parte di servizi socio-sanitari, in un'ottica di facilitazione dell'accesso ai servizi;
- mediazioni linguistico culturali all'interno tra detenuti e figure professionali presenti presso la struttura carceraria;
- traduzione della documentazione relativa alla vita intramuraria

Per lo sportello di mediazione si prevede una spesa di

2.400,00 euro

Attività gestita direttamente dal Comune di Ravenna con un Operatore del Servizio Sociale Associato

Sportello di Informazione e orientamento per detenuti e per dimittendi: lo sportello informativo per detenuti e dimittendi rappresenta il luogo di raccordo con altri uffici dell'Amministrazione Comunale (anagrafe, servizi sociali, ecc.), del territorio (Ausl, sportelli per l'impiego, ACER, ecc) e con l'UIEPE per la gestione delle dimissioni. Viene condivisa la lista delle persone in dimissione e il quadro degli interventi eventuali da attivare, valutando il percorso più opportuno a garantire alla persona in dimissione l'accesso al massimo grado di opportunità che la specifica condizione giuridico-amministrativa gli consente di ottenere. Il Comune di Ravenna per questa attività impegna una sua figura professionale per un numero complessivo di 18 ore settimanali.

Per lo sportello informativo per detenuti e dimittenti si prevede una spesa di

15.524,00 euro

Miglioramento delle condizioni di vita in carcere

I soggetti che partecipano alla programmazione degli interventi sono Enti del Terzo Settore consolidati negli anni ed attivi nelle problematiche inerenti il carcere e l'inserimento socio-lavorativo di persone con limitazione alla libertà personale.

Attività proposte dalla Cooperativa Sociale San Vitale

La Cooperativa Sociale San Vitale propone il progetto “Port' Aurea 57”, che si articola in più progetti:

1) laboratorio di legatoria e cartotecnica, e catalogazione e formazione nella gestione dei libri della biblioteca della Casa Circondariale. Il laboratorio viene strutturato all'apprendimento delle tecniche basi come la presentazione dei materiali (cartone, cartoncino, carta stampata, di riso, tela) degli strumenti e delle principali tecniche di lavorazione (misure, piegature fogli, cucitura a mano su telaio ecc. Il laboratorio prevede la partecipazione di dieci detenuti per un ingresso settimanale di due/tre educatori artigiani di tre ore.

2) giornale della Casa Circondariale di Ravenna - il progetto intende realizzare un giornale del carcere, frutto anche di un lavoro settimanale di lettura e analisi dei quotidiani. Il giornale spazierà tra argomenti diversi e toccherà molti aspetti che cambieranno di volta in volta dalla cronaca quotidiana al dialogo con la città. Il laboratorio prevede la partecipazione di dieci detenuti con un ingresso settimanale di tre volontari esperti.

Progetto : “L'eco del fiume” è un progetto di arte urbana in collaborazione con l'artista Giorgia Pettinari. Luogo di intervento è Vicolo Gabbiani area in cui un tempo scorrevano i fiumi Padenna e Lamone. Il progetto prevede il coinvolgimento di alcuni detenuti nella realizzazione di sagome di legno a forma di gabbiano che successivamente verranno installate sospese alle mura degli edifici del Vicolo. La via sarà invasa da uno stormo di gabbiani in volo e sarà accompagnata dal suono di diffusori acustici che diffonderanno il verso dei gabbiani e il suono delle acque del fiume-mare.

Per il progetto complessivo “Port' Aurea 57” si prevede una spesa di **7.000,00 euro**

Per il progetto “L'eco del fiume” si prevede una spesa di **1.410,00 euro**

Attività proposte dalla Cooperativa Sociale La Pieve

Progetto dal titolo “ Giocare dentro” proposto in collaborazione tecnica della Casa di Produzione Sir Cobblepot. Progetto ludico con un alto valore di aggregazione e interazione positiva tra le persone, competitivo e cooperativo che stimola il confronto faccia a faccia e che genera dialogo e conoscenza reciproca. Si parla di

giochi in scatola, giochi di società, giochi strutturati, giochi così detti intelligenti. Il progetto prevede il coinvolgimento di 15 detenuti con la presenza settimanale di due educatori per due ore da settembre a gennaio. Il progetto ha tra i suoi obiettivi lo studio e la realizzazione di un prototipo di gioco (made in circondariale) da sottoporre alla Casa di Produzione Sir Cobblepot, partner del progetto, per una eventuale commercializzazione.

Progetto dal titolo “modulo sicurezza di base obbligatorio e primo intervento”. Si offre la possibilità di fare svolgere ai detenuti un percorso formativo inerente la formazione obbligatoria prevista dal D.Lgs. 81/2008 affrontando i concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione. Organizzazione della prevenzione aziendale, pronto soccorso, primo intervento ecc. Conoscenze utili per poterne usufruire al termine della pena. Si prevedono due moduli di n.8 incontri di due ore ciascuno coinvolgendo un massimo 12 partecipanti per modulo.

Per il progetto “ Giocare dentro 1” si prevede una spesa di **3.634,00 euro**

Per il progetto “Modulo sicurezza di base e primo intervento” si prevede una spesa di **1.952,00 euro**

Attività proposte da Co.na.pi Ravenna

Laboratorio di informatica di base

Si prefigge come obiettivo l'apprendimento dell'utilizzo del p.c. come attività ludica e/o come utilizzo lavorativo. La comprensione dell'hardware e del software , la programmazione, internet e il suo potenziale di utilizzo, la navigazione in rete. Co.na.pi. propone due laboratori di 30 ore ciascuno, con un ingresso settimanale dell'insegnante di ore tre coinvolgendo sei detenuti per laboratorio. Il materiale didattico è compreso nella previsione di spesa.

Per il progetto “Informatica di base” si prevede una spesa di **1.980,00 euro**

Laboratorio per operatore di sala e bar

Le professioni di cameriere e barista offrono opportunità spesso precluse ad altre. La formazione scolastica ti dà la possibilità di apprendere una professione che in futuro ti saprà ricompensare degli sforzi e della dedizione che le avrai dedicato. Ti verranno fornite le conoscenze e le abilità necessarie per intraprendere con successo questo lavoro: cultura generale, conoscenze linguistiche e professionali. In ogni caso la scuola fornisce solo le basi, solide fondamenta sulle quali sarai tu a decidere se costruirci un grattacielo e diventare un grande professionista, una casa diventando un buon lavoratore, oppure non costruire nulla. Il mercato del lavoro evidenzia un eccesso di camerieri e baristi, e una grave carenza di camerieri e baristi professionisti. Su queste linee guide si andrà a realizzare un laboratorio di 30 ore rivolto ad un massimo di sei detenuti suddivisi in lezioni

mattutine/pomeridiane da realizzarsi all'interno della Casa Circondariale.

Per il progetto "operatore sala e bar" si prevede una spesa di

1.980,00 euro

Laboratorio di cucina di base

L'evoluzione della gastronomia e dell'enogastronomia è in continua espansione e copre ormai ampi spazi. Non è più legata solo al ristorante vero e proprio ma si allarga a bar, centri commerciali, hotel, chioschi ecc.

L'obiettivo principale di questo laboratorio è insegnare ai partecipanti l'arte della cucina direttamente sul campo vale a dire come si lavora dietro ai fornelli. Il laboratorio di n.30 ore coinvolge sei detenuti. Il materiale di consumo è compreso nella previsione di spesa.

Per il progetto "laboratorio di cucina base" si prevede una spesa di

2.180,00 euro

Attività proposta da A.S.D. VIRTUS RAVENNA F.C.

L'Associazione Sportiva Dilettantistica "Virtus Ravenna" (Compagnia dell'Albero) propone il progetto sportivo dal titolo "Tutto il calcio minuto per minuto". Attività sportiva pratica del calcio. Si prevedono lezioni teoriche con l'ausilio di audiovisivi inerenti alla storia del calcio, alla storia d'Italia, ai progressi della scienza e della tecnica. Interverranno medici nutrizionisti, psicologi e personaggi dello sport di Ravenna. L'attività prevede un impegno di ore 60 complessive coinvolgendo un massimo di 20.

Per il progetto "Tutto il calcio minuto per minuto" si prevede una spesa di

400,00 euro

Attività proposta dal Coordinamento Teatro Carcere Emilia Romagna

Il teatro all'interno del carcere è da sempre una delle attività socializzanti più richiesta dalla popolazione detenuta. Fare teatro è il termine che più amiamo e che amano quando si pensa ad un laboratorio. Perché il teatro si "fa" materialmente, con il corpo, con la voce, con le parole, con il cuore, con la testa. Chi sceglie di "fare" teatro sceglie di mettersi in gioco. Fare teatro è un'esperienza che mette in relazione con se stessi e con i compagni di lavoro all'interno del laboratorio: si sviluppano capacità di espressione e di ascolto, rispetto e senso degli altri, conoscenza del proprio corpo/voce. Laboratorio gestito da due operatori e rivolto a max 15 detenuti con frequenza settimanale di ore 3.

Per il progetto di teatro si prevede una spesa di

3.000,00 euro

Programma per l'esecuzione penale 2018 (DGR 634/2018)

3.2.1. Azione 2 Attività da realizzarsi in area penale esterna: misure alternative alla detenzione e di comunità.

L'azione rivolta alla realizzazione di attività in area penale esterna si articola su diversi livelli di attività:

1. Percorsi di supporto al reinserimento sociale di persone sottoposte a misure di restrizione della libertà presso gli istituti di pena del territorio o persone che hanno terminato la pena: l'azione si articola nella realizzazione di percorsi di accoglienza, accompagnamento sociale, tirocini formativi e inserimenti lavorativi delle persone coinvolte in area penale, di condannati in esecuzione penale e di soggetti che abbiano terminato di scontare la pena da non più di 6 mesi, residenti nel territorio provinciale.

L'intervento sarà realizzato dal Servizio Inserimenti Lavorativi del Comune di Ravenna Cervia e Russi, in coordinamento con UIEPE (Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna) di Bologna, Ferrara, Ravenna a partire dalle segnalazioni di soggetti in esecuzione penale esterna da parte di UIEPE o degli Assistenti Sociali del Servizio Sociale Associato.

2. Da aprile 2015 a seguito di un accordo con UEPE di Forlì il Comune di Ravenna mette a disposizione delle Assistenti Sociali uno spazio dotato di adeguata strumentazione informatica e telefonica per lo svolgimento delle attività organizzative e gestionali, e si fa carico dei costi delle utenze. Nel corso del 2018, anche a seguito della nuova organizzazione territoriale che ha determinato il passaggio della competenza sul territorio di Ravenna da UEPE di Forlì all' UIEPE (Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna) di Bologna, Ferrara, Ravenna è stato rinnovato l'accordo ed assegnato un nuovo spazio più grande ed accogliente.

3. Relativamente alle misure alternative alla detenzione il Comune di Ravenna dal gennaio 2012 ha approvato la convenzione con il Tribunale di Ravenna per lo svolgimento del lavoro di pubblica utilità ex art.186 comma 9 bis del D.lgs n.285/1992, a seguito delle recenti innovazioni normative (L.n.67/2014) sono state inserite nelle attività persone soggette all' applicazione della misura della messa alla prova, seguendo il programma di trattamento in collaborazione con UEPE. Nel corso del 2017 hanno svolto il lavoro di pubblica utilità presso il Comune di Ravenna 11 persone (5 donne e 6 uomini) nelle attività in elenco:

a) attività di controllo sull'utilizzo delle palestre. Periodo: da ottobre a maggio. (Dal lunedì al venerdì dalle ore 17.30 alle ore 22.30 da concordare con Ufficio Sport).

b) attività varie presso le Biblioteche decentrate (Castiglione, Santo Stefano, Piangipane, Sant'Alberto e Marina di Ravenna), Casa Vignuzzi ed Emeroteca. Periodo: tutto l'anno. (Dal martedì al sabato mattina e/o pomeriggio in orario da concordare con U.O. Ufficio di pubblica lettura).

c) attività di controllo presso i centri giovanili del Comune di Ravenna (giorni ed orari da concordare con Ufficio Politiche Giovanili).

d) attività di accoglienza e sistemazione per la notte presso il dormitorio pubblico (via Torre n.5 – Centro

	lperbarico). Periodo: da dicembre a marzo. Dal lunedì alla domenica dalle ore 20.00 alle ore 22.30. e) attività di preparazione e consegna “sportine” con viveri presso il dormitorio Il Re di Girgenti (via Mangagnina n.61). Periodo: tutto l’anno. Dal lunedì alla domenica dalle ore 17.30 alle ore 19.30. f) attività di ufficio presso la sede del Comitato Cittadino Antidroga (via Oriani n.44) giorni ed orari da concordare con l’Associazione. g) attività di controllo ed assistenza ai bambini presso il centro estivo dell’Associazione “Città Meticcia” (Rocca Brancaleone). Periodo: mese di luglio. Dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00. h) attività di controllo ed assistenza ai bambini presso il doposcuola “Tra due mondi” (via Sant’Alberto n.73). Periodo: da ottobre a maggio due pomeriggi settimanali. Indicativamente lunedì e mercoledì dalle ore 13.55 alle ore 16.30. i) insegnamento della lingua italiana alle persone straniere. Tutto l’anno presso la Casa delle Culture (p.zza Medaglie d’oro n.4). l) attività presso il centro stampa del Comune di Ravenna. 4. Dal mese di agosto 2015 è stata sottoscritta la convenzione tra il Comune di Ravenna e la Casa Circondariale per favorire l’inserimento di persone detenute attraverso attività di pubblica utilità. 5. Sostegno al pagamento di canoni di affitto, utenze e alla mobilità rivolto a dimittendi per agevolarne il graduale rientro nella società, su segnalazione del equipe dimittendi. Per il progetto di sostegno alla mobilità, al contributo per eventuali integrazione affitto, reddito ecc. si prevede una spesa di 6.608,00 euro
7. Istituzioni/attori sociali coinvolti	<i>Comune di Ravenna -Assessorato ai Servizi Sociali</i> <i>Direzione Casa Circondariale Port' Aurea Ravenna</i> <i>UIEPE (Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna) di Bologna,Ferrara,Ravenna</i> <i>Magistrato di Sorveglianza</i> <i>Servizio Dipendenze Patologiche AUSL di Ravenna</i> <i>Centro per l'impiego</i> <i>Patrovato ACLI</i> <i>e gli Enti del Terzo Settore:</i> • <i>Co.Na.Pi Ravenna</i> • <i>Coordinamento Teatro Carcere Emilia Romagna</i> • <i>Cooperativa Sociale La Pieve</i> • <i>Cooperativa Sociale San Vitale</i>

	• <i>LIFE ONLUS</i> • <i>R.C. Mistral</i> • <i>A.d.s. Virtus Ravenna</i>
8. Risorse umane che si prevede di impiegare	Per la realizzazione delle attività sopra indicate, saranno coinvolte le seguenti figure: Comune di Ravenna: • Funzionario con funzioni di coordinamento del progetto complessivo; • Servizio Sociale Associato Ravenna, Cervia e Russi - Ufficio inserimenti lavorativi: assistente sociale referente dell'Ufficio inserimenti lavorativi del Comune di Ravenna con funzioni di coordinamento del progetto, accogliimento e valutazione delle segnalazioni, iniziale progettazione dei percorsi di tirocinio e inserimento lavorativo; • Servizio Sociale Associato Ravenna, Cervia e Russi all'interno del carcere con un operatore di sportello e mediatori interculturali secondo necessità;
9. Risultati attesi in relazione a indicatori regionali/distrettuali (da esplicitare)	• Proseguire il servizio di sportello informativo per detenuti in relazione alla gestione dei dimittendi. • realizzare almeno 150 colloqui personalizzati con detenuti. • Aumentare il numero degli interventi di inclusione lavorativa. • garantire il coordinamento della programmazione dell'attività con la Direzione della Casa Circondariale. • Collaborazioni con Enti del Terzo Settore. • coinvolgere almeno 50 detenuti in attività ludico/ricreative/culturali realizzate in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore.

COSTI COMPLESSIVI DEL PROGETTO

SPORTELLLO INFORMATIVO	COSTO TOTALE AZIONE
Servizio di mediazione linguistica, interpretariato, traduzioni ecc. (120 ore annue LIFE ONLUS)	€. 2.400,00
n.1 educatore per Sportello Informativo e dimittendi per 18 ore settimanali (Comune di Ra)	€. 15.524,00
<i>totale costi progetto</i>	€ 17.924,00
SUPPORTO A ESECUZIONE PENALE ESTERNA	COSTO TOTALE AZIONE
Contributo canoni affitto, utenze, mobilità	€. 6.608,77
MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI VITA IN CARCERE	costo totale del progetto
PROGETTO COOPERATIVA SOCIALE SAN VITALE (prg. Port' Aurea 57)	€. 7.000,00
PROGETTO COOPERATIVA SOCIALE LA PIEVE (prg. form. sicurezza e primo intervento)	€ 1.952,00
PROGETTO CO.NA.PI (prg. Laboratorio formazione informatica)	€. 1.980,00
PROGETTO CO.NA.PI (prg. Laboratorio formazione operatore sala - bar)	€. 1.980,00
PROGETTO CO.NA.PI (prg. Laboratorio formazione cucina di base)	€. 2.180,00
PROGETTO A.D.S. VIRTUS Ravenna (prg. Tutto il calcio minuto per minuto)	€. 400,00
PROGETTO Coordinamento Teatro Carcere E.R. (prg. Stanze di teatro carcere 2018)	€. 3.000,00
PROGETTO COOPERATIVA SOCIALE LA PIEVE (prg. Giocare - dentro)	€. 3.634,00
PROGETTO COOPERATIVA SOCIALE SAN VITALE (prg. L'eco del Fiume)	€. 1.410,00
<i>Costo totale progetto</i>	€ 48.068,77
<i>Contributo regionale</i>	€ 32.544,77
<i>contributo Comune di Ravenna > 30%</i> <i>(retribuzione annua, part time 18 h. operatore sportello carcere)</i>	€ 15.524,00

COMITATO LOCALE ESECUZIONE PENALE ADULTI
(c/o Assessorato Servizi Sociali)

INCONTRO DEL 16 LUGLIO 2018

PRESENTI:

Comune di Ravenna: Ass.Valentina Morigi, Cellini Maria Cristina, Gabriele Grassi

Casa Circondariale Ravenna :De Lorenzo Carmela, Bevilacqua Daniela

UIEPE : Maria Paola Schiaffelli, Maria Maiorano

OdG: Promozione della salute in carcere, Umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale. Piano di Zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale 2018.

Programma “ interventi rivolti alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale.

Ass.Morigi: illustra le modalità dell'Avviso per l'individuazione dei progetti, valutati dalla commissione e da sottoporre all'approvazione del CLEPA.

Illustra i progetti e le azioni descritte nell'allegato A).

Dott.ssa Schiaffelli: illustra la riorganizzazione di UIEPE, presenta Dott.ssa Maiorano Responsabile per l'area territoriale di Ravenna. Si sofferma sulle problematiche e sull'aumento delle situazioni di messa alla prova e sulla situazione di congestionamento di UEPE.

Si approva il documento allegato A) con i progetti relativi al “Programma esecuzione penale 2018”