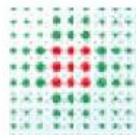


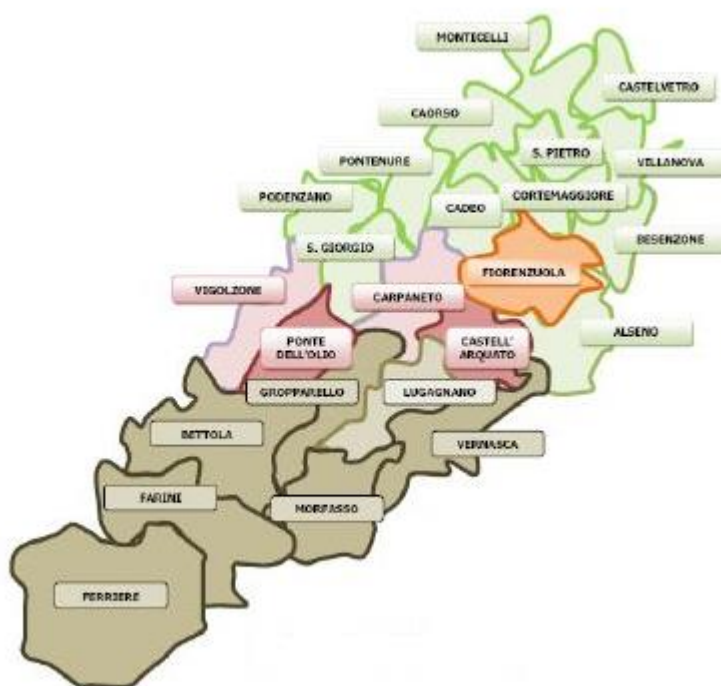


COMUNE di FIORENZUOLA D'ARDA



Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
Distretto di Levante

DISTRETTO SOCIOSANITARIO di LEVANTE



PIANO di ZONA per la SALUTE e il BENESSERE SOCIALE 2018-2020

1) FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

1/A) ANALISI CONTESTO TERRITORIALE - SET INDICATORI

SEZIONE A – IL CONTESTO TERRITORIALE

QUADROSOCIO-DEMOGRAFICO

- 1) Popolazione residente, indici di stato
- 2) Popolazione residente straniera
- 3-4) Popolazione residente Distretto di Levante
- 5-9) Scenari demografici

QUADRO SOCIO-ECONOMICO

- 10) Popolazione 25-64 per genere e livello di istruzione
- 11) Indice deprivazione Distretti Regione Emilia-Romagna
- 12) Valori al Censimento 2011 degli indicatori e dell'indice di deprivazione
- 13) Prodotto interno lordo (PIL) pro-capite Regione Emilia-Romagna
- 14-15) Mercato del Lavoro

LE FAMIGLIE

- 16) Famiglie per numero di componenti anziani
- 17) Famiglie per componenti stranieri e minori
- 18) Tassodi occupazione femminile e figli

IMPOVERIMENTO

- 19) Reddito medio familiare in Regione Emilia-Romagna
- 20) Famiglie e povertà
- 21) Disagio abitativo

SEZIONE B – LE RISORSE DEL TERRITORIO

TERZO SETTORE

- 22) Organizzazioni di Volontariato (ODV) iscritte al registro regionale presenti a Levante
- 23) Associazioni di Promozione Sociale (APS) iscritte al registro regionale presenti a Levante
- 24) Cooperative sociali iscritte al registro regionale presenti a Levante

SEZIONE C – STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE E PREVENZIONE

ASPETTATIVA DI VITA

- 25) Speranza di vita alla nascita
- 26) Speranza di vita in buona salute

MORTALITA'

- 27) Tasso di mortalità in Emilia-Romagna

STILI DI VITA

- 28) Sedentarietà, fumatori, bevitori a rischio

PREVENZIONE

- 29) Screening oncologici
- 30) Copertura vaccinale MPR
- 31) Copertura vaccinale antinfluenzale over 65 anni
- 32) Copertura vaccinale Esavalente nei bambini

SICUREZZA SUL LAVORO

- 33) % richieste infortuni concluse con violazioni

- 34) Ambiente

SEZIONE D – L'OFFERTA DEI SERVIZI

SPORTELLI SOCIALI

- 35-37) Copertura territoriale, accessi, target e frequenza

I BAMBINI, I RAGAZZI, LE FAMIGLIE

- 38-39) Servizi educativi prima infanzia
- 40-41) Iscritti nelle scuole
- 42-45) Consultori: prestazioni, utenti, accessi
- 46) Tasso prevalenza per 1000 residenti servizi Neuropsichiatria Infantile
- 47) Tasso ospedalizzazione pediatrica x 100 residenti (<14 anni)
- 48-49) IVG nelle donne italiane e straniere
- 50) Bambini e ragazzi in carico ai servizi sociali
- 51) MSNA in carico ai servizi sociali nel 2016
- 52) Bambini e ragazzi in affidamento e in comunità residenziale
- 53) Le comunità del territorio regionale che ospitano bambini e ragazzi in difficoltà

LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

- 54) Tasso utilizzo Assistenza Domiciliare anziani
- 55) Assegni di cura anziani e Assegni di cura Disabili
- 56- 57) Centri Diurni e servizi semiresidenziali anziani Levante – n. posti
- 58-59) Strutture residenziali anziani Levante – n. posti
- 60) Anziani Non autosufficienti inseriti in strutture residenziali
- 61) Centri per le demenze, visite e consulenze specialistiche
- 62) Centri socio-riabilitativi e socio-occupazionali disabili
- 63) Pazienti con gravissime disabilità acquisite

ADULTI IN DIFFICOLTA'

- 64) L'utenza dei centri di ascolto della Caritas
- 65) Strutture residenziali e semiresidenziali per adulti in condizione di fragilità
- 66) Assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)
- 67) Dipendenze patologiche
- 68) Tasso di ospedalizzazione
- 69) accessi al pronto soccorso per livelli di gravità della popolazione 2016-2017
- 70) monitoraggio e tempi di attesa per visite e prestazioni diagnostiche

SEZIONE E – SPESA SOCIALE E SOCIO-SANITARIA

- 71) Costo pro-capite totale (spesa sociale) dei Comuni singoli e associati
- 72) Costo pro-capite totale (spesa sanitaria + FRNA)

SEZIONE A – CONTESTO TERRITORIALE

1) Popolazione residente, indici di stato

Come è desumibile dai grafici in calce, l'evoluzione demografica ha avuto un incremento significativo nel Distretto di Levante negli ultimi 20 anni, passando dai 101.659 abitanti del 1997 ai 107.656 del 2017. I fenomeni più rilevanti, che hanno contrassegnato le dinamiche afferenti alla popolazione, sono legati all'incremento della prospettiva di vita e delle fasce ultra 75enni e all'effetto che ha avuto nel territorio l'elemento migratorio. I minori nella fascia 0-15 sono pari al 12,69% della popolazione, le persone tra i 15 e i 64 anni rappresentano il 62,24% della popolazione e gli ultrasessantacinquenni risultano essere il 25,07%, con un evidente sbilanciamento nei confronti della fascia più anziana della popolazione. Se i tassi demografici hanno presentato una fase positiva, derivata dal tasso di natalità delle famiglie straniere, negli ultimi anni anche questa tendenza sembra destinata a subire un freno.

Totale residenti per Distretti sanitari di residenza - distretti sanitari: Distretto Città di Piacenza, Distretto Levante, Distretto Ponente - 1-1-2017

Distretti sanitari di residenza	Totale residenti
Distretto Ponente	77.091
Distretto Levante	107.656
Distretto Città di Piacenza	102.499
Totale	287.246

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Popolazione Residente nel distretto per età e genere - 2017

eta_n	M	F	TOT
0	374	350	724
1	396	417	813
2	472	377	849
3	470	457	927
4	459	422	881
5	453	408	861
6	505	437	942
7	499	494	993
8	497	450	947
9	542	477	1019
10	465	463	928
11	469	471	940

12	487	458	945
13	492	434	926
14	507	457	964
15	467	443	910
16	482	468	950
17	455	429	884
18	488	469	957
19	533	423	956
20	473	430	903
21	462	430	892
22	434	443	877
23	481	431	912
24	477	448	925
25	544	495	1039
26	546	454	1000
27	520	533	1053
28	566	493	1059
29	502	506	1008
30	505	520	1025
31	533	529	1062
32	603	522	1125
33	582	558	1140
34	607	582	1189
35	596	600	1196
36	625	637	1262
37	644	684	1328
38	720	701	1421
39	746	733	1479
40	828	733	1561
41	805	793	1598
42	870	784	1654
43	845	889	1734
44	876	828	1704
45	926	822	1748
46	899	853	1752
47	943	846	1789
48	904	883	1787
49	968	861	1829
50	914	867	1781
51	936	859	1795
52	908	839	1747
53	819	853	1672
54	821	781	1602
55	821	804	1625
56	795	808	1603
57	743	806	1549

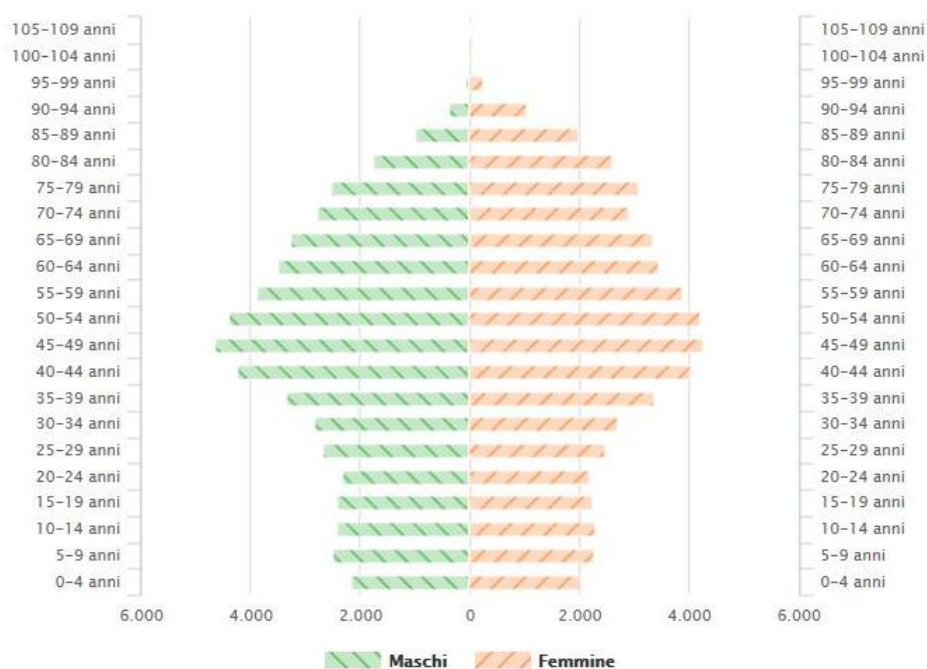
58	764	769	1533
59	760	687	1447
60	771	773	1544
61	698	695	1393
62	702	697	1399
63	657	648	1305
64	677	629	1306
65	592	615	1207
66	674	684	1358
67	644	667	1311
68	664	721	1385
69	680	661	1341
70	645	677	1322
71	488	538	1026
72	538	541	1079
73	571	547	1118
74	543	602	1145
75	534	622	1156
76	536	626	1162
77	511	638	1149
78	523	638	1161
79	429	561	990
80	365	541	906
81	409	549	958
82	366	517	883
83	322	490	812
84	301	491	792
85	264	458	722
86	247	434	681
87	185	384	569
88	153	350	503
89	140	354	494
90	115	297	412
91	80	234	314
92	63	202	265
93	52	167	219
94	53	148	201
95	31	95	126
96	16	75	91
97	5	30	35
98	9	22	31
99	1	13	14
100	0	14	14
101	3	13	16
102	2	7	9
103	0	6	6

104	0	1	1
105	0	3	3
106	0	1	1
	53.082	54.574	107.656

Evoluzione popolazione e età nell'ultimo ventennio

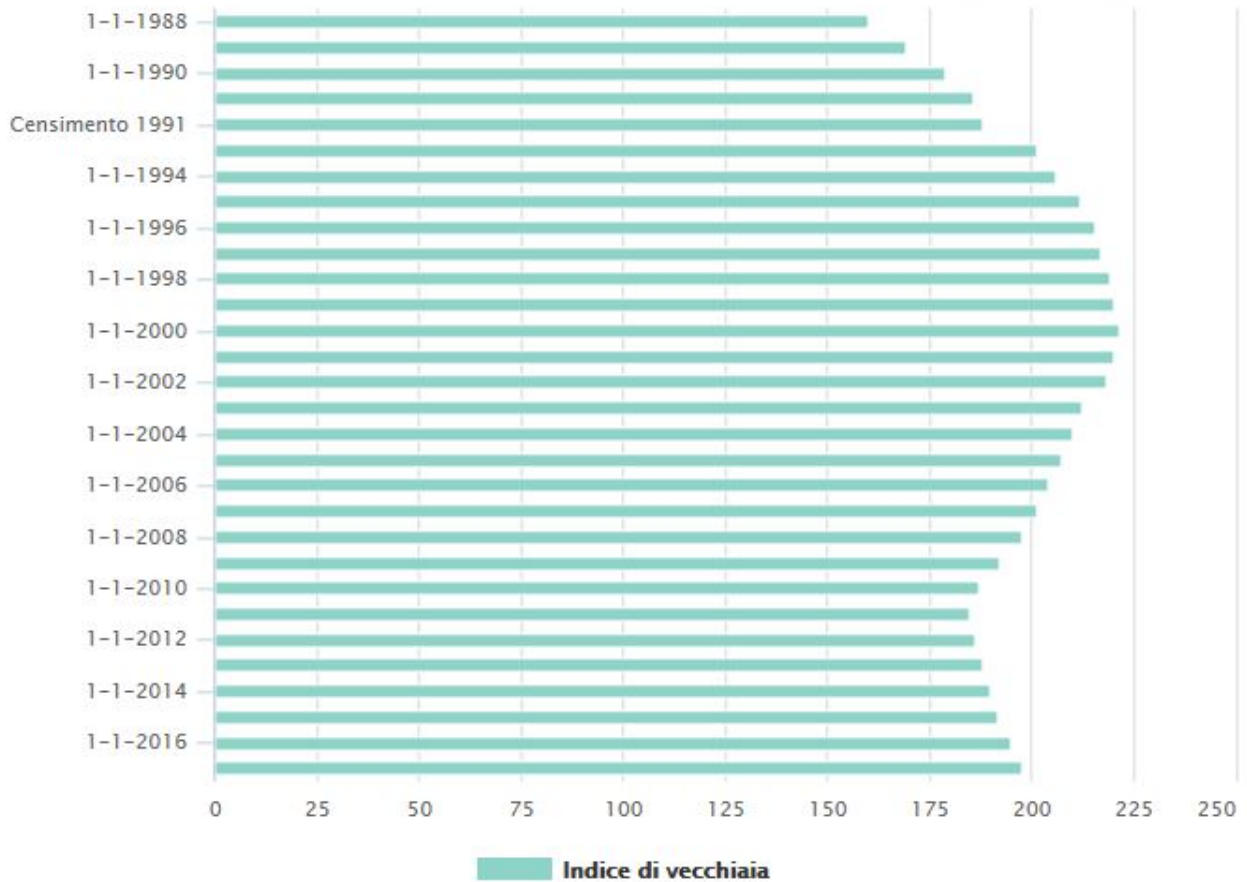
classe di età	1997	2007	2012	2017
00 - 04	3.598	4.426	4.800	4.194
05 - 09	3.701	4.381	4.767	4.762
10 - 14	3.760	4.093	4.644	4.703
15 - 19	4.496	4.261	4.341	4.657
20 - 24	6.143	4.480	4.869	4.509
25 - 29	7.533	5.867	5.409	5.159
30 - 34	7.755	7.835	6.749	5.541
35 - 39	7.229	8.696	8.468	6.686
40 - 44	6.700	8.469	9.106	8.251
45 - 49	6.642	7.683	8.739	8.905
50 - 54	6.272	6.941	7.891	8.597
55 - 59	7.021	6.858	7.106	7.757
60 - 64	6.821	6.199	6.897	6.947
65 - 69	6.874	6.678	6.033	6.602
70 - 74	6.359	6.032	6.302	5.690
75 - 79	3.930	5.431	5.377	5.618
80 e più	6.825	7.856	8.736	9.078
	101.659	106.186	110.234	107.656

Numero di maschi e femmine per classi quinquennali di età - distretti sanitari:
Distretto Levante - 1-1-2017



Fonte: Regione Emilia-Romagna

**Indice di vecchiaia per Distretti sanitari di residenza e Anno
Distretto Levante - Serie storica dal 1-1-1988 al 1-1-2017**



Fonte: Regione Emilia-Romagna

LEVANTE Popolazione residente	Maschi	Femmine	Totale	Totale %	Maschi stranieri	Femmine straniere	Totale stranieri	Totale %
<18	8491	7912	16403	15,24%	1537	1365	2902	24,26%
>18	32837	31428	64265	59,69%	4113	4467	8580	71,72%
di cui >65	11754	15234	26988	25,07%	180	302	482	4,03%
Totale	53082	54574	107656	100%	5830	6134	11964	100%
Fonte: Regione Emilia-Romagna								
dati al 01/01/2017								

Deceduti X 1.000 residenti	
classe di età	2017
00 - 04	0,72
05 - 09	0,21
10 - 14	0,43
15 - 19	0,21
20 - 24	0,00
25 - 29	0,19
30 - 34	0,00
35 - 39	0,45
40 - 44	1,09
45 - 49	1,57
50 - 54	3,02
55 - 59	3,87
60 - 64	5,90
65 - 69	9,85
70 - 74	21,09
75 - 79	28,48
80 e più	99,58
tasso grezzo	12,82

2) Popolazione residente straniera

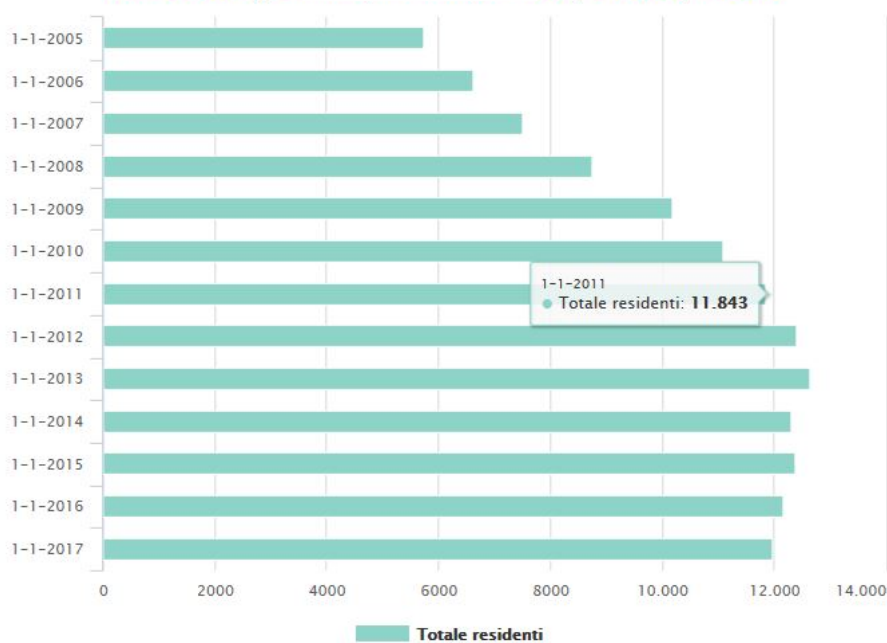
La popolazione straniera residente, pari a 11964 unità, per quasi il 96% compresa tra gli 0 e i 64 anni, ha avuto un incremento in un decennio di 3218 unità, raggiungendo il suo picco tra 2012 e 2013. Si è poi verificata una lievissima flessione dimensionale, tuttora in atto. La presenza straniera ha da un lato arginato l'invecchiamento della popolazione e dall'altro incrementato il numero complessivo di abitanti, sopperendo al ridotto ricambio generazionale tra la popolazione italiana.

Totale residenti per Distretti sanitari di residenza e Anno - distretti sanitari: Distretto Levante -

Distretti sanitari di residenza	1-1-2008	1-1-2009	1-1-2010	1-1-2011	1-1-2012	1-1-2013	1-1-2014	1-1-2015	1-1-2016	1-1-2017
Distretto Levante	8.746	10.169	11.075	11.843	12.402	12.638	12.304	12.365	12.161	11.964
Totale	8.746	10.169	11.075	11.843	12.402	12.638	12.304	12.365	12.161	11.964

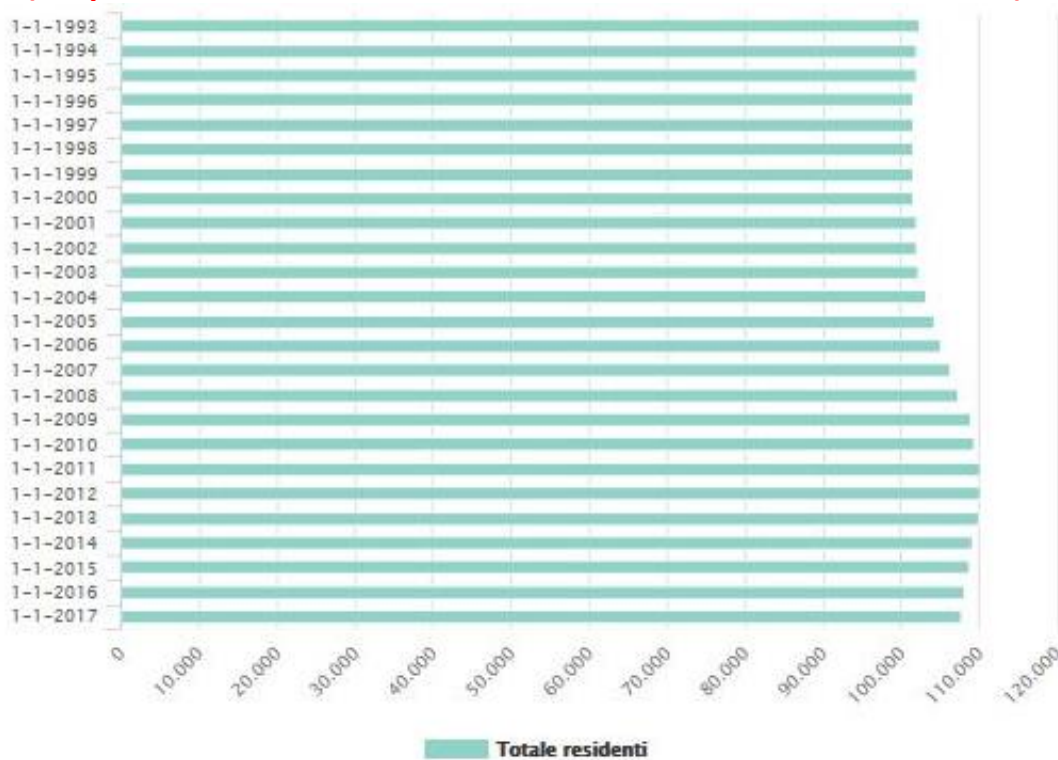
Fonte: Regione Emilia-Romagna

Distretto di Levante: Totale residenti stranieri per anno – serie storica dal 01/01/2005 al 01/01/2017



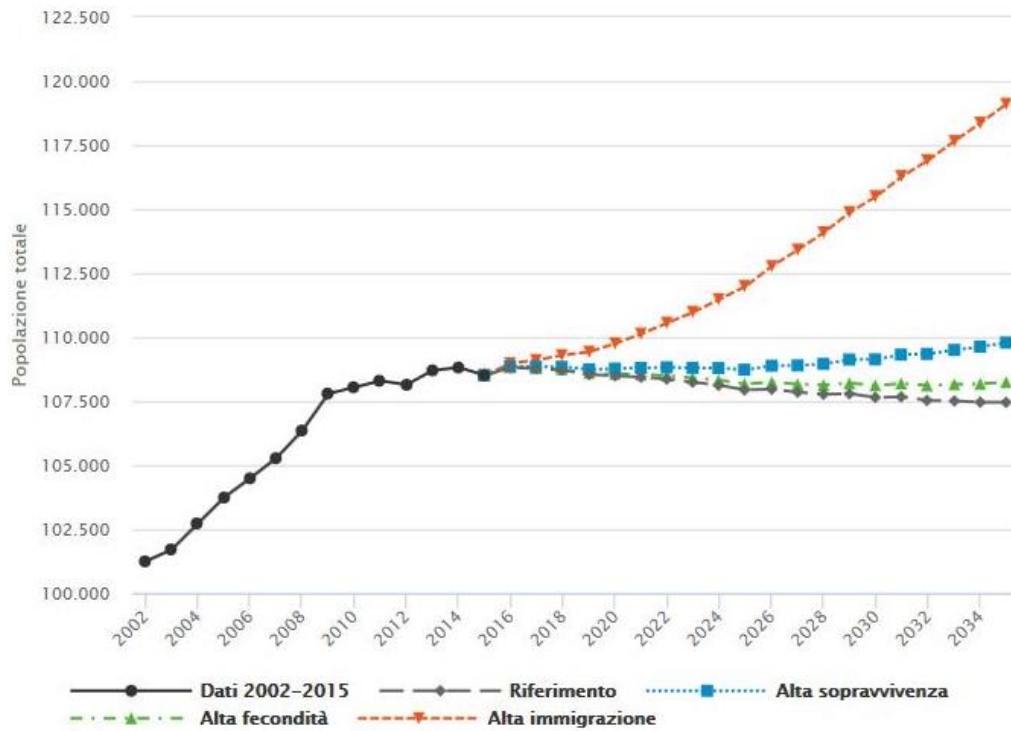
Fonte: Regione Emilia-Romagna

3) 4) Popolazione residente nel Distretto di Levante in serie storica (1993-2017)

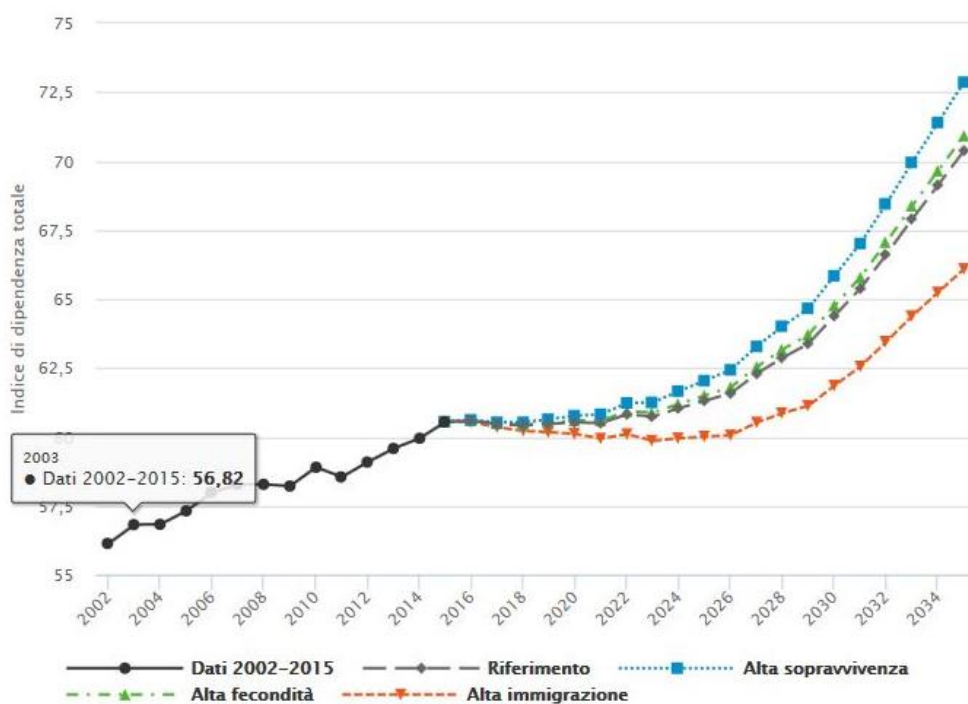


5-9) Scenari demografici

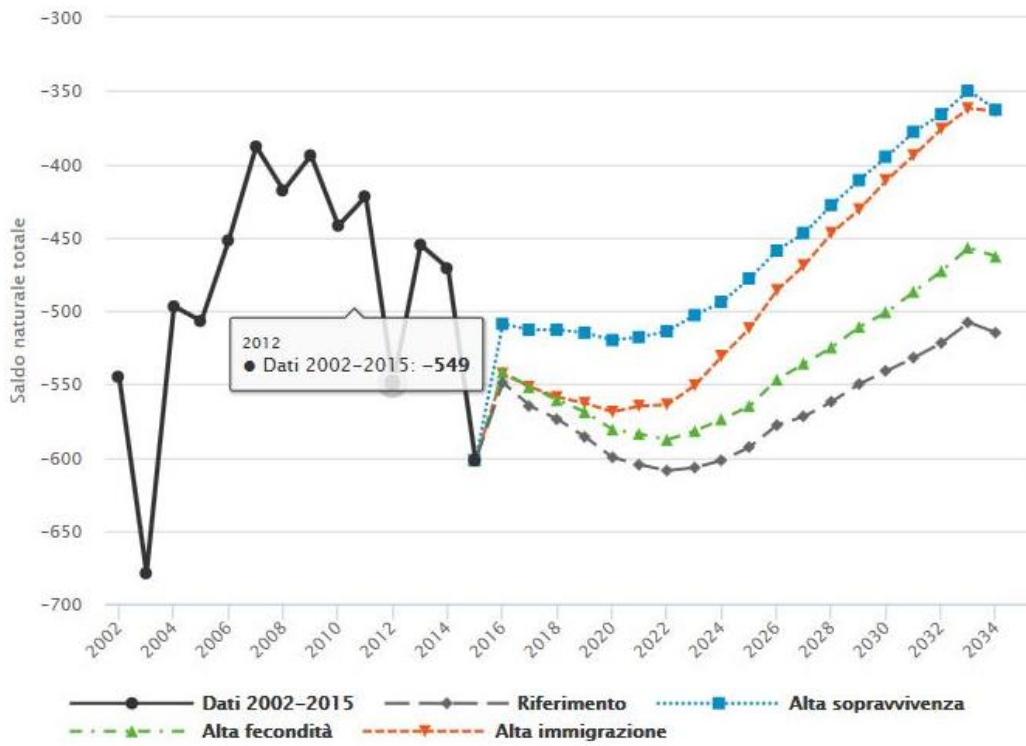
Andamento popolazione residente Levante



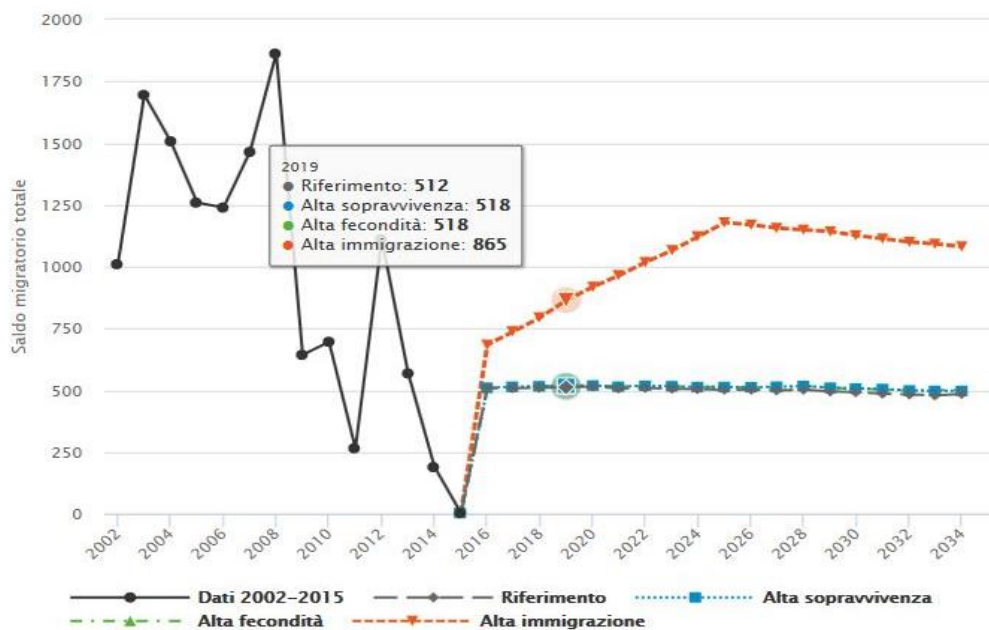
Indice di dipendenza totale



Saldo naturale



Saldo migratorio

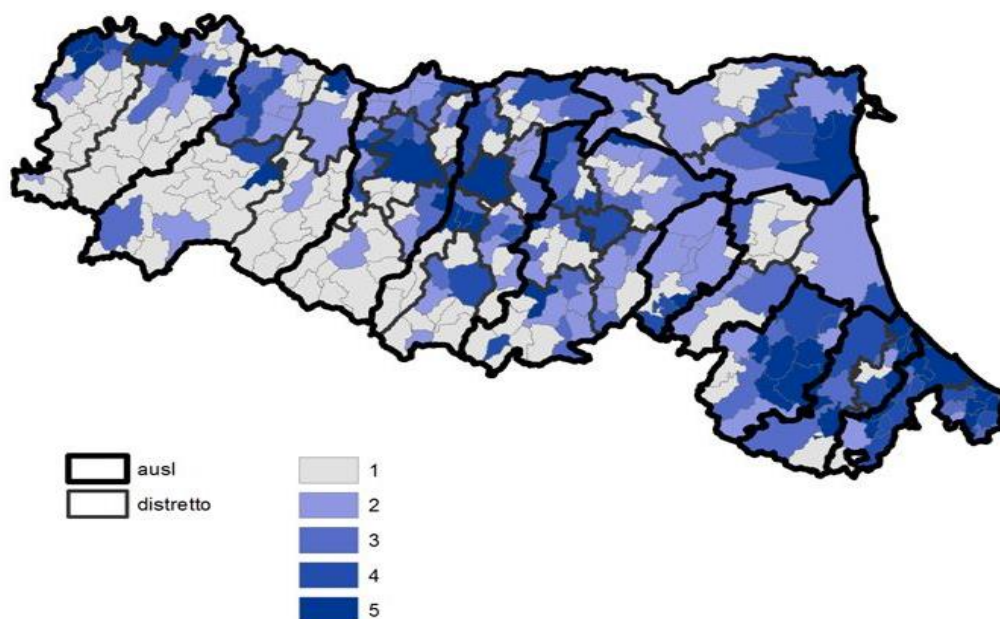


10) Popolazione 25-64 per livello di istruzione e genere – Regioni italiane (2016)

	Istruzione primaria			Istruzione Secondaria			Istruzione terziaria		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Italia	39,9	41,9	37,8	42,4	42,8	42,1	17,7	15,3	20,1
Nord-Ovest	37,4	40,4	34,5	43,9	43,4	44,4	18,7	16,3	21,1
Nord-Est	35,1	37,0	33,2	46,7	47,7	45,8	18,1	15,3	21,0
Centro	33,3	35,3	31,3	45,1	45,7	44,5	21,6	18,9	24,1
Sud	47,1	48,5	45,8	38,0	38,7	37,2	14,9	12,8	16,9
Isole	50,3	52,1	48,5	36,1	36,4	35,8	13,6	11,4	15,7
Piemonte	39,1	41,5	36,8	43,9	43,6	44,2	17,0	14,9	19,0
Valle d'Aosta	41,8	46,1	37,7	42,4	41,6	43,2	15,8	12,4	19,2
Liguria	36,2	38,4	34,0	44,2	44,8	43,6	19,6	16,7	22,4
Lombardia	36,8	40,1	33,5	43,9	43,1	44,7	19,3	16,9	21,8
Provincia Autonoma di Bolzano	32,8	34,4	31,3	50,7	52,0	49,3	16,5	13,6	19,4
Provincia Autonoma di Trento	30,8	32,5	29,2	50,5	51,3	49,6	18,7	16,2	21,2
Veneto	37,6	38,9	36,3	46,2	47,8	44,7	16,2	13,4	19,0
Friuli-Venezia Giulia	33,5	33,4	33,6	49,1	51,1	47,0	17,4	15,4	19,4
Emilia-Romagna	33,6	36,9	30,4	45,7	45,7	45,8	20,7	17,5	23,8
Toscana	36,3	40,1	32,6	43,4	42,2	44,5	20,3	17,6	22,9
Umbria	32,1	33,0	31,2	47,2	48,9	45,7	20,7	18,1	23,1
Marche	36,4	38,2	34,6	44,4	46,3	42,5	19,2	15,5	22,9
Lazio	30,9	32,0	29,8	46,1	47,2	44,9	23,1	20,8	25,3
Abruzzo	36,5	38,4	34,7	46,5	47,9	45,1	17,0	13,8	20,2
Molise	41,0	40,7	41,2	40,7	44,2	37,2	18,4	15,1	21,6
Campania	48,0	49,1	46,9	36,8	37,2	36,4	15,2	13,7	16,7
Puglia	51,1	52,6	49,6	35,6	36,4	34,9	13,3	11,0	15,5
Basilicata	40,0	41,2	38,9	44,1	45,9	42,2	15,9	12,9	18,9
Calabria	46,7	48,4	45,0	38,2	38,6	37,8	15,1	13,0	17,2
Sicilia	50,3	51,1	49,5	36,6	37,5	35,8	13,1	11,4	14,7
Sardegna	50,3	55,1	45,5	34,6	33,4	35,8	15,0	11,4	18,7

Fonte: ISTAT

11) Indice di deprivazione Distretti Regione Emilia-Romagna

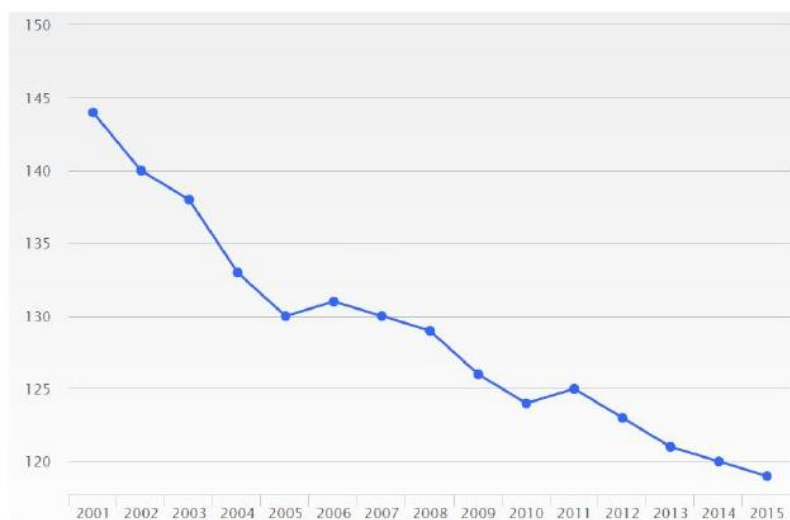


12) Valori al Censimento 2011 degli indicatori e dell'indice di deprivazione

Codice Distretto Sanitario	Nome Distretto	Ist. Bassa	Disoccup.	Ab./100mq	Ab. Affitto	Fam. Monogenitoriali	Indice di deprivazione
4	DISTR. PARMA	24,7%	5,7%	2,18	24,6%	10,1%	-1,72
5	DISTR. FIDENZA DISTR. VALLI TARO E	29,4%	5,9%	2,23	20,1%	10,1%	-0,62
6	CENO	34,4%	5,6%	2,11	15,1%	10,1%	-1,34
7	DISTR. SUD EST DISTR. MONTECCHIO	30,2%	4,8%	2,14	16,7%	9,5%	-3,90
8	EMILIA	31,5%	7,4%	2,34	16,8%	9,3%	0,15
9	DISTR. REGGIO EMILIA	27,4%	8,6%	2,43	20,7%	9,9%	2,57
10	DISTR. GUASTALLA	32,1%	7,2%	2,14	17,3%	9,6%	-0,66
11	DISTR. CORREGGIO	31,6%	6,0%	2,25	16,8%	8,9%	-2,53
12	DISTR. SCANDIANO DISTR. CASTELNUOVO	30,4%	6,8%	2,43	15,7%	10,1%	0,82
13	NE' MONTI	34,8%	5,5%	2,18	11,1%	9,4%	-3,04
14	DISTR. CARPI	31,3%	7,2%	2,24	17,7%	10,0%	0,60
15	DISTR. MIRANDOLA	31,4%	6,4%	2,17	16,8%	9,9%	-1,10
16	DISTR. MODENA	26,4%	7,5%	2,29	25,9%	10,3%	2,23
17	DISTR. SASSUOLO DISTR. PAVULLO NEL	30,9%	7,1%	2,44	18,5%	11,1%	3,78
18	FRIGNANO	31,1%	5,9%	2,23	14,1%	10,0%	-1,90
19	DISTR. VIGNOLA DISTR. CASALECCHIO	30,9%	5,8%	2,33	18,6%	9,8%	-0,40
20	DI RENO	28,6%	5,7%	2,34	19,1%	10,4%	0,00

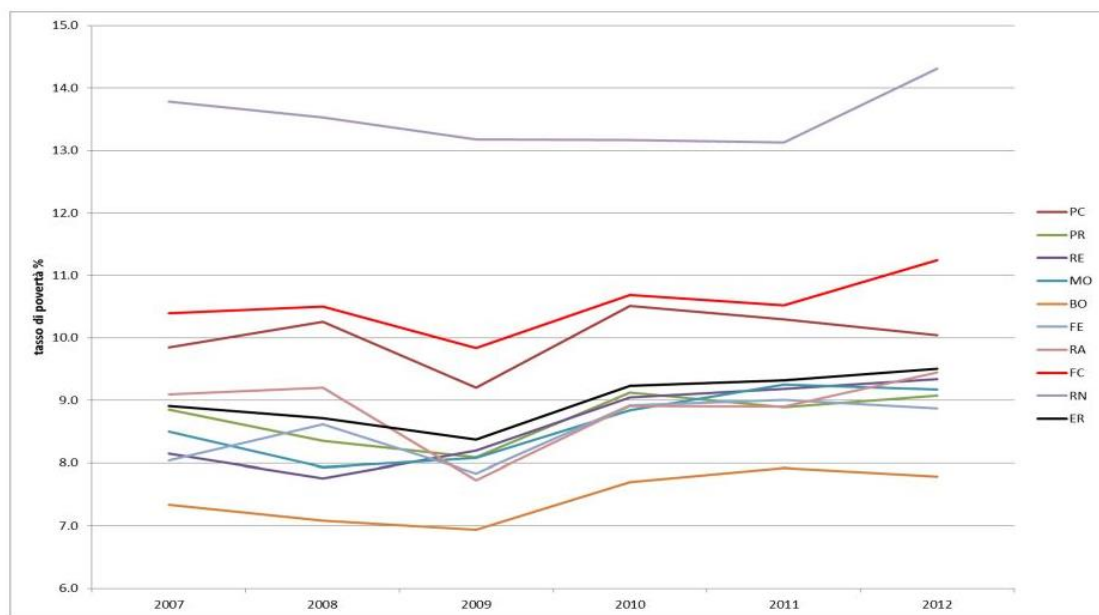
DISTR. PORRETTA							
21 TERME	31,1%	6,4%	2,22	16,5%	9,7%	-1,15	
DISTR. SAN LAZZARO							
22 DI SAVENA	27,0%	5,6%	2,30	18,3%	10,4%	-1,20	
23 DISTR. IMOLA	29,1%	5,5%	2,31	19,0%	9,8%	-1,35	
25 DISTR. PIANURA EST	29,5%	5,9%	2,38	15,7%	9,5%	-1,74	
DISTR. PIANURA							
26 OVEST	29,7%	6,5%	2,41	16,6%	9,9%	0,18	
DISTR. CITTÀ DI							
27 BOLOGNA	22,8%	7,0%	2,29	28,9%	10,2%	1,12	
30 DISTR. OVEST	31,4%	6,4%	2,13	14,5%	10,2%	-1,45	
31 DISTR. CENTRO-NORD	29,1%	7,0%	2,07	18,3%	10,0%	-1,38	
32 DISTR. SUD-EST	37,0%	7,5%	2,18	14,1%	10,4%	2,10	
35 DISTR. RAVENNA	27,5%	6,5%	2,19	15,0%	10,5%	-1,67	
36 DISTR. LUGO	31,9%	6,2%	1,99	14,5%	10,5%	-2,13	
37 DISTR. FAENZA	29,6%	5,2%	2,25	19,7%	10,2%	-0,99	
38 DISTR. FORLÌ	29,1%	6,5%	2,36	19,4%	10,9%	2,03	
DISTR. CESENA-VALLE							
39 DEL SAVIO	29,3%	6,1%	2,39	16,8%	11,0%	1,35	
40 DISTR. RIMINI	27,1%	8,2%	2,54	17,9%	11,2%	4,32	
41 DISTR. RICCIONE	27,6%	9,7%	2,60	15,2%	11,6%	6,28	
DISTR.							
CASTELFRANCO							
44 EMILIA	29,9%	6,0%	2,45	16,6%	9,2%	-1,19	
49 DISTR. RUBICONE	30,6%	8,2%	2,54	15,3%	11,0%	4,50	
DISTR. CITTÀ DI							
50 PIACENZA	24,4%	6,8%	2,30	26,6%	11,1%	2,49	
51 DISTR. LEVANTE	32,3%	5,4%	2,18	17,5%	10,0%	-1,28	
52 DISTR. PONENTE	30,0%	6,1%	2,18	16,9%	9,9%	-1,78	
Emilia-Romagna	28,7%	6,7%	2,29	19,3%	10,3%		

13) Prodotto interno lordo (PIL) pro capite Regione Emilia-Romagna



Fonte: Regione Emilia Romagna

Andamento temporale tasso di povertà province Emilia-Romagna



Indagine qualità della vita 2017 – Italia Oggi: posizionamento Piacenza nelle classifiche degli indicatori economici

INDICATORE qualità della vita	PIACENZA (posizione classifica su 110)	PRIME PROVINCE	ULTIME PROVINCE
Tasso di occupazione	21°	BOLZANO BOLOGNA BELLUNO	CASERTA PALERMO REGGIO CALABRIA
Tasso di disoccupazione	31°	BOLZANO REGGIO EMILIA BERGAMO	PALERMO MEDIO CAMPIDANO CROTONE
Importo medio protesti per abitante	38°	BOLZANO GORIZIA TRIESTE	MILANO ROMA FROSINONE
Spesa media mensile pro capite per consumi	9°	BOLZANO MILANO BOLOGNA	REGGIO CALABRIA CROTONE VIBO VALENTIA
Importo medio pensione mese (euro)	30° (898,8)	MILANO (1161,8) MONZA BRIANZA TORINO	CAMPOBASSO AGRIGENTO CATANZARO (493,7)
Depositi bancari pro capite	20°	MILANO BOLZANO SONDRIO	REGGIO CALABRIA CROTONE VIBO VALENTIA

Fonte: Italia Oggi - Qualità della vita 2017

Mercato del Lavoro

14) Tassi di occupazione, disoccupazione, attività in provincia di Piacenza, Emilia-Romagna

Fonte: ISTAT

Disoccupazione e occupazione per genere

	2015			2016			2017		
	Piacenza	Emilia Romagna	Italia	Piacenza	Emilia Romagna	Italia	Piacenza	Emilia Romagna	Italia
Tasso di occupazione	64,4%	66,7%	56,3%	66,3%	68,4%	57,2%	69,4%	68,6	58%
<i>Maschi</i>	72,7%	73,8%	65,5%	73,7%	74,7%	66,5%	76,8%	75,2%	67,1%
<i>Femmine</i>	56%	59,7%	47,2%	58,7%	62,2%	48,1%	61,8%	62,1%	48,9%
Tasso di disoccupazione	8,8%	7,7%	11,9%	7,5%	6,9%	11,7%	6,1%	6,5%	11,2%
<i>Maschi</i>	7,5%	6,6%	11,3%	6,6%	6,0%	10,9%	5,4%	5,3%	10,3%
<i>Femmine</i>	10,5%	9,1%	12,7%	8,7%	8,0%	12,8%	7,1%	8%	12,4%
Tasso di attività	70,8%	72,4%	64%	71,8%	73,6%	64,9%	74%	73,5%	65,4%
<i>Maschi</i>	78,9%	65,7%	74,1%	79,1%	67,7%	74,8%	81,3%	79,5%	75%
<i>Femmine</i>	62,7%	79,2%	54,1%	64,4%	79,6%	55,2%	66,6%	67,5%	55,9%

Disoccupazione e occupazione per classi di età

	15-64 anni			15-24 anni		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Tasso di occupazione	76,8%	61,8%	69,4%	27,4%	22,3%	25,0%
Tasso di disoccupazione	5,4%	7,1%	6,1%	19,0%	20,8%	19,8%

Nel 2017 6900 persone hanno rilasciato, nel territorio provinciale, la dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro (DID): in questo flusso risultano equamente rappresentate la componente femminile (50,7%) e quella maschile (49,3%), ma non quella straniera (37,7%) assai superiore – in percentuale - a quella degli stranieri sul complesso della popolazione residente in età lavorativa. Nonostante l'incremento dei tassi di occupazione 2017 rispetto a quelli 2016, permangono gravi rischi di inoccupazione nella fascia più giovane delle forze di lavoro, ove peraltro inizia ad avere un peso rilevante la componente straniera, immigrata o di seconda generazione: il segmento del mercato del lavoro tra i 15 e i 24 anni non ha pienamente beneficiato, come ci si aspettava a livello nazionale della crescita dell'apprendistato.

TAVOLA 7. OCCUPATI, DISOCCUPATI, FORZE DI LAVORO E TASSI DI OCCUPAZIONE, DISOCCUPAZIONE E ATTIVITÀ PER SESSO IN PROVINCIA DI PIACENZA. Anni 2015-2016 e 2008, valori assoluti (in migliaia) e percentuali

Forze di lavoro e indicatori del mercato del lavoro	Maschi	Femmine	Totale
2016			
Valori assoluti (in migliaia, medie annue)			
Occupati	69	53	122
Persone in cerca di occupazione	5	5	10
Forze di lavoro	74	58	132
Percentuali			
Tasso di occupazione (a)	73,7	58,7	66,3
Tasso di disoccupazione (b)	6,6	8,7	7,5
Tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni)	(d) ...	(d) ...	25,4
Tasso di disoccupazione giovanile (15-29 anni)	(d) ...	(d) ...	16,4
Tasso di attività (c)	79,1	64,4	71,8
2015			
Valori assoluti (in migliaia, medie annue)			
Occupati	69	51	120
Persone in cerca di occupazione	6	6	12
Forze di lavoro	75	57	131
Percentuali			
Tasso di occupazione (a)	72,7	56,0	64,4
Tasso di disoccupazione (b)	7,5	10,5	8,8
Tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni)	(d) ...	(d) ...	31,1
Tasso di disoccupazione giovanile (15-29 anni)	(d) ...	(d) ...	22,1
Tasso di attività (c)	78,9	62,7	70,8
2008			
Valori assoluti (in migliaia, medie annue)			
Occupati	72	52	124
Persone in cerca di occupazione	1	1	2
Forze di lavoro	73	53	126
Percentuali			
Tasso di occupazione (a)	77,8	58,4	68,2
Tasso di disoccupazione (b)	1,9	1,9	1,9
Tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni)	(d) ...	(d) ...	9,3
Tasso di disoccupazione giovanile (15-29 anni)	(d) ...	(d) ...	5,9
Tasso di attività (c)	79,3	59,5	69,5

(a) rapporto percentuale fra gli occupati e la popolazione di 15-64 anni di età

(b) rapporto percentuale fra le persone in cerca di occupazione e le forze di lavoro

(c) rapporto percentuale fra le forze di lavoro e la popolazione di 15-64 anni di età

(d) dati scarsamente significativi

Fonte: *Rilevazione sulle forze di lavoro (Istat)*

15) Imprese e addetti

Sono 29.560 le imprese registrate a Piacenza a fine 2017, consistenza che accusa una riduzione di 363 unità rispetto al dato del 2016. In termini numerici assoluti il settore che accusa la diminuzione più marcata delle imprese registrate è quello del commercio che, nell'ultimo anno, ha perso 125 unità, a seguire poi l'agricoltura, che ha perso 104 aziende e il comparto delle costruzioni (-87 imprese). Sia agricoltura che commercio che costruzioni sono settori in cui è ampia la percentuale di lavoratori stranieri: la loro chiusura si traduce in un decremento dei tassi occupazionali anche per la componente straniera, oltre che per quella italiana. Il comparto agricolo ha perso 1.250 realtà aziendali dal 2007, passando da 6.313 a 5.059 imprese attive, mentre per il settore delle costruzioni il declino è iniziato a partire dal 2012 e sono più di 800 le imprese cessate fino ad oggi. Contestualmente,

crescono le imprese straniere, che denotano una tendenza imprenditoriale da non sottovalutarsi tra la cittadinanza straniera: sono 3.281 le imprese gestite da stranieri in provincia di Piacenza e rappresentano l'11,1% del totale delle imprese registrate. Le dinamiche anagrafiche dell'anno evidenziano un saldo positivo di 64 unità e un tasso di crescita del 2%. Con una incidenza dell'11,1% sul totale delle imprese registrate Piacenza si colloca al 18° posto nella graduatoria delle province italiane per presenza di imprese straniere, classifica che assegna la prima piazza alla provincia di Prato con una quota del 27,9%, mentre il dato medio nazionale è pari al 9,6%.

Dati di consistenza delle Unità Locali dislocate nel Comune di Fiorenzuola d'Arda al 31 Dicembre 2017. Le tabelle riportano l'articolazione per attività economica (settori e divisioni Ateco2007) con l'indicazione degli addetti (vedi nota allegata) e per tipologia di Unità Locale

Unità Locali e Addetti per divisione di attività economica

Comune di Fiorenzuola D'Arda - Dicembre 2017

Divisione Atecori2007	Registrate	Attive	Addetti totali
A 01 Coltivazioni agricole e produzione di prodotti animali, c...	170	170	171
B 08 Altre attività di estrazione di minerali da cave e miniere	3	2	0
C 10 Industrie alimentari	33	28	255
C 11 Industria delle bevande	2	2	7
C 13 Industrie tessili	3	3	2
C 14 Confezione di articoli di abbigliamento; confezione di ar...	8	8	10
C 15 Fabbricazione di articoli in pelle e simili	8	5	25
C 16 Industria del legno e dei prodotti in legno e sughero (es...	10	7	38
C 18 Stampa e riproduzione di supporti registrati	5	5	14
C 20 Fabbricazione di prodotti chimici	5	4	23
C 22 Fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche	3	3	18
C 23 Fabbricazione di altri prodotti della lavorazione di miner..	9	8	27
C 24 Metallurgia	1	1	0
C 25 Fabbricazione di prodotti in metallo (esclusi macchinari ...	56	48	431
C 26 Fabbricazione di computer e prodotti di elettronica e ott...	4	4	343

C 27 Fabbricazione di apparecchiature elettriche ed apparecchi...	5	5	6
C 28 Fabbricazione di macchinari ed apparecchiature nca	43	37	302
C 31 Fabbricazione di mobili	5	3	12
C 32 Altre industrie manifatturiere	17	16	38
C 33 Riparazione, manutenzione ed installazione di macchine ed...	14	14	24
D 35 Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condiz...	18	18	2
E 36 Raccolta, trattamento e fornitura di acqua	2	2	0
E 37 Gestione delle reti fognarie	1	1	2
E 38 Attività di raccolta, trattamento e smaltimento dei rifiu...	3	3	3
F 41 Costruzione di edifici	60	51	59
F 42 Ingegneria civile	5	3	39
F 43 Lavori di costruzione specializzati	162	157	242
G 45 Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di au...	95	84	219
G 46 Commercio all'ingrosso (escluso quello di autoveicoli e d...	171	163	538
G 47 Commercio al dettaglio (escluso quello di autoveicoli e d...	348	330	539
H 49 Trasporto terrestre e mediante condotte	88	84	560
H 50 Trasporto marittimo e per vie d'acqua	1	1	4
H 52 Magazzinaggio e attività di supporto ai trasporti	17	15	227
H 53 Servizi postali e attività di corriere	2	2	9
I 55 Alloggio	7	5	39
I 56 Attività dei servizi di ristorazione	115	105	510
J 58 Attività editoriali	2	2	43
J 59 Attività di produzione cinematografica, di video e di pro...	2	2	1
J 62 Produzione di software, consulenza informatica e attività...	11	11	6
J 63 Attività dei servizi d'informazione e altri servizi infor...	22	22	32
K 64 Attività di servizi finanziari (escluse le assicurazioni ...	20	19	3
K 66 Attività ausiliarie dei servizi finanziari e delle attivi...	38	38	68
L 68 Attivita' immobiliari	71	61	172
M 69 Attività legali e contabilità	6	6	0
M 70 Attività di direzione aziendale e di consulenza gestional...	15	15	74
M 71 Attività degli studi di architettura e d'ingegneria; coll...	15	14	21
M 72 Ricerca scientifica e sviluppo	1	1	0

M 73 Pubblicità e ricerche di mercato	12	8	9
M 74 Altre attività professionali, scientifiche e tecniche	14	14	47
N 77 Attività di noleggio e leasing operativo	7	7	8
N 78 Attività di ricerca, selezione, fornitura di personale	3	3	207
N 79 Attività dei servizi delle agenzie di viaggio, dei tour o...	9	7	3
N 80 Servizi di vigilanza e investigazione	1	1	0
N 81 Attività di servizi per edifici e paesaggio	12	12	126
N 82 Attività di supporto per le funzioni d'ufficio e altri se...	19	18	31
P 85 Istruzione	4	4	12
Q 86 Assistenza sanitaria	7	7	20
Q 88 Assistenza sociale non residenziale	5	5	45
R 90 Attività creative, artistiche e di intrattenimento	7	6	7
R 92 Attività riguardanti le lotterie, le scommesse, le case d...	3	3	2
R 93 Attività sportive, di intrattenimento e di divertimento	22	21	88
S 94 Attività di organizzazioni associative	1	1	0
S 95 Riparazione di computer e di beni per uso personale e per...	15	15	13
S 96 Altre attività di servizi per la persona	82	80	128
T 98 Produzione di beni e servizi indifferenziati per uso prop...	1	1	0
X Imprese non classificate	37	4	15
Grand Total	1.963	1.805	5.919

Fonte: Elaborazioni CCIAA di Piacenza su dati Infocamere

Unità Locali e Addetti per settore di attività economica

Comune di Fiorenzuola D'Arda - Dicembre 2017

Settore ATECORI2007	Registrate	Attive	Addetti totali
A Agricoltura, silvicoltura pesca	170	170	171
B Estrazione di minerali da cave e miniere	3	2	0
C Attività manifatturiere	231	201	1.575
D Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condiz...	18	18	2
E Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione d...	6	6	5
F Costruzioni	227	211	340
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di aut...	614	577	1.296
H Trasporto e magazzinaggio	108	102	800
I Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	122	110	549
J Servizi di informazione e comunicazione	37	37	82
K Attività finanziarie e assicurative	58	57	71
L Attività immobiliari	71	61	172
M Attività professionali, scientifiche e tecniche	63	58	151
N Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imp...	51	48	375
P Istruzione	4	4	12
Q Sanità e assistenza sociale	12	12	65
R Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e diver...	32	30	97
S Altre attività di servizi	98	96	141
T Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro p...	1	1	0
X Imprese non classificate	37	4	15
Grand Total	1.963	1.805	5.919

Fonte: Elaborazioni CCIAA di Piacenza su dati Infocamere

Unità Locali per settore di attività e per tipo di localizzazione

Comune di Fiorenzuola D'Arda - Dicembre 2017

Settore	Tipo Localizzazione			Grand Total
	Sede di impresa	U.L. con sede in Provincia	U.L. con sede Fuori Provincia	
	Registrate	Registrate	Registrate	Registrate
A Agricoltura, silvicoltura pesca	156	4	10	170
B Estrazione di minerali da cave e miniere	1	1	1	3
C Attività manifatturiere	168	32	31	231
D Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condiz...	6	3	9	18
E Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione d...	4	1	1	6
F Costruzioni	200	21	6	227
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio;	478	71	65	614

riparazione di aut...				
H Trasporto e magazzinaggio	74	16	18	108
I Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	101	14	7	122
J Servizi di informazione e comunicazione	32	3	2	37
K Attività finanziarie e assicurative	32	11	15	58
L Attività immobiliari	65	1	5	71
M Attività professionali, scientifiche e tecniche	42	13	8	63
N Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imp...	36	6	9	51
P Istruzione	3	1	0	4
Q Sanità e assistenza sociale	8	2	2	12
R Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e diver...	21	8	3	32
S Altre attività di servizi	85	8	5	98
T Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro p...	1	0	0	1
X Imprese non classificate	31	3	3	37
Grand Total	1.544	219	200	1.963

LE FAMIGLIE

Appare evidente l'ampiezza del fenomeno delle famiglie unipersonali nel territorio, pari a 16.940 (35,5% del totale) , di cui la metà è costituita da persone anziane sole. Per quanto riguarda le famiglie composte da 5 o più membri, risultano essere pari al 4,52 % nel territorio di Levante.

Le famiglie al cui interno vi sono stranieri rappresentano il 10,74 % del totale, con una forte presenza di minori al loro interno.

16) Famiglia per numero di componenti anziani (2017)

Numero di famiglie per Numero componenti e Numero di componenti anziani (65+) - Distretto: Piacenza - Distr. Levante - Anno 2017

■ Anno selezionato:

Numero componenti	0	1	2	3 e più	Totale
1	8.344	8.596	0	0	16.940
2	6.012	3.083	4.516	0	13.611
3	6.294	1.187	1.266	74	8.821
4	5.325	527	300	37	6.189
5 e più	1.610	368	168	9	2.155
Totale	27.585	13.761	6.250	120	47.716

Fonte: Regione Emilia-Romagna

17) Famiglie per numero di componenti stranieri e numero minori (2017)

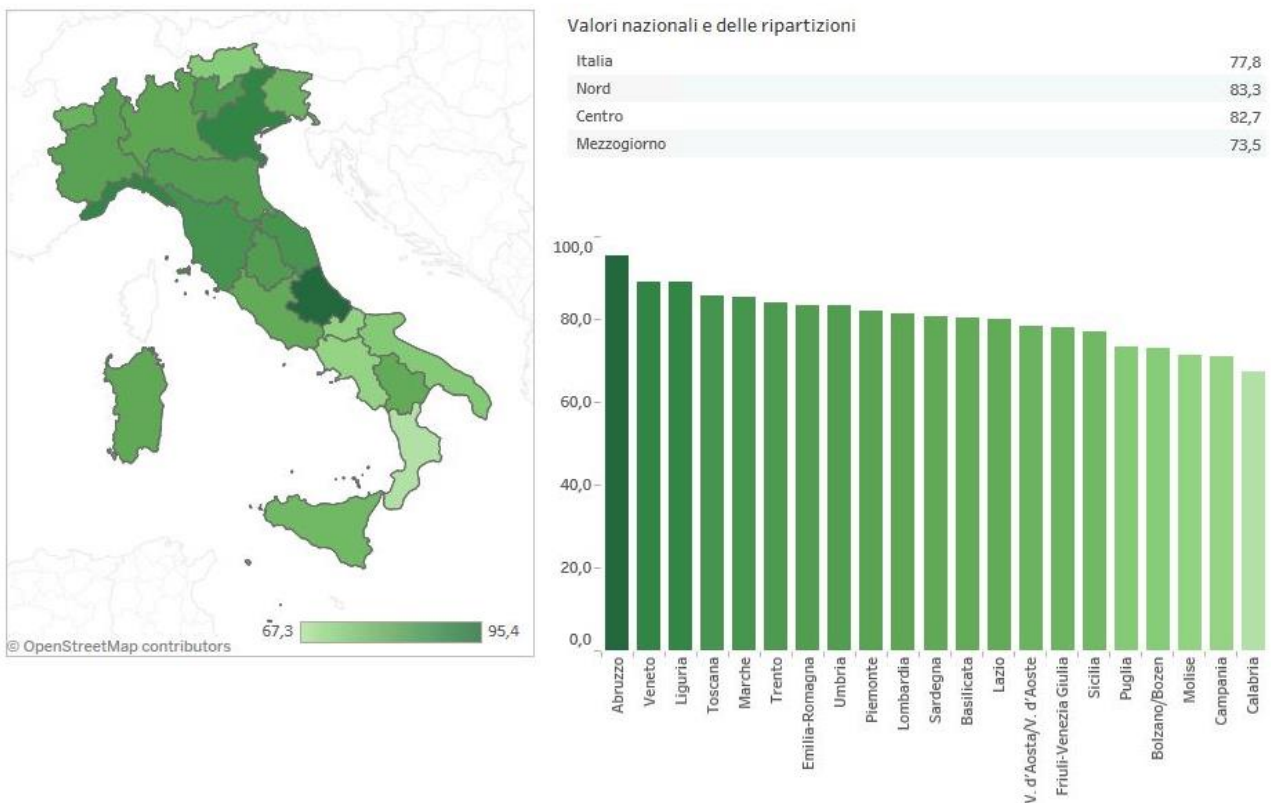
Numero di famiglie per Componenti stranieri e Numero di componenti minorenni - Distretto: Piacenza - Distr. Levante
Anno 2017

Anno selezionato:

Componenti stranieri	0	1	2	3	4 e più	Totale
Nessuno Straniero	34.504	4.679	2.899	439	68	42.589
Alcuni Stranieri	685	430	310	119	33	1.577
Tutti Stranieri	2.018	638	646	181	67	3.550
Totale	37.207	5.747	3.855	739	168	47.716

Fonte: Regione Emilia-Romagna

18) Lavoro e conciliazione tempi di vita



19) Reddito medio familiare annuo Emilia-Romagna (2015)

	Emilia Romagna	Italia
Reddito da lavoro dipendente	37878	34716
Reddito da lavoro autonomo	43920	36859
Pensioni e trasferimenti pubblici	29041	18649
Totale	34700	29988

20) Famiglie in condizione di povertà

Tasso rischio di povertà – Fonte: rapporto Caritas 2016

Il tasso di rischio di povertà (% 2008-2013 provincia di Piacenza, Emilia Romagna, Italia,

<i>territorio</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Piacenza	9.8	10.3	9.2	10.5	10.3	10.0
Emilia-Romagna	8.9	8.7	8.4	9.2	9.3	9.5
Italia	18.7	18.4	18.2	19.8	19.5	19.3

Tasso di deprivazione materiale – Fonte: rapporto Caritas 2016

Il tasso di deprivazione materiale
(% 2008-2013 provincia di Piacenza, Emilia Romagna, Italia,

<i>Territorio</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Piacenza	8.0	8.8	10.1	12.4	14.1	16.4
Emilia-Romagna	9.7	10.6	11.3	12.4	14.1	16.0
Italia	16.3	16.0	16.8	22.2	25.2	23.8

Il tasso di rischio di povertà, distretti socio-sanitari della provincia di Piacenza

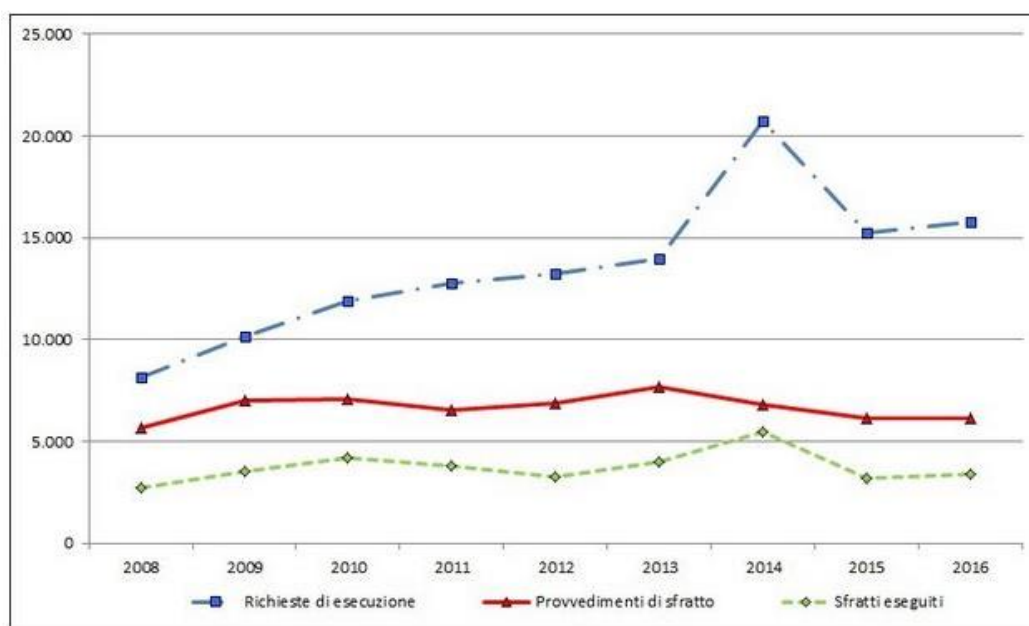
<i>Territorio</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Distretto di Piacenza	9.6	9.6	8.4	10.0	10.2	10.0
Distretto di Levante	9.7	10.6	9.6	10.6	10.2	9.7
Distretto di Ponente	10.5	10.5	9.8	11.0	10.7	10.6
Provincia di Piacenza	9.8	10.3	9.2	10.5	10.3	10.0

- Il tasso di deprivazione materiale distretti socio-sanitari della provincia di Piacenza

<i>Territorio</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Distretto di Piacenza	8.9	10.3	11.1	14.9	16.0	16.8
Distretto di Levante	7.4	7.4	9.2	11.2	13.1	16.6
Distretto di Ponente	7.7	8.9	9.9	10.9	13.2	15.1
Provincia di Piacenza	8.0	8.8	10.1	12.4	14.1	16.4

21) Disagio abitativo

Andamento delle richieste di esecuzione, dei provvedimenti esecutivi emessi, degli sfratti eseguiti in Emilia-Romagna nel periodo 2008 -2016



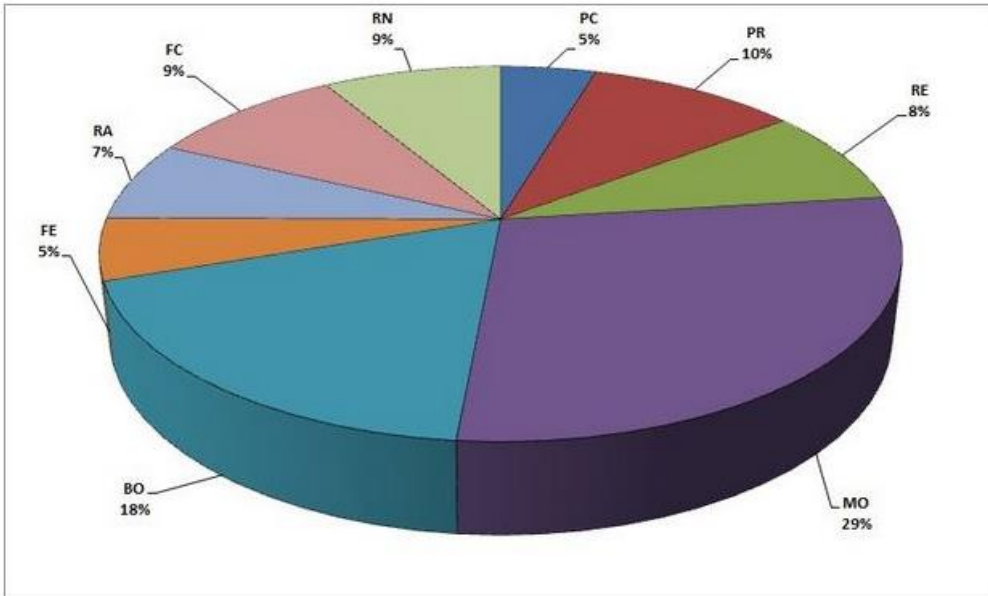
Fonte dati: elaborazione Ervet su dati Ministero dell'Interno

Serie storica dei provvedimenti di sfratto emessi in Emilia-Romagna, nel capoluogo e negli altri comuni della provincia. Anni 2011 - 2015

Area	Provvedimenti di sfratto emessi								
	Necessità locatore		Finita locazione		Morosità/altra causa		Totale		Totale
	cap.	altri com.	cap.	altri com.	cap.	altri com.	cap.	altri com.	
Anno 2015									
Piacenza	0	0	10	5	190	150	200	155	355
Parma	0	0	9	11	335	280	344	291	635
Reggio Emilia	0	0	9	19	302	250	311	269	580
Modena	0	0	7	14	474	892	481	906	1.387
Bologna	0	0	59	9	1.109	124	1.168	133	1.301
Ferrara	0	0	12	10	169	107	181	117	298
Ravenna	0	0	1	9	165	237	166	246	412
Forlì - Cesena (*)	0	0	0	34	0	484	0	518	518
Rimini	0	0	6	5	332	316	338	321	659
Regione	0	0	113	116	3.076	2.840	3.189	2.956	6.145
Italia	1.773	1.482	2.292	2.114	26.007	31.008	30.072	34.604	64.676
Anno 2016									
Piacenza	0	0	11	5	156	109	167	114	281
Parma	0	0	9	11	294	304	303	315	618
Reggio Emilia	0	0	12	3	278	218	290	221	511
Modena	0	0	7	9	975	751	982	760	1.742
Bologna	0	0	50	13	837	221	887	234	1.121
Ferrara	0	0	8	10	184	124	192	134	326
Ravenna	0	0	10	15	161	236	171	251	422
Forlì - Cesena (*)	0	0	0	40	0	537	0	577	577
Rimini	0	0	13	4	270	239	283	243	526
Regione	0	0	120	110	3.155	2.739	3.275	2.849	6.124
Italia	1.517	1.022	2.330	2.020	24.858	29.971	28.705	33.013	61.718

Fonte dati: elaborazione Ervet su dati Ministero dell'Interno

Provvedimenti di sfratto emessi nelle province dell'Emilia-Romagna nel 2016



Fonte dati: elaborazione Ervet su dati Ministero dell'Interno

SEZIONE B - LE RISORSE DELLA COMUNITA'

Il Terzo Settore

22) Organizzazioni di volontariato iscritte al Registro con sede nel territorio del Distretto di Levante per settore di attività.

Le ODV con sede nel Distretto di Levante sono 86, circa metà delle quali sono di ambito sanitario. Il resto delle odv si distribuisce abbastanza equamente nei vari settori. Le ODV iscritte al registro sul territorio provinciale sono 247.

Organizzazioni di Volontariato Levante											
Comuni Distretto di Levante	Settore Prevalente										
	Ambiente, promozione e valorizzazione beni ambientali	Assistenza sociale	Cooperazione e solidarietà internazionale	Cultura, promozione e valorizzazione beni culturali	Filantropia e promozione del volontariato	Istruzione e ricerca	Protezione civile	Ricreazione finalizzata allo scopo solidaristico	Sanità	Sport finalizzato allo scopo solidaristico	
ALSENO				1					1	1	3
BESENZONE											0
BETTOLA	1								3		4
CADEO	1	1							2	2	6
CAORSO						1	1		1	1	4
CARPANETO P.NO	1								3		4
CASTELL'ARQUATO		1			1				1	1	4
CASTELVETRO P.NO							1		2	1	4
CORTEMAGGIORE			1						3	1	5
FARINI									2		2
FERRIERE									1		1
D'ARDA	1	3	2				2		3	1	12
GROPPARELLO	2	1							2		5
LUGAGNANO									3		3
MONTICELLI D'ONGINA				1			1	1	3		6
MORFASSO									2		2
PODENZANO									1		1
PONTE DELL'OLIO	1							1	3		5
PONTENURE	1		1				1		2		5
SAN GIORGIO P.NO	1						1	1	2		5
CERRO											0
VERNASCA			1								1
VIGOLZONE									1	1	2
VILLANOVA							1		1		2
	9	6	5	2	1	1	8	3	42	9	86

23) Associazioni di Promozione Sociale iscritte al Registro con sede sul territorio del Distretto di Levante per settore di attività.

Le APS con sede nel Distretto di Levante sono 48, con una forte componente culturale rispetto al resto degli ambiti di attività. Le APS iscritte al registro sul territorio provinciale sono 194.

Associazioni di Promozione Sociale LEVANTE

Comuni Distretto di Levante	Settore Prevalente								
	Attività intrattenimento ricreativa	Ambiente	Cultura	Istruzione educazione formazione	Pace e solidarietà internazionale	Sport	Tutela diritti civili	Tutela tradizioni locali	Altro
ALSENO	1		1			1			
BESENZONE				1					
BETTOLA					1	1	1		1
CADEO									
CAORSO									
CARPANETO P.NO		1	1					1	
CASTELL'ARQUATO			1						2
CASTELVETRO P.NO									
CORTEMAGGIORE			2			1			
FARINI			1						
FERRIERE	2	1				1			1
FIORENZUOLA D'ARDA			4				2	2	
GROPPARELLO									
LUGAGNANO								1	
MONTICELLI D'ONGINA	1							1	
MORFASSO									
PODENZANO			2	1					
PONTE DELL'OLIO			2						
PONTENURE	1		2						
SAN GIORGIO P.NO			2					1	
SAN PIETRO IN CERRO				1					
VERNASCA	1							1	
VIGOLZONE									
VILLANOVA SULL'ARDA									
	6	2	18	3	1	4	3	7	4

24) Cooperative di Solidarietà sociale iscritte al Registro regionale con sede sul territorio distrettuale per settore di attività.

Le Cooperative di Solidarietà Sociale con sede nel territorio del Distretto di Levante sono n. 5; n. 2 cooperative di tipo A e n. 3 cooperative di tipo B, a fronte di 52 iscritte nel registro a livello provinciale. Tuttavia nel Distretto operano numerose cooperative sociali che non hanno sede nel territorio distrettuale ma nel Distretto urbano o in altri Distretti, rendendo di fatto la presenza delle cooperative nel territorio ampia e articolata, con collaborazioni diffuse e molteplici con gli enti locali.

Fonte: Regione Emilia-Romagna.

SEZIONE C – LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE E LA PREVENZIONE

L'ASPETTATIVA DI VITA

25) Speranza di vita alla nascita

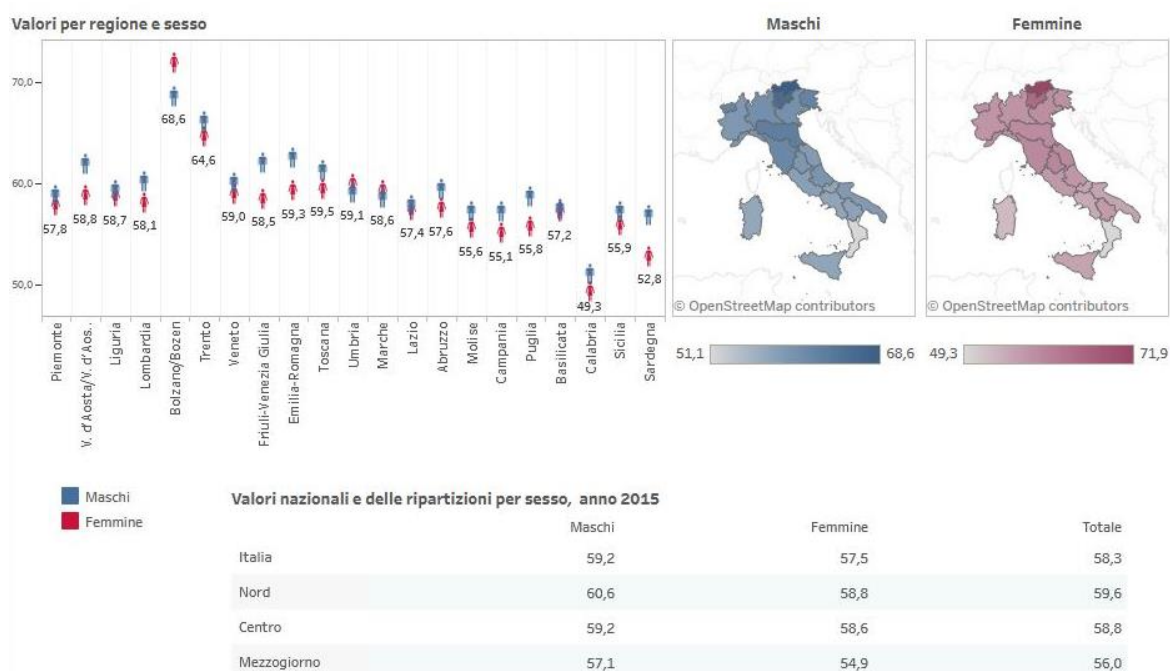
Tipo indicatore		speranza di vita alla nascita - totale									
Selezione periodo		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Territorio											
Italia		81.3	81.4	81.7	81.9	81.9	82.2	82.6	82.3	82.8	
Emilia-Romagna		81.8	82	82.3	82.6	82.5	82.8	83.1	82.9	83.2	
Piacenza		81.2	81.3	81.6	82.2	81.9	82	82.6	82.3	82.8	

Tipo indicatore		speranza di vita alla nascita - maschi									
Selezione periodo		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Territorio											
Italia		78.7	78.9	79.3	79.5	79.6	79.8	80.3	80.1	80.6 (w)	80.6
Emilia-Romagna		79.4	79.7	79.9	80.3	80.2	80.5	81	80.9	81.2 (w)	81.2
Piacenza		78.8	78.5	79.3	79.5	79.4	79.7	80.2	79.7	80.7	..

Tipo indicatore		speranza di vita alla nascita - femmine									
Selezione periodo		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Territorio											
Italia		83.9	84	84.3	84.4	84.4	84.6	85	84.6	85 (e)	84.9
Emilia-Romagna		84.4	84.5	84.8	84.9	84.9	85.1	85.4	85	85.3 (e)	85.4
Piacenza		83.8	84.3	84	85	84.5	84.4	85	85	84.9	..

Fonte: Istat

26) Speranza di vita in buona salute



27) Tasso di mortalità standardizzato per Aziende USL dell'Emilia-Romagna anno 2016

TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ * 100.000 ABITANTI

Anno 2016

MORTALITÀ PER TUTTE LE CAUSE DI MORTE

TOTALE

Azienda USL di residenza	Totale Deceduti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
PIACENZA	3.534	1.229,15	949,75	16,25
PARMA	4.983	1.114,80	920,98	13,25
REGGIO EMILIA	5.493	1.028,99	944,93	12,88
MODENA	7.360	1.047,72	909,73	10,71
BOLOGNA	9.965	1.140,86	891,03	9,09
IMOLA	1.405	1.053,64	844,42	22,86
FERRARA	4.743	1.347,42	983,45	14,47
ROMAGNA	11.973	1.064,49	863,44	8,00
REGIONE	49.456	1.110,27	905,88	4,13

Fonte: Banca dati REM, Regione Emilia-Romagna.

Nota: I tassi standardizzati sono calcolati sui deceduti residenti con metodo diretto.

Nota: La popolazione standard utilizzata per calcolare il tasso standardizzato è quella E.R. residente nell'anno 1998.

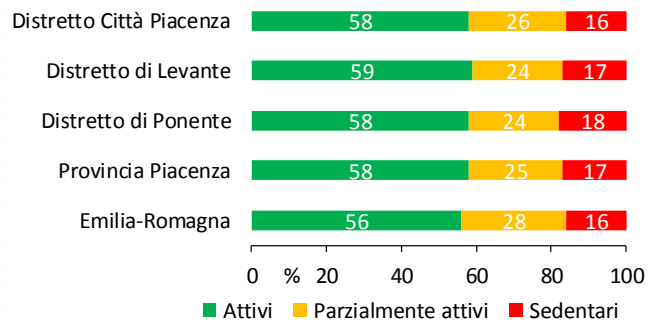
28) Sedentarietà - Fumatori – Bevitori a rischio



Fonte: Regione Emilia-Romagna

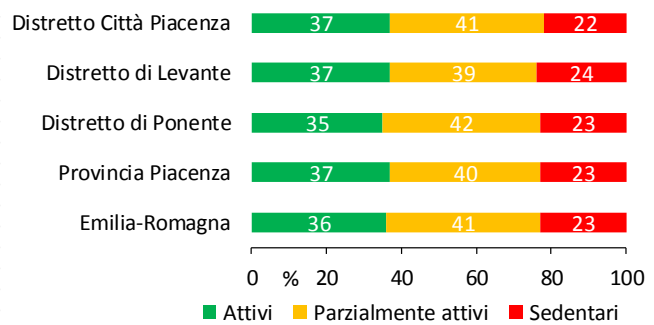
Categorie di attività fisica (nuova definizione) - Dati PASSI 2014-2017

	Attivi	Parzialmente	Sedentari	
Emilia-Romagna	56	28	16	100
Provincia Piacenza	58	25	17	100
Distretto di Ponente	58	24	18	100
Distretto di Levante	59	24	17	100
Distretto Città Piacenza	58	26	16	100

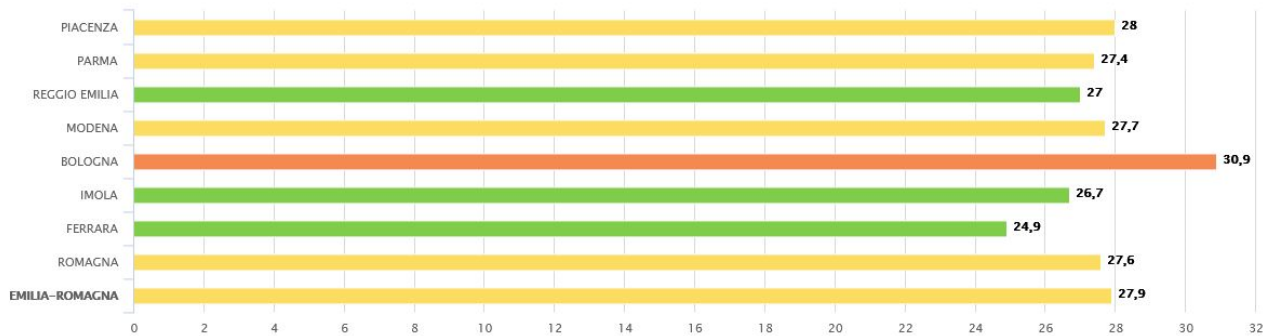


Categorie di attività fisica (vecchia definizione) - Dati PASSI 2014-2017

	Attivi	Parzialmente	Sedentari	
Emilia-Romagna	36	41	23	100
Provincia Piacenza	37	40	23	100
Distretto di Ponente	35	42	23	100
Distretto di Levante	37	39	24	100
Distretto Città Piacenza	37	41	22	100



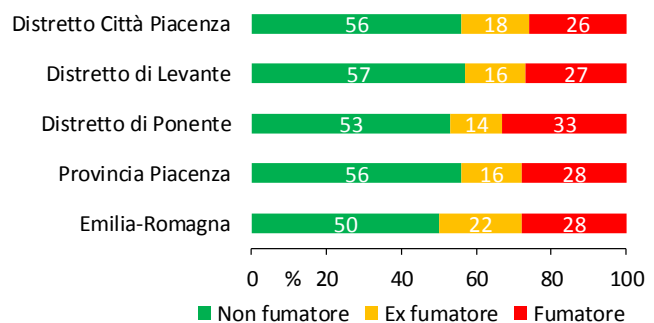
% di fumatori
Anno di riferimento dei dati: 2015-2017

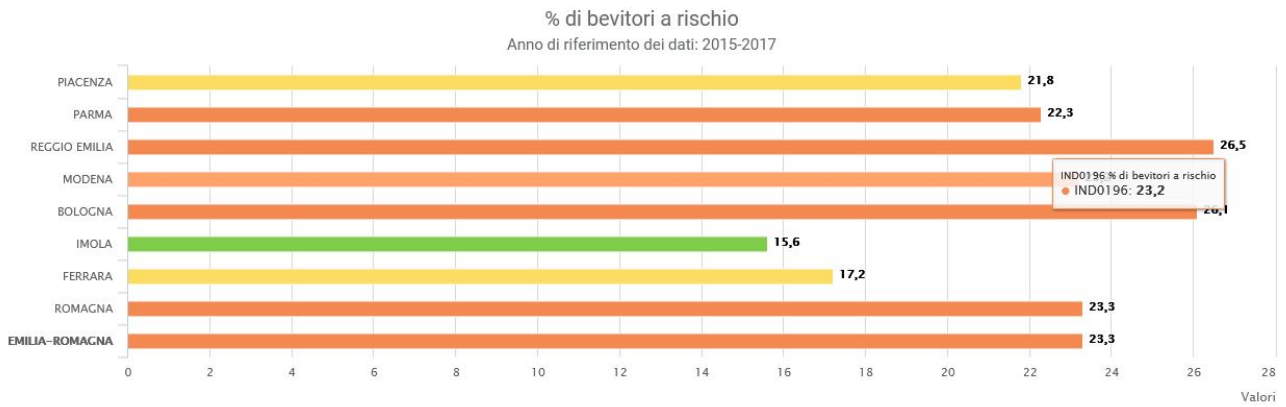


Fonte: Regione Emilia-Romagna

Fumatori - Dati PASSI 2014-2017

	Non fumatori	Ex fumatori	Fumatori	
Emilia-Romagna	50	22	28	100
Provincia Piacenza	56	16	28	100
Distretto di Ponente	53	14	33	100
Distretto di Levante	57	16	27	100
Distretto Città Piacenza	56	18	26	100





Fonte: Regione Emilia-Romagna

Consumatori a maggior rischio - Dati PASSI 2014-2017

	%	IC95%			
Emilia-Romagna	23	22,13	23,68	0,77	0,78
Provincia Piacenza	22	19,83	24,64	2,31	2,5
Distretto di Ponente	22	17,91	27,23	4,31	5,01
Distretto di Levante	21	17,52	25,41	3,68	4,21
Distretto Città Piacenza	23	19,09	27,86	4,1	4,67



LA PREVENZIONE

29) Screening oncologici

	MX			colon			pap+HPV		
	inviti	adesioni	%adesione	inviti	adesioni	%adesione	inviti	adesioni	%adesione
ALSENO	625	477	76,32%	9	1	11,11%	432	321	74,31%
BESENZONE	127	80	62,99%	213	78	36,62%	70	38	54,29%
BETTOLA	324	216	66,67%	6	51	850,00%	166	118	71,08%
CADEO	736	501	68,07%	17	7	41,18%	465	331	71,18%
CAORSO	533	351	65,85%	321	248	77,26%	464	218	46,98%
CARPANETO PIACENTINO	852	618	72,54%	1391	774	55,64%	659	394	59,79%
CASTELL'ARQUATO	567	393	69,31%	9	3	33,33%	327	197	60,24%
CASTELVETRO PIACENTINO	571	229	40,11%	1386	598	43,15%	419	206	49,16%
CORTEMAGGIORE	522	345	66,09%	19	4	21,05%	394	250	63,45%
FARINI	148	88	59,46%	364	170	46,70%	84	50	59,52%
FERRIERE	127	74	58,27%	325	125	38,46%	64	31	48,44%
FIORENZUOLA D'ARDA	1695	1205	71,09%	3201	1363	42,58%	1492	965	64,68%
GROPPARELLO	313	207	66,13%	13	13	100,00%	126	72	57,14%
LUGAGNANO VAL D'ARDA	520	376	72,31%	7	13	185,71%	457	318	69,58%
MONTICELLI D'ONGINA	594	331	55,72%	581	365	62,82%	543	315	58,01%
MORFASSO	144	94	65,28%	279	127	45,52%	57	31	54,39%
PODENZANO	1090	808	74,13%	25	104	416,00%	1165	741	63,61%
PONTE DELL'OLIO	522	355	68,01%	10	3	30,00%	298	182	61,07%
PONTENURE	665	488	73,38%	1365	547	40,07%	360	235	65,28%
SAN GIORGIO PIACENTINO	587	415	70,70%	14	136	971,43%	534	268	50,19%
SAN PIETRO IN CERRO	114	65	57,02%	232	98	42,24%	87	39	44,83%
VERNASCA	255	189	74,12%	2	17	850,00%	152	89	58,55%
VIGOLZONE	458	325	70,96%	9	110	1222,22%	323	185	57,28%
VILLANOVA SULL'ARDA	197	120	60,91%	437	206	47,14%	79	87	110,13%
totale	12286	8350	67,96%	10235	5161	50,43%	9217	5681	61,64%

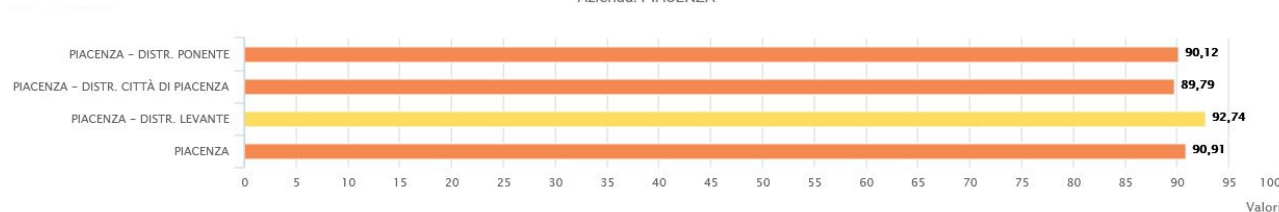
Nello screening del colon alcuni comuni hanno pochi inviti poiché la chiamata è biennale e sono stati coinvolti nell'anno precedente (2016) . L'adesione superiore al 100% relativamente a Villanova si deve al fatto che il programma Ausl conteggia solo gli esami non riferiti al singolo utente.

30) Copertura vaccinale MPR (Morillo, Pertosse, Rosolia) nei bambini

Copertura vaccinale MPR (morillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: PIACENZA



Fonte: Regione Emilia-Romagna

31) Vaccinazione antinfluenzale nelle persone >= 65 anni

Nel 2016 nella provincia di Piacenza è stato vaccinato il 56 per cento degli anziani over 65 anni, un dato superiore alla media regionale (52,7 per cento).

32) Copertura vaccinale Esavalente nei bambini

	polio	difterite	tetano	hep B	pertosse	HIB	morbillo	parotite	rosolia	varicella	pneumococco	meningococco ACW135Y
coperture 24° mese COORTE 2015	3 DOSI	3 DOSI	3 DOSI	3 DOSI	3 DOSI	3 DOSI	1 DOSE	1 DOSE	1 DOSE		3 DOSI	1 DOSE
N.	774	772	774	775	772	764	770	769	770	158	753	746
%	97	96	97	97	96	95	96	96	96	20	94	93
popolazione totale residente	802											

	polio	difterite	tetano	pertosse	morbillo	parotite	rosolia
coperture 7° anno COORTE 2010	4 DOSI	4 DOSI	4 DOSI	4 DOSI	2 DOSI	2 DOSI	2 DOSI
N.	879	878	881	876	820	820	819
%	94	94	94	94	93	92	92

popolazione
totale residente 938

SICUREZZA SUL LAVORO

33) Percentuale di richieste infortuni concluse con violazioni

TOTALI	2016	2017
N° aziende ispezionate	1.117	1.142
riscontro violazione delle norme con Atti di Polizia Giudiziaria	86	145
	7,70%	12,70%

Dati INAIL

IL MONDO DEL LAVORO	Provincia di Piacenza		% rispetto alla RER
	2016	2017	
N° aziende INDUSTRIA e SERVIZI	16.987	16.434	6,00%
N° aziende AGRICOLTURA (Censimento ISTAT 2010)	6.354		8,60%
N° LAVORATORI	97.000	97.902	5,50%

Infortuni Mortali denunciati	2016		2017	
	Provincia di Piacenza	Regione Emilia Romagna	Provincia di Piacenza	Regione Emilia Romagna
Di cui in Itinere	5	41	3	34
Di cui in Occasione di lavoro con mezzo di trasporto	0	17	0	24
Di cui in Occasione di lavoro senza mezzo di trasporto	5	70	5	57
Infortuni Mortali TOTALI denunciati	10	128	8	115

Malattie Professionali denunciate	2016		2017	
	Provincia di Piacenza	Regione Emilia Romagna	Provincia di Piacenza	Regione Emilia Romagna
Malattie Professionali Totali denunciate	333	7.024	251	6.415

Dati AUSL – U.O. PSAL (PREVENZIONE e SICUREZZA negli AMBIENTI di LAVORO)

dati riferiti all'attività su tutta la Provincia di Piacenza

Attività di Vigilanza e controllo		
	2016	2017
Programmata		
Cantieri Edili (progetto PRP 1.3)	214	238
Settore agricoltura (progetto PRP 1.4)	85	85
Rischio ergonomico (progetto PRP 1.5)	35	29
Rischio cancerogeni (progetto PRP 1.6)	15	27
Rischio stress lavoro correlato (progetto PRP 1.7)	15	25
REACH (progetto PRP 2.3)	5	5
Rischio amianto (progetto PRP 2.4)	57	60
Comparto Trasporti (progetto PRP 2.10)	3	11
Scuola (progetto PRP 5.8)	2	2
Comparto della Logistica	23	36
Verifica Sorveglianza Sanitaria	21	23
Strutture sanitarie	2	2

PRP = Piano Regionale Prevenzione

Su richiesta (richiedente)	2016	2017
Inchieste infortuni sul lavoro o malattie professionali (Procura della Repubblica)	42	54
Ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente Aziendale (lavoratori o datori di lavoro)	13	20
Pareri (edilizia, piani amianto, cave)	463	559

TOTALI	2016	2017
N° aziende ispezionate	1.117	1.142
riscontro violazione delle norme con Atti di Polizia Giudiziaria	86	145

PROMOZIONE della salute e della sicurezza sul Lavoro		
	2016	2017
Iniziative di INFORMAZIONE dello PSAL		
iniziative pubbliche	11	9
incontri	219	430
iniziative di comunicazione di massa	6	4
Iniziative di FORMAZIONE dello PSAL	2016	2017
n° corsi di formazione	27	19
totale ore di formazione	119	97
n° persona coinvolte	620	560

34) Ambiente

Per quanto attiene l' Ecosistema Urbano, Legambiente, individua la nostra provincia al 39° posto nella graduatoria nazionale, a seguito di politiche ambientali locali (depurazione acqua, dispersione rete idrica, raccolta differenziata, piste ciclabili, isole pedonali, energie rinnovabili). Tuttavia il territorio si situa al 63° posto in Italia in termini di qualità aria per NO₂, al 59° per Pm₁₀, il 77° per ozono, così come per la produzione di rifiuti urbani (92°).

Le concentrazioni di PM10 hanno visto una diminuzione su base provinciale del 12,2% in 10 anni a fronte di una media regionale del 16,6.

SEZIONE D – L'OFFERTA DI SERVIZI

35-37) Sportelli Sociali. Copertura territoriale, accessi, target e frequenza

Sportello sociale Distretto di levante (1°e2°Livello) e sistema informativo socio-sanitario (IASS)

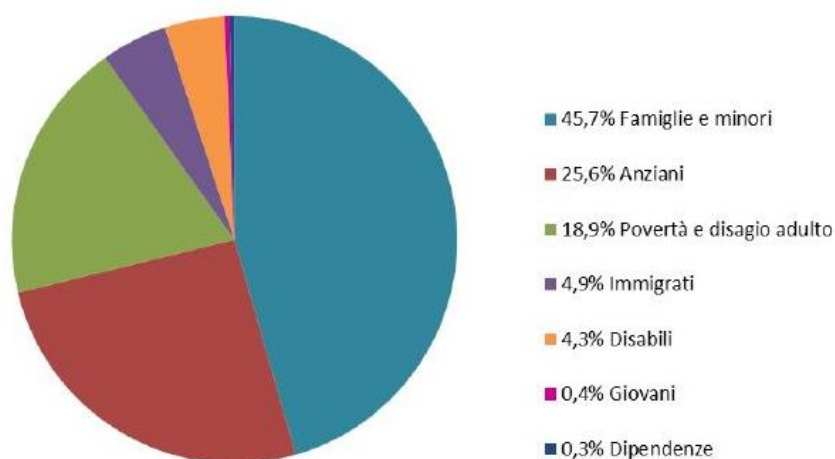
Sportelli sociali	Ore apertura settimanali	Ore attribuite per caricamento FSL
UNIONE VAL NURE VAL CHERO		
Podenzano	0	Non attivati nel 2016
San Giorgio	0	Non attivati nel 2016
UNIONE BASSA FIUME PO		
Caorso	15-16	10
Castelvetro	24-16-10	10
Cortemaggiore-Besenzone-San Pietro	36+4+5	11+3+4
Monticelli	15	10
Villanova	12	7
UNIONE ALTA VAL NURE		
Ponte Dell'Olio	12	9
UNIONE ALTA VAL D'ARDA		
Castell'Arquato	8	8
UNIONE VIA EMILIA PIACENTINA		
Fiorenzuola D'Arda	26	26
Alseno	22	11
Cadeo	26	12
Pontenure	8	12

A . Utenza : accessi numerici	Unione Bassa Fiume Po	Unione Valnure Valchero	Unione Alta Val D'Arda	Unione Alta Val Nure	Comune Fiorenzuola D'Arda	Comune Pontenure	Comune Cadeo	Comune Alseno
Anziani e non autosufficienza	707	n.p.	25	195	242	240	n.p.	n.p.
Minori /famiglie	427	n.p.	25	67	124	80	n.p.	n.p.
Immigrati	193	n.p.	20	43	18		n.p.	n.p.
Adulti fragili	419	n.p.	10	16	83	12	n.p.	n.p.
Disabili	168	n.p.	0	24	15	12	n.p.	n.p.
Totale	1914	n.p.	80	345	455	344	n.p.	n.p.
B. Utenza : bisogni manifestati								
Informazione sui servizi	897	n.p.	50	324	12	230	n.p.	n.p.
Richiesta contributi economici	22	n.p.	10	93	147	82	n.p.	n.p.
Richieste relative all'abitazione	63	n.p.	10	9	30	57	n.p.	n.p.
Ricerca di occupazione	24	n.p.	40	21	47	35	n.p.	n.p.
Tutela minori	265	n.p.	15	12		3	n.p.	n.p.
Sostegno socio-educativo	70	n.p.	10	57	30	10	n.p.	n.p.
Sostegno ai compiti di cura	649	n.p.	10	121	247	210	n.p.	n.p.
Tutela vulnerabilità sociale	89	n.p.	30	81	151	32	n.p.	n.p.
Totale	2079	n.p.	175	718	664	658	n.p.	n.p.

Il Fondo Sociale Locale ha consentito il finanziamento di una cospicua parte delle ore di apertura degli sportelli sociali su base territoriale in un'ampia fetta dei Comuni di Distretto.

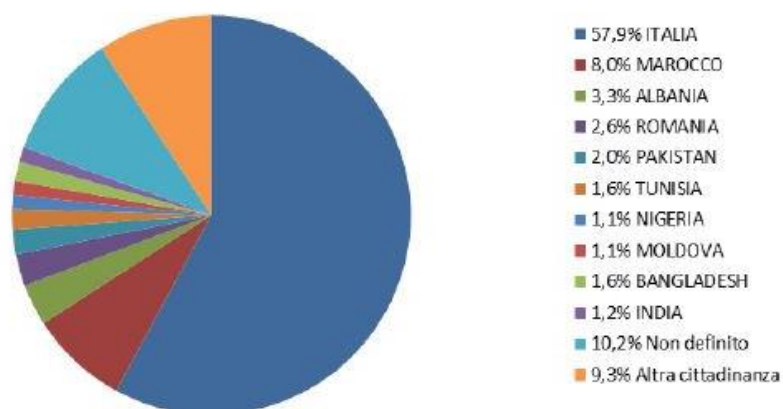
Sportelli Sociali – Tassi di accesso – tipologia di target e bisogni: anno 2017

- Domande pervenute suddivise per Target - Anno 2015



Fonte: Sistema Informativo Sportelli Sociali (SISS) – Regione E-R

Utenti suddivisi per cittadinanza – Anno 2015



Fonte: Sistema Informativo Sportelli Sociali (IASS) – Regione E-R

Nota: Non sono considerati nell'analisi i record con cittadinanza non nota (16,5% dell'intera utenza), il 100% è da considerarsi quindi come il numero di record con codice cittadinanza compilato.

Estensione sul territorio dello Sportello di Informazione e Consulenza per immigrati

UNIONE VAL NURE VAL CHERO	N. utenti	Donne	Uomini
Carpaneto	167	98	22
Gropparello	0	0	0
Podenzano	36	22	14
San Giorgio	0	0	0
Vigolzone	0	0	0
UNIONE BASSA FIUME PO			
Besenzone	0	0	0
Caorso	66	38	28
Castelvetro	0	0	0
Cortemaggiore	182	88	94
Monticelli	20	14	6
San Pietro	0	0	0
Villanova	97	25	72
UNIONE ALTA VAL NURE			
Ponte Dell'Olio	66	37	29
Farini	0	0	0
Ferriere	0	0	0
Bettola	0	0	0
UNIONE ALTA VAL D'ARDA			
Castell'Arquato	0	0	0
Morfasso	0	0	0
Lugagnano	0	0	0
Vernasca	0	0	0
UNIONE VIA EMILIA PIACENTINA			

Fiorenzuola D'Arda	3854	1359	2495
Alseno	0	0	0
Cadeo	0	0	0
Pontenure	0	0	0
TOTALE	4489	1681	2808

L'intervento ha avuto come obiettivo la realizzazione di attività di informazione e consulenza nella presentazione di pratiche burocratiche (permessi di soggiorno, permessi di soggiorno illimitato, iscrizione test di italiano, richieste di cittadinanza) per immigrati nella forma del front office.

I BAMBINI, I RAGAZZI E LE FAMIGLIE

38-39) Servizi educativi prima infanzia

Provincia di Piacenza

SERVIZI PRIMA INFANZIA 2015-2016 - Offerta Servizi e Posti per Comune, Distretto e Provincia

Comune	Titolare PUBBLICO				Titolare PRIVATO				Totale anno 2015-2016		Totale anno 2014-2015		Differenza in valori assoluti	
	Nidi d'infanzia		Servizi educativi integrativi al nido		Nidi d'infanzia		Servizi educativi integrativi al nido							
	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti
DISTRETTO DI LEVANTE														
Alseno	1	21							1	21	1	21	0	0
Besenzone					1	17			1	17	1	17	0	0
Bettola					1	12			1	12	1	12	0	0
Cadeo									-	-	-	-	0	0
Caorso	1	20							1	20	1	20	0	0
Carpaneto Piacentino	1	24			1	14			2	38	2	44	0	-6
Castell'Arquato	1	16							1	16	1	15	0	1
Castelvetro Piacentino	1	21			1	22			2	43	2	41	0	2
Cortemaggiore									-	-	-	-	0	0
Farini									-	-	-	-	0	0
Ferriere									-	-	-	-	0	0
Fiorenzuola D'Arda	2	32	1	25			1	5	4	62	3	62	1	0
Gropparello									-	-	-	-	0	0
Lugagnano Val D'Arda	1	20							1	20	1	20	0	0
Monticelli d'Ongina	1	20							1	20	1	20	0	0
Morfasso	1	7							1	7	1	7	0	0
Podenzano	1	42							1	42	1	42	0	0
Ponte Dell'Olio	1	23							1	23	1	23	0	0
Pontenure	1	36			1	20			2	56	2	56	0	0
San Giorgio Piacentino					1	21			1	21	1	21	0	0
San Pietro In Cerro									-	-	-	-	0	0
Vernasca									-	-	1	7	-1	-7
Vigolzone	1	23							1	23	1	23	0	0
Villanova sull'Arda									-	-	-	-	0	0
TOT. DISTRETTO	14	305	1	25	6	106	1	5	22	441	22	481	0	-10

Anni 2011 - 2015

Bambini in tutti i servizi educativi di cui bambini stranieri

Comune	Bambini in tutti i servizi educativi (valori assoluti)					di cui 0-2 anni stranieri (valori assoluti)					Incidenza bambini stranieri		
	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2011-12	2013-14	2015-16
DISRETTO DI LEVANTE													
Alseno	28	21	18	18	21	2					7,1	-	-
Besenzone	10	12	13	13	15						-	-	-
Bettola		4	6	7	5			3	4	3		50,0	60,0
Cadeo	11					1					9,1		
Caorso	20	20	15	18	12						-	-	-
Carpaneto Piacentino	32	25	26	27	25	2			3	2	6,3	-	8,0
Castell'Arquato				11	14					2			14,3
Castelvetro Piacentino	40	41	36	30	36	5	1	1	4	3	12,5	2,8	8,3
Cortemaggiore													
Farini	4												
Ferriere													
Fiorenzuola D'Arda	59	62	57	56	62	12	14	7	9	11	20,3	12,3	17,7
Gropparello													
Lugagnano Val D'Arda	17	15	19	7	10						-	-	-
Monticelli d'Ongina	11	13	12	9	13	2			1	2	18,2	-	15,4
Morfasso	4	4		3	3	1	1				25,0		-
Podenzano	40	30	33	32	35	3	1	1	2	4	7,5	3,0	11,4
Ponte Dell'Olio	18	10	14	15	12	2			1		11,1	-	-
Pontenure	45	37	28	30	33	5	2	1	1	5	11,1	3,6	15,2
San Giorgio Piacentino	15	21	11	12	17	1	4	2			6,7	18,2	-
San Pietro In Cerro													
Vernasca	6		5	6									
Vigolzone	20	22	16	20	12	1	1		2	2	5,0	-	16,7
Villanova sull'Arda	8	7	5			1					12,5	-	
TOT. DISTRETTO	388	344	314	314	325	38	24	15	27	34	9,8	4,8	10,5

40-41) Iscritti nelle scuole di ogni ordine e grado

DISTRETTO DI LEVANTE: DATI SCUOLE A.S. 2017/2018

	Alunni	Classi	Insegnanti	Alunni stranieri	Portatori di handicap	Alunni con insegnanti di sostegno	Rapporto Alunni per Classe	Rapporto alunni per Insegnante
ALSENO								
Asili Nido	21	1	3	2	0	0	21/1	7/1
Materne	77	3	7	19	0	0	25,7/1	11/1
Materne paritarie	64	4	5	3	0	0	16/1	12,8/1
Elementari	225	17	36	40	8	8	13,23/1	6,25/1
Medie	112	6	20	21	2	2	18,7/1	5,6/1
Totale	499	31	71	85	10	10		
CADEO								

Asili Nido								
Materne	158	6	16	44	2	np	26,3	9,5
Elementari	277	15	36	67	7	np	18,5	7,7
Medie	175	9	27	37	5	np	19,4	6,5
Totale	610	30	79	148	14	np	20,3	8,8
PONTENURE								
Asili Nido	15	2	2	2	1	1	7/1	1/7
Materne	131	5	12	33	1	0	26,2	10,9
Elementari	341	18	45	102	13	0	18,9	7,6
Medie	195	10	33	55	10	0	19,5	5,9
Totale	682	35	92	192	25	1		
FIORENZUOLA								
Asili Nido	32	3	6	5	np	np	np	np
Materne	262	11	np	np	np	np	np	np
Elementari	671	28	np	np	np	np	np	np
Medie	377	18	np	np	np	np	np	np
Spazio Bambini	25	2	3	4	np	np	np	np
Scuola Paritaria San Fiorenzo	96	3	np	np	np	np	np	np
Totale	1463	65	9	9	np	np	np	np
U. ALTA VALNURE								
Asili Nido	np	np	np	np	np	np	np	np
Materne	np	np	np	np	np	np	np	np
Elementari	np	np	np	np	np	np	np	np
Medie	np	np	np	np	np	np	np	np
Totale	np	np	np	np	np	np	np	np
U. ALTA VALDARDA								
Asili Nido	33	4	8	2	0		np	np
Materne	231	12	22	34	2	2	np	np
Elementari	386	32	61	53	9	9	np	np
Medie	241	15	57	41	5	5	np	np
Totale	891	63	148	130	16	16	np	np
U. BASSA VALDARDA FIUME PO								
Asili Nido	87	np	np	np	np	np	np	np
Materne	428	np	np	np	np	np	np	np

Elementari	962	np	np	np	np	np	np	np
Medie	523	np	np	np	np	np	np	np
Superiori	128	np	np	np	np	np	np	np
Totale	2128	np	np	np	np	np	np	np
UNIONE VALNURE VALCHERO								
Asili Nido	np	np	np	np	np	np	np	np
Materne	np	np	np	np	np	np	np	np
Elementari	np	np	np	np	np	np	np	np
Medie	np	np	np	np	np	np	np	np
Totale	np	np	np	np	np	np	np	np

Contrasto dispersione scolastica (azioni strutturare informazione, counselling, orientamento in contesto scolastico secondarie 1° e 2° grado)

	Studenti	Genitori	Insegnanti	Classi
I.C. Carpaneto-Gropparello	19	3		6
I.C. Podenzano-San Giorgio		2		
I.C. Ponte dell'Olio-Vigolzone		4		5
I.C. Caorso-Monticelli	15			14
I.C. Cortemaggiore-Castelvetto-Villanova				6
I.C. Bettola-Farini-Ferriere				4
I.C. Alseno-Castell'Arquato				7
I.C. Lugagnano-Morfasso-Vernasca				6
I.C. Fiorenzuola D'Arda	18	9	11	4
I.C. Cadeo-Pontenure			7	7

42) Accessi agli Sportelli Informafamiglie

Nel territorio non è ancora presente il Centro per le Famiglie, per il quale è prevista l'attivazione nel corso del 2018. Esistono tuttavia percorsi, finanziati con FSL, analoghi a quelli attivati presso taluni Centri per le Famiglie ed esistono i Consultori familiari territoriali.

-Percorso di socializzazione linguistica e inclusione sociale per donne immigrate-2016

	N. ore	Donne	Bambini
Fiorenzuola D'Arda	250	45	53
TOTALE	250	45	53

L'obiettivo dell'intervento è stato la socializzazione linguistica di donne immigrate con prole tramite il supporto di figure educative e di facilitatori/insegnanti. Ha interessato 45 donne e 53 bambini per un totale di 250 ore.

-Percorso di socializzazione linguistica per alunni stranieri scuole Distretto Levante - 2016

	N. ore	Minori
Fiorenzuola D'Arda	326	56
TOTALE	326	56

L'obiettivo dell'intervento è stato la socializzazione linguistica di alunni stranieri tramite il supporto di figure educative e di facilitatori/insegnanti. Ha interessato 56 bambini per un totale di 326 ore.

43-44) Interventi di counseling genitoriale e consulenze-Interventi di mediazione familiare

Consultori – prestazioni, accessi, utenti

Distretto di erogazione	CONSULTORIO FAMILIARE	SPAZIO DONNE IMMIGRATE E LORO BAMBINI	SPAZIO GIOVANI	TOTALE
PIACENZA – DISTR. PONENTE	5	-	-	5
PIACENZA – DISTR. CITTÀ DI PIACENZA	2	-	1	3
PIACENZA – DISTR. LEVANTE	7	-	-	7

utenti consultori del distretto 2017			
età	n°utenti	res	%
14	3	964	0,3%
15	4	910	0,4%
16	11	950	1,2%
17	22	884	2,5%
18	22	957	2,3%
19	20	956	2,1%
tot	82	5621	1,5%

--	--	--	--

N° UTENTI SEGUITE PER DEPRESSIONE POST-PARTUM A FIORENZUOLA E PODENZANO :8

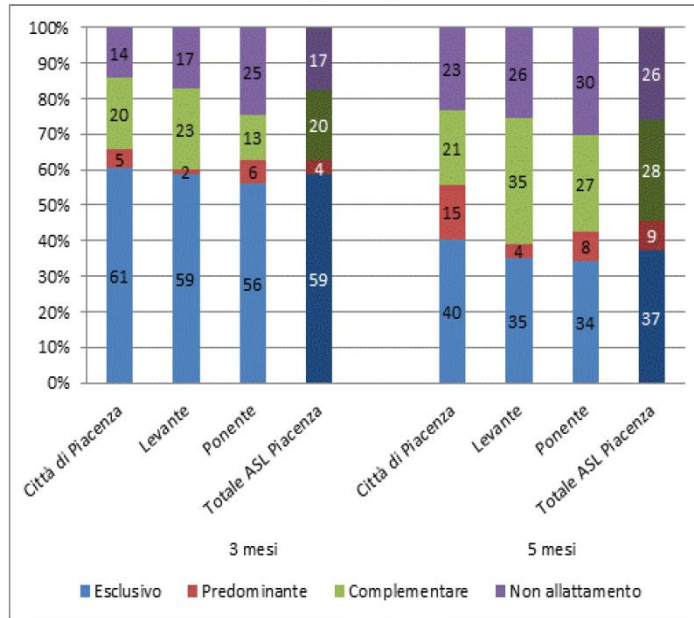
L'allattamento completo è quello esclusivo + dominante. I dati sono quelli ufficiali del 2016.

CONSULTORI LEVANTE	N°ACCESSI TOTALI	N°ACCESI "SPAZIO MAMME BAMBINI "	N° GRAVIDE	N° UTENTI SEGUITE PER DEPRESSIONE POST-PARTUM FIORENZUOLA E PODENZANO
CORTEMAGGIORE	492+pap test in screening 425= 917		25	
MONTICELLI	1083+pap test in screening 816=1899		29	
PODENZANO	817+ pap test in screening 1426=2243		29	
LUGAGNANO	600+ 653 pap test in screening =1253		16	
CARPANETO	596+ pap test in screening 682= 1278		30	
BETTOLA	228+ pap test in screening 360=588		6	
FIORENZUOLA	3586+ pap test in screening 1993=5579	418	140	
TOTALE DEL DISTRETTO	7402+ pap test in screening 6355= 13757		275	8

A tre mesi in Levante è 61%, media aziendale 63% media regionale 55%

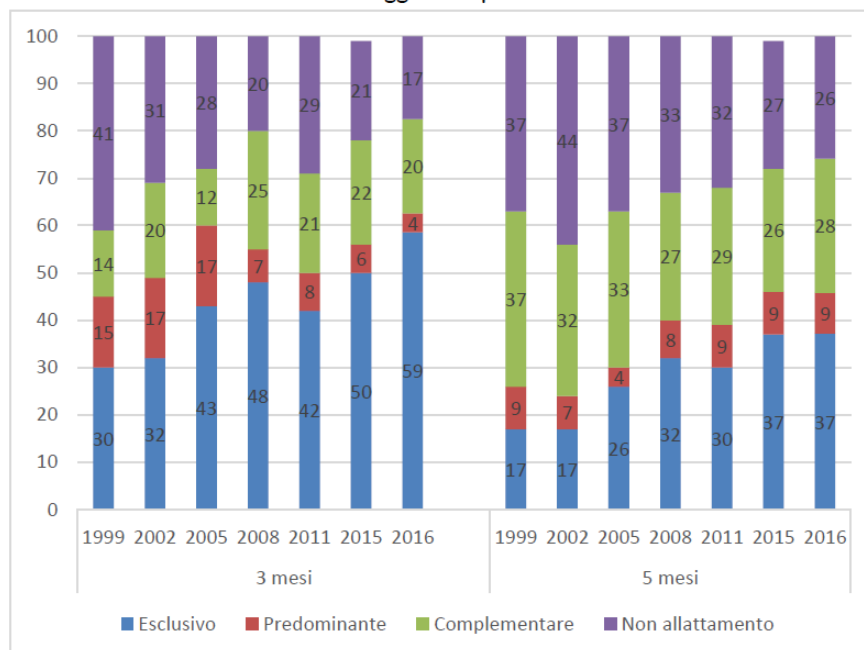
A cinque mesi in Levante è 39%, media aziendale 46% media regionale 37%

Figura. Prevalenza allattamento a 3 e 5 mesi per distretto, AUSL Piacenza anno 2016, dati aggiustati per età.



45) IND0317 - % degli utenti 14-19 anni degli Spazi Giovani sulla popolazione target

Figura. Andamento temporale (1999-2016) allattamento AUSL Piacenza a 3 e 5 mesi, dati aggiustati per età.



utenti dist di levante dello spazio giovani di PC 2017				
età	n°utenti	res		%
14	1		964	0,1%
15	10		910	1,1%
16	9		950	0,9%
17	18		884	2,0%
18	18		957	1,9%
19	12		956	1,3%
tot	68		5621	1,2%

Interventi nelle scuole secondarie di secondo grado Educazione all'affettività e sessualità

Polo Mattei – Fiorenzuola Consultorio Giovani – Az. U.S.L. Piacenza

A.S. 2015/2016

Aprile 2016 concordato con gli insegnanti referenti dell'educazione alla salute SALUTE DONNA (incontri pomeridiani a iscrizione per le classi III)

Nr. 1 incontro a iscrizione libera per le ragazze delle III del liceo: 40 ragazze

A.S. 2016/2017

Marzo – Aprile 2017 concordato con gli insegnanti referenti dell'educazione alla salute

ITE

Nr. 2 classi, 100% delle classi dell'indirizzo: 41 ragazzi

SALUTE DONNA (incontri pomeridiani a iscrizione per le classi III)

Nr. 1 incontro a iscrizione libera per le ragazze delle III del liceo e dell'istituto tecnico: 50 ragazze

A.S. 2017/2018

Marzo – Maggio 2018 concordato con gli insegnanti referenti dell'educazione alla salute

ITE

Nr. 2 classi II, 100% delle classi dell'indirizzo: 50 ragazzi

LICEO

Nr. 1 classe II liceo scientifico e nr. 1 classe liceo scienze umane: 41 ragazzi

SALUTE DONNA (incontri pomeridiani a iscrizione per le classi III)

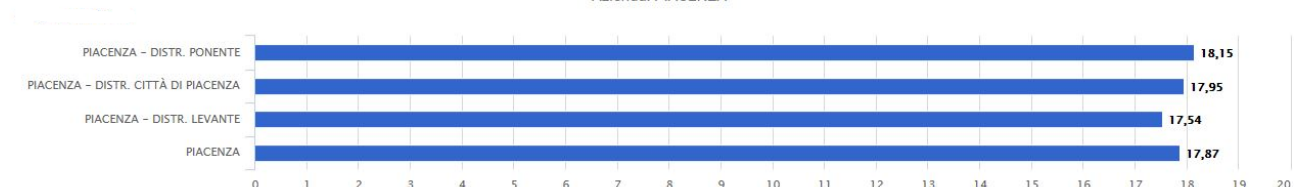
Nr. 2 incontri a iscrizione libera per i ragazzi e le ragazze delle classi III dell'istituto tecnico e dei licei: 40 ragazzi

46) IND0225 – Tasso std di prevalenza X 1000 residenti nei servizi di Neuropsichiatria

Tasso std di incidenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: PIACENZA



assistiti NPIA 2016			
età	n°utenti	res	%
0	31	724	4%
1	32	813	4%
2	47	849	6%
3	61	927	7%
4	72	881	8%
5	88	861	10%
6	111	942	12%
7	138	993	14%
8	138	947	15%
9	105	1019	10%
10	113	928	12%
11	124	940	13%
12	103	945	11%
13	104	926	11%
14	102	964	11%
15	86	910	9%
16	62	950	7%
17	58	884	7%
18	23	957	2%
	1598	17360	9%

47) IND0058 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 1000 residenti (<14 anni)

OSPEDALIZZAZIONE IN ETA' PEDIATRICA			
ETA'	N°RICOVERI 2016	RES	RIC X 1.000
0-13	891	12695	70,18511225

48-49) IND0312- IND0313 Tasso IVG nelle donne italiane e nelle donne straniere

IVG				
cittad	ivg 2016	ivg 2017*	res F 15-44 - 2016	ivg X 1.000 res 2016
italiana	106	80	13976	7,58
straniera	52	36	3318	15,67

*mancano gli aborti effettuati in strutture extra
RER

I.V.G. EFFETTUATE DA DONNE RESIDENTI IN EMILIA-ROMAGNA SECONDO IL LUOGO DELLA CERTIFICAZIONE

Valori percentuali per Distretto di residenza - Anno 2016

Azienda	Distretto	Luogo Certificazione (%)					Mancante per imminente pericolo per la vita della donna	Totale
		Consultori o pubb.	Medico fiducia	Istituto di cura	Altra struttura			
AUSL PIACENZA	CITTA DI PIACENZA	86,6	8,8	3,8	0,8	0,0	100,0	
	LEVANTE	79,4	11,1	9,5	0,0	0,0	100,0	
	PONENTE	85,8	8,5	5,7	0,0	0,0	100,0	

50) Bambini e ragazzi in carico ai Servizi Sociali

-Interventi socio-educativi domiciliari (supporto funzione genitoriale) finanziati con il FSL -2016

	Interventi Assistenza domiciliare e attività educative
UNIONE VAL NURE VAL CHERO	13
UNIONE BASSA FIUME PO	13
UNIONE ALTA VAL NURE	2
UNIONE ALTA VAL D'ARDA	13
Fiorenzuola D'Arda	34
Alseno	11
Cadeo	20
Pontenure	27
TOTALE	133

L'intervento ha come obiettivo la realizzazione di interventi domiciliari in ambito educativo e assistenziale, in chiave di rafforzamento e supporto alle competenze genitoriali per nuclei familiari caratterizzati da situazioni di debolezza, fragilità socio-economica e culturale, tali da evidenziare la necessità fondamentale di un supporto professionale per prevenire l'insorgere di fenomeni di emarginazione che coinvolgano potenzialmente i minori in carico. 6 Comuni hanno realizzato direttamente le attività connesse, mentre altri 10 Comuni hanno scelto la delega all'Ausl. Il consuntivo delle attività svolte mostra un totale complessivo di 133 interventi socio-educativi domiciliari complessivi, con il supporto a nuclei appartenenti a 16 diversi Comuni.

-Sostegno economico alle famiglie con figli minori in situazione di vulnerabilità e crisi economica

	Nuclei beneficiari contribuiti economici
UNIONE VAL NURE VAL CHERO	21
UNIONE BASSA FIUME PO	14
UNIONE ALTA VAL NURE	24
UNIONE ALTA VAL D'ARDA	6
Fiorenzuola D'Arda	73
Alseno	14
Cadeo	21
Pontenure	13
TOTALE	186

L'intervento, che ha visti coinvolti 18 Comuni, ha come obiettivo il sostegno economico di nuclei in difficoltà economica temporanea con figli minori al proprio interno. 4 Comuni hanno realizzato direttamente le attività connesse, mentre altri 14 Comuni hanno scelto la delega all'Ausl. Il consuntivo delle attività svolte mostra un totale complessivo di 186 nuclei beneficiari.

-Valorizzazione tempo extrascolastico (centri educativi per minori e adolescenti)

	Minori frequentanti
UNIONE VAL NURE VAL CHERO	97
UNIONE BASSA FIUME PO	137
UNIONE ALTA VAL NURE	44
UNIONE ALTA VAL D'ARDA	58
UNIONE VIA EMILIA PIACENTINA	46
Fiorenzuola D'Arda	20
Alseno	0
Cadeo	0
Pontenure	26
TOTALE	382

L'intervento ha come obiettivo l'attivazione e realizzazione nei territori comunali di centri educativi per minori e adolescenti. I Centri sono stati gestiti dai Comuni stessi, con affidamento a realtà del privato sociale, interessando complessivamente una platea di 382 minori.

-Misure e interventi aggregativi per adolescenti e giovani

	Minori frequentanti
UNIONE VAL NURE VAL CHERO	
UNIONE BASSA FIUME PO	
UNIONE ALTA VAL NURE	
UNIONE ALTA VAL D'ARDA	
UNIONE VIA EMILIA PIACENTINA	
TOTALE	468

L'intervento, che ha visto coinvolti 8 Comuni, ha come obiettivo l'attivazione e realizzazione nei territori comunali di centri di aggregazione per adolescenti e giovani.

I Centri sono stati gestiti dai Comuni stessi, con affidamento a realtà del privato sociale, interessando complessivamente una platea di 468 minori.

-Valorizzazione tempo extrascolastico (sviluppo autonomia minori disabili-supporto a domicilio e centri estivi)

	Minori	N.ore
TOTALE	65	3331,5

L'intervento, che ha visto coinvolti 11 Comuni, ha come obiettivo la realizzazione di ore di sostegno individualizzato (nell'ambito dei centri estivi o a domicilio) per minori in carico alla NPIA. I destinatari sono stati complessivamente 65, per un totale di 3331,50 ore di sostegno erogate.

51) I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in carico ai servizi sociali

Per quanto attiene ai minori stranieri non accompagnati, risultano in carico ai servizi sociosanitari 14 ragazzi nel 2017 (a fronte dei 12 del 2016).

52) I bambini e i ragazzi che vivono fuori dalla famiglia d'origine : l'affidamento familiare e la collocazione in comunità residenziale

-Accoglienza di minori temporaneamente allontanati dai nuclei di appartenenza

	Affidi	Inserimento Strutture	Totale
TOTALE	40	31	71

L'intervento è finalizzato a sostenere le spese derivanti dall'allontanamento dei minori dal nucleo familiari e al loro inserimento in strutture residenziali o in affidamento in ambito parentale o etero familiare. A ciò si aggiunge la preparazione e la gestione delle istruttorie di affido e di adozione. Il consuntivo delle attività

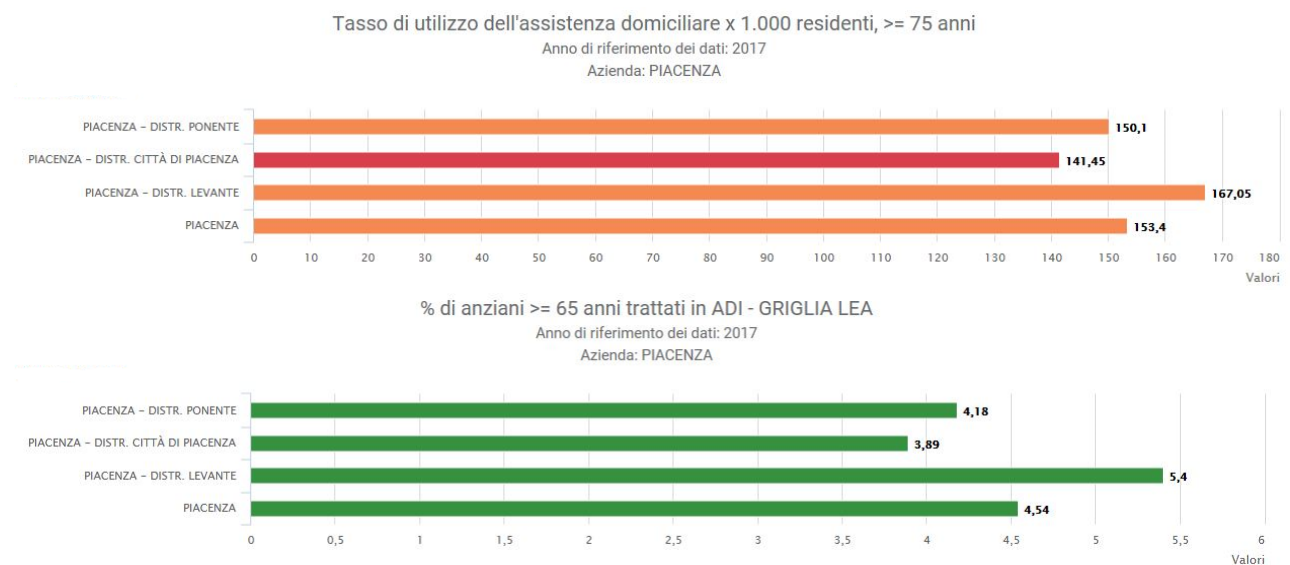
svolte mostra un totale complessivo di 31 inserimenti in struttura e 40 affidi su base distrettuale, a cui si aggiungono istruttorie di affido, istruttorie di adozione e percorsi di accompagnamento.

53) Le comunità del territorio regionale che ospitano bambini e ragazzi in difficoltà

Non sono presenti strutture a livello distrettuale.

LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI. L'OFFERTA DI SERVIZI

54) IND0280 Tasso di utilizzo dell'Assistenza Domiciliare ADI x 1000 residenti



ASSISTENZA DOMICILIARE 2017 >=75				
TIPO	LIVELLO	PAZ	RESIDENTI	
ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE	BASSA INTENSITÀ	799	14.696	5%
ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE	MEDIA INTENSITÀ	77		1%
ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE	ALTA INTENSITÀ	40		0%
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	BASSA INTENSITÀ	395		3%
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	MEDIA INTENSITÀ	252		2%
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	ALTA INTENSITÀ	310		2%
ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA	BASSA INTENSITÀ	307		2%
CURE PALLIATIVE DI BASE	MEDIA INTENSITÀ	1		0%
		218		15%

		1		%
--	--	---	--	---

55) Persone con Assegno di cura per livello assistenziale (anno 2017)

-Assegni di cura Anziani

riepilogo al 31/12/17	
A ridotto	38
A intero	0
totale A	38
B ridotto	115
B intero	15
totale B	130
C ridotto	0
C intero	13
totale C	13
totale complessivo	181
totali plus	7

Fonte: Ausl – Distretto Levante

-Assegni di cura Disabili attivi per livello assistenziale (periodo 2016-2017)

Livello AdC	n. assegni
A	7
B	21
Tot.	28

Fonte : AUSL Distretto Levante

56-57) Centri diurni e servizi semiresidenziali – N. Posti

CDA LEVANTE ANNO 2017				
Natura giuridica		STRUTTURA CDA	N° posti	
pubblico	F.LA	base intera gg	20	
		base mezza gg		
		gravi disturbi		
		gravi disturbi mezza gg		
	LUGAGNANO	base intera gg	10	
		base mezza gg		
		gravi disturbi		
		gravi disturbi mezza gg		
	BIAZZI	base intera gg	11	
		base mezza gg		
		gravi disturbi		
		gravi disturbi mezza gg		
	CADEO	base intera gg	18	
		base mezza gg		
		gravi disturbi		
		gravi disturbi mezza gg		
		totale base intera gg		
		totale base mezza gg		
		totale gravi disturbi intera gg		
		totale gravi disturbi mezza gg		
		totale da pubblico	59	
privato	VERANI	VERANI (intera gg)	20	
		VERANI (mezza gg)		
	BREVIGLIERI	base intera gg	10	
		base mezza gg		
		gravi disturbi		
		gravi disturbi mezza gg		
			totale base intera gg	
			totale base mezza gg	
			totale gravi disturbi intera gg	
			totale gravi disturbi mezza gg	
		totale da privato	30	
		totale base intera gg (pubblico + privato)		
		totale base mezza gg (pubblico + privato)		
		totale gravi disturbi intera gg (pubblico + privato)		
		totale gravi disturbi mezza gg (pubblico + privato)		
		totale complessivo		
totale complessivo CDA levante			89	

58-59) Strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie per anziani – N. posti

STRUTTURA CRA	Natura giuridica	N. POSTI	
		dal 01/01/2017	
BLAZZI	pubblico	76	
PERINI		23	
VERNASCA		7	
totale da pubblico		106	
ALTA VAL NURE	privato	33	
AMBR		20	
BALDERACCHI		44	
		2	
BREVIGLIERI		40	
CERESA		13	
MADONNINA		45	
VASSALLI consorzio ARDA		70	
VERANI		54	
VERANI F.S.N.		90 gg all'anno	
MONTICELLI		21	
MONTICELLI F.S.N.		60 gg all'anno	
totale da privato levante		340	
totale da privato urbano		2	
totale F.S.N. da privato	0		
totale complessivo da privato	342		
totale levante pubblico + privato	446	446	
totale levante FSR	0	0	
totale urbano privato	2	2	
totale complessivo distretto levante	448	448	

60) Ospiti Anziani Non autosufficienti inseriti in strutture residenziali socio-sanitarie (anno 2017)

Distretto di erogazione	Dimissione a domicilio		Dimissione ad altra struttura residenziale o servizio semi-residenziale		Decesso		Dimissione a struttura sanitaria (senza mantenimento del posto)		Trasferimento/chiusura amministrativa		Ancora in carico		TOTALE	
	Inserimenti	%	Inserimenti	%	Inserimenti	%	Inserimenti	%	Inserimenti	%	Inserimenti	%	Inserimenti	%
DISTR. PONENTE	8	1,6	3	0,6	84	17	13	2,6	48	9,7	338	68,4	494	100
DISTR. CITTÀ DI PIACENZA			3	0,6	97	20,2	14	2,9			366	76,3	480	100
DISTR. LEVANTE	68	8,8	58	7,5	168	21,7	22	2,8	8	1	451	58,2	775	100

Centri Diurni e Residenziali per Disabili

Nel Distretto di Levante sono presenti n.2 centri socioriabilitativi residenziali accreditati definitivamente in favore di soggetto privato:

- 1) CSRR a Fiorenzuola "Borgo delle Rose"
- 2) CSRR San Rocco con sede in Fiorenzuola;

CENTRI SOCIO-RIABILITATIVI RESIDENZIALI	ENTE GESTORE	POSTI LETTO AUTORIZZATI	POSTI LETTO ACCREDITATI
CSRR "Borgo delle Rose"- via Montessori 8 Fiorenzuola d'Arda	Cooperativa Coopselios	10	10
CSRR "San Rocco" Via Montessori 8 Fiorenzuola d'Arda	Cooperativa Coopselios	20	20
Totale Centri socio-riabilitativi residenziali Distretto Levante		30	30

e n.4 centri socioriabilitativi diurni accreditati

- 1) CSRD San Bernardino RSA con sede in Fiorenzuola;
- 2) CSRD "Giardino dei Tigli" con sede in Fiorenzuola;
- 3) CSRD "Casa delle Bolle" con sede in Cadeo;
- 4) CSRD "Mastro Balocco" con sede in Carpaneto P.no;

CENTRI SOCIO-RIABILITATIVI SEMI RESIDENZIALI (DIURNI)	ENTE GESTORE	POSTI AUTORIZZATI	POSTI ACCREDITATI
CSRD San Bernardino	Cooperativa Coopselios	20	20

Fiorenzuola d'Arda (RSA)			
CSRD "il Giardino dei Tigli" San Bernardino Fiorenzuola d'Arda	Cooperativa Coopselios	20	20
CSRD "La casa delle Bolle" di Cadeo	Cooperativa Coopselios	8	8
CSRD "Mastro Balocco" di Carpaneto	Cooperativa Coopselios	10	10
Totale Centri socio-riabilitativi residenziali Distretto Levante accreditati		78	78

E' in corso la procedura di accreditamento provvisorio del nuovo CSRD di Podenzano, gestito dalla Cooperativa sociale Aurora, che prevede 15 posti.

61) Centri per le demenze, visite e consulenze specialistiche (2017 – Fonte: AUSL PC)

PRIMA VISITA	377
VISITA DI CONTROLLO	1180
SOMMINISTRAZIONE TEST Deterioramento/ Sviluppo intellettuale	317

Centri per le demenze, visite e consulenze specialistiche (2016 – Fonte Servizio Sanitario Regionale)

AUSL	N. Centri	UTENZA		APERTURA				Media N.GG attesa per 1° visita al 31/12
		Pop. >65aa al 1/1/16	Media pop. >65aa per centro	N. Giorni annuali	Media N. gg annuali per centro	N. Ore annuali	Media N. ore annuali per centro	
PIACENZA	7	71.156	10.165	668	95	4.528	647	59,0
PARMA	8	103.476	12.935	640	80	4.016	502	51,3
REGGIO E.	7	112.029	16.004	1.794	256	11.900	1700	36,2
MODENA	10	156.774	15.677	2.063	206	15.419	1542	89,8
BOLOGNA	10	213.436	21.344	1.472	147	10.085	1009	67,8
IMOLA	1	31.590	31.590	241	241	1.517	1517	24,0
FERRARA	8	96.061	12.008	954	119	5.857	732	74,4
Ambito RAVENNA	4	97.878	24.470	730	183	3.970	993	81,5
Ambito FORLI'	1	46.572	46.572	250	250	1.250	1250	30,0
Ambito CESENA	2	47.042	23.521	303	152	2.172	1086	90,0
Ambito RIMINI	2	74.666	37.333	260	130	2.288	1144	98,0
REGIONE	60	1.050.680	17.511	9.375	156	63.002	1050	63,8

Prime visite e pazienti presi in carico anno 2016			
AUSL	PRIME VISITE		
	N° Pazienti con 1ª Visita	N° Pazienti con 1ª Visita presi in carico	% Pazienti presi in carico
PIACENZA	1.087	1.017	94%
PARMA	2.231	1.667	75%
REGGIO E.	3.019	2.527	84%
MODENA	4.997	2.108	42%
BOLOGNA	4.545	2.792	61%
IMOLA	433	395	91%
FERRARA	1.613	1.100	68%
AmbitoRAVENNA	2.713	1.957	72%
Ambito FORLI'	886	545	62%
AmbitoCESENA	635	602	95%
Ambito RIMINI	1.612	911	57%
REGIONE	23.771	15.621	66%

Consulenze specialistiche Anno 2016				
AUSL	PSICOLOG	ASSISTENZIALI	LEGALI	AMBIEN
PIACENZA	432	4.012	0	64
PARMA	1.311	331	0	86
REGGIO E.	1.432	1.345	13	12
MODENA	1.680	15	0	15
BOLOGNA	863	0	0	0
IMOLA	520	37	3	0
FERRARA	350	180	5	0
RAVENNA	1012	16	4	ND
FORLI'	50	440	6	5
CESENA	67	0	18	0
RIMINI	917	0	20	20
TOTALE	8.634	6.376	69	202

62) Persone assistite con gravissima disabilità

Gravissime disabilità	2017	pop target 18-64	dsm X mille residenti
UTENTI GRAD	46		
UTENTI dsm	2296	64265	35,7

Pazienti con gravissime disabilità acquisite (2017)

Distretto erogatore	Assistiti solo al domicilio	Assistiti solo in Assistenza residenziale	Assistiti al domicilio e in Assistenza residenziale	Totale assistiti
PIACENZA - DISTR. PONENTE	29		4	5
PIACENZA - DISTR. CITTÀ DI PIACENZA	39		20	1
PIACENZA - DISTR. LEVANTE	37		8	1

63) Centri socio-riabilitativi e centri socio-occupazionali per disabili e inserimento lavorativo

DISTRETTI	Centri socio-riabilitativi diurni accreditati		Centri socio-occupazionali/ laboratori protetti		Attività rivolta ai gruppi disabili (formazione, informazione, educazione, ecc.) come al punto 2.3 Dgr 1230/08
	TOTALE UTENTI ANNO	TOTALE GIORNATE ANNO	TOTALE UTENTI ANNO	TOTALE GIORNATE ANNO	TOTALE UTENTI ANNO
PONENTE	44	7.665	150	11.300	0
PIACENZA	77	15.230	143	24.082	0
LEVANTE	72	13.503	141	19.325	0
PIACENZA	193	36.398	434	54.707	0

Socializzazione lavorativa e borse lavoro disabili

	Utenti
UNIONE VAL NURE VAL CHERO	41
Carpaneto	14
Gropparello	1
Podenzano	13
San Giorgio	7
Vigolzone	6
UNIONE BASSA FIUME PO	48
Besenzone	2
Caorso	12
Castelvetro	8
Cortemaggiore	7
Monticelli	13
San Pietro	2
Villanova	4
UNIONE ALTA VAL NURE	7
Ponte Dell'Olio	5
Farini	0
Ferriere	0
Bettola	2
UNIONE ALTA VAL D'ARDA	0
Castell'Arquato	0
Morfasso	0
Lugagnano	0
Vernasca	0
UNIONE VIA EMILIA PIACENTINA	61
Fiorenzuola D'Arda	28
Alseno	9
Cadeo	12

Pontenure	12
TOTALE	157

L'intervento ha avuto come finalità la realizzazione di attività di inclusione lavorativa per persone disabili (tirocini formativi, interventi di formazione professionale e relativi percorsi di accompagnamento). Il numero di beneficiari su base distrettuale è stato di 157 unità.

ADULTI IN DIFFICOLTA'

64) Centri di ascolto della Caritas

In base ai dati contenuti in „La città in controluce, volti, legami storie di povertà a Piacenza“ nel 2016 le persone che si sono rivolte al Centro di Servizio sociale Caritas sono state 1323 con gli stranieri al 66%. Gli uomini sono il 56%; le donne 44%, sono spesso referenti del loro nucleo familiare. Tenendo conto dei familiari collegati, le persone prese in carico nel 2016 salgono a 4.137. Il 28% delle persone vive solo, il 18% con persone non legate da vincoli familiari, il 45% vive in famiglia anagrafica o di fatto. I senza fissa dimora sono 344, in maggioranza uomini (84%). Le persone a rischio povertà, dal 2008 a oggi, sono più che raddoppiate: stiamo parlando di oltre 45mila residenti nel Piacentino.

66) IND0211- Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)

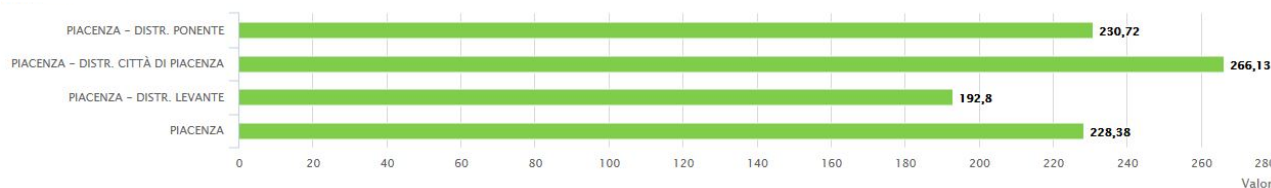


Ospedalizzazione psichiatrica maggiorenni

Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria x 100.000 residenti maggiorenni

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: PIACENZA

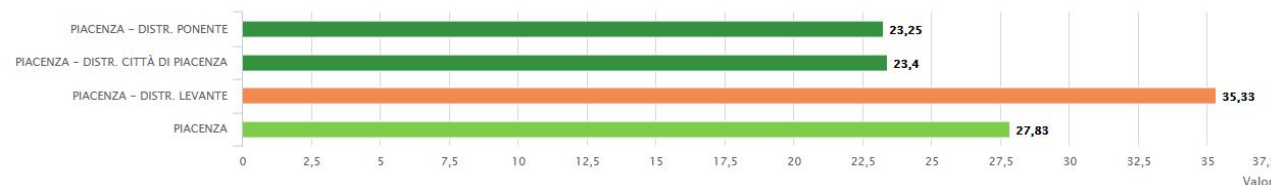


Ospedalizzazione per TSO maggiorenni

Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: PIACENZA



67) IND0226 - Tasso standard di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche

utenti SerT* 2016	430
<i>*sono gli utenti del SerT di Cortemaggiore residenti nel distretto della Val d'Arda</i>	

Altri dati di rilievo Area Adulti Fragili

Progetto Povertà Zero- supporto ai bisogni primari e alla risocializzazione primaria di persone adulte fragili in situazione di grave esclusione sociale - 2016

Tipologia di problematiche utenti	N.utenti	Lavorativa	Economica	Abitativa	Sanitaria
UNIONE VAL NURE VAL CHERO					
Carpaneto	30	30	0	0	0
Gropparello	0	0	0	0	0
Podenzano	20	20	0	0	0
San Giorgio	0	0	0	0	0
Vigolzone	15	15	0	1	0
UNIONE BASSA FIUME PO					
Besenzone	0	0	0	0	0
Caorso	15	15	0	0	0
Castelvetro	30	30	0	0	0
Cortemaggiore	15	10	5	0	0

Monticelli	20	15	5	0	0
San Pietro	5	5	0	0	0
Villanova					
UNIONE ALTA VAL NURE					
Ponte Dell'Olio	12	12	0	0	2
Farini	0	0	0	0	0
Ferriere	0	0	0	0	0
Bettola	12	12	0	0	0
UNIONE ALTA VAL D'ARDA					
Castell'Arquato	0	0	0	0	0
Morfasso	0	0	0	0	0
Lugagnano	0	0	0	0	0
Vernasca	0	0	0	0	0
UNIONE VIA EMILIA PIACENTINA					
Fiorenzuola D'Arda	129	122	14	12	12
Alseno	0	0	0	0	0
Cadeo	0	0	0	0	0
Pontenure	10	8	1	1	
TOTALE	313	294	25	14	14

Il progetto ha consentito la realizzazione di attività di tutoring e coaching rivolti ad un proficuo inserimento lavorativo, responsabilizzazione, orientamento nella ricerca di soluzioni abitative e nella rete dei servizi sociosanitari per soggetti adulti fragili a grave rischio di emarginazione. I comuni coinvolti sono stati 12 per un totale di 313 interventi di supporto, caratterizzati dalla presenza di una o più situazioni contestuali di disagio grave.

-Supporto alla risocializzazione lavorativa di adulti in situazione di disagio sociale -
2016

	Utenti
UNIONE VAL NURE VAL CHERO	5
Carpaneto	2
Gropparello	1
Podenzano	0
San Giorgio	2
Vigolzone	0
UNIONE BASSA FIUME PO	36
Besenzone	1
Caorso	0
Castelvetro	8
Cortemaggiore	15
Monticelli	4

San Pietro	3
Villanova	5
UNIONE ALTA VAL NURE	3
Ponte Dell'Olio	1
Farini	1
Ferriere	1
Bettola	1
UNIONE ALTA VAL D'ARDA	6
Castell'Arquato	2
Morfasso	3
Lugagnano	1
Vernasca	0
UNIONE VIA EMILIA PIACENTINA	22
Fiorenzuola D'Arda	18
Alseno	3
Cadeo	0
Pontenure	1
TOTALE	72

L'intervento ha avuto come obiettivo la risocializzazione in ottica generativa di utenti disoccupati in situazione di grave difficoltà economica, soli o con nucleo familiare interessato da problematiche concomitanti attraverso la collaborazione di Auser e l'inserimento in attività a favore dell'intera collettività (pulizia, manutenzione, supporto e accompagnamento, vigilanza, igiene ambientale). I Comuni interessati sono stati 14, con 65 utenti complessivi coinvolti.

DESCRIZIONE	2017
89.01.C - VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO	1336
89.13 - PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA].	551

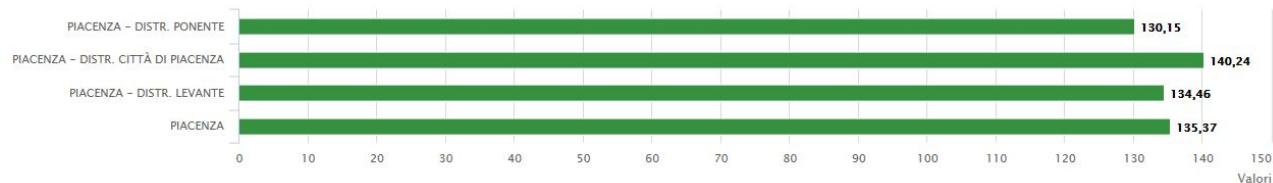
dist_res	% ASSISTITI IN HOSPICE SU TOTALE DECEDUTI PER TUMORE NEL TRIENNIO 2015/2017
PIACENZA	40,04%
LEVANTE	25,74%
PONENTE	41,19%

68) Tasso standard di ospedalizzazione per 1000 residenti

Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA

Anno di riferimento dei dati: 2017

Azienda: PIACENZA



Classe di Età	tasso specifico di ospedalizzazione ordinaria 2016 (ricoveri X 1.000 residenti)	tasso specifico di ospedalizzazione DH 2016 (ricoveri X 1.000 residenti)
0 - 4	96,15832363	16,06519208
5 - 9	41,46039604	10,93234323
10 - 14	28,06122449	8,290816327
15 - 19	52,15321359	21,85674097
20 - 24	58,88815645	18,01801802
25 - 29	84,86055777	21,31474104
30 - 34	88,70967742	24,19354839
35 - 39	75,56247347	28,72506014
40 - 44	62,98003072	26,82263973
45 - 49	65,35801918	21,30269909
50 - 54	77,20501301	30,38543391
55 - 59	94,37150656	32,10711036
60 - 64	138,8055222	54,17166867
65 - 69	176,2017104	45,56178119
70 - 74	240,4069249	61,93110833
75 - 79	289,3115942	59,60144928
> = 80	436,0951961	41,31776113
TOT	131,8183922	31,79525154

69) Accessi al pronto soccorso per livelli di gravità della popolazione

accessi ps 2017	gravità					Totale complessivo
	PAZIENTE ACUTO	PAZIENTE CRITICO	PAZIENTE URGENTE DIFFERIBILE	PAZIENTE NON URGENTE	nd	
PS -(DEA 2°)- OSPEDALE	2.096	313	13.369	2.238		18.016

PIACENZA						
PS-OSPEDALE FIOREZZUOLA D'ARDA	840	161	10.182	2.313		13.496
PS -(DEA 1°) - OSPEDALE FIDENZA	357	14	1.794	336	41	2.542
PPI-FARINI	30	1	337	79		447
PS -(DEA 2°) - OSPEDALI RIUNITI - PR	69	18	254	17	5	363
PPI-EX OSPEDALE BOBBIO	34	5	229	12		280
PS- OSPEDALE CASTEL SAN GIOVANNI	13	1	186	21		221
altri ps rer	41	3	134	51	2	231
totale	3.480	516	26.485	5.067	48	35.596

Ricoveri con diagnosi di diabete, scompenso e BPCO

Distretto	ricoveri con diagnosi di diabete (250*) in qualsiasi posizione	ricoveri con diagnosi di scompenso cardiaco (428*) in qualsiasi posizione	ricoveri con diagnosi di BPCO (4919*,490,49121,4928,496,51881) in qualsiasi posizione	resident i
piacenza	1403	698	1024	102490
levante	1378	918	1021	108035
ponente	1046	626	672	76991

Tasso di ospedalizzazione per diabete, scompenso e BPCO

dist_res	tasso di ospedalizzazione per diabete (250*) in qualsiasi posizione	tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (428*) in qualsiasi posizione	tasso di ospedalizzazione per BPCO (4919*,490,49121,4928,496,51 881)) in qualsiasi posizione
piacenza	13,6891404	6,810420529	9,991218655
levante	12,75512565	8,497246263	9,450640996
ponente	13,58600356	8,130820486	8,728292917

70) Monitoraggio tempi d'attesa per visite e prestazioni diagnostiche

Azienda	Distretto	Raggruppamento	indice di performance	Media gg. Attesa	T max RER
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	01 - Visita Oculistica	91%	18	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	02 - Visita Urologica	99%	14	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	03 - Visita Fisiatrica	100%	15	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	04 - Visita Endocrinologica	99%	22	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	05 - Visita Neurologica	99%	15	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	06 - Visita Ortopedica	100%	19	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	07 - Visita Oncologica	100%	6	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	08 - Visita Cardiologica	99%	18	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	09 - Colonscopia	99%	40	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	11 - Ecocolordoppler	100%	34	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	12 - Ecografia Addome	100%	39	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	13 - Gastrosopia	100%	30	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	14 - TAC del Capo	100%	18	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	15 - TAC Addome	100%	29	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	16 - RMN Cerebrale	100%	17	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	18 - RMN della Colonna	100%	17	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	22 - Visita Ginecologica	100%	15	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	23 - Visita Dermatologica	100%	18	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	24 - Visita Otorinolaringoiatrica	100%	18	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	25 - Visita Chirurgia Vascolare	93%	23	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	26 - TAC Rachide e Speco Vertebrale	100%	17	60
AUSL	DISTR. LEVANTE	27 - TAC Bacino	100%	12	60

PIACENZA					
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	28 - TAC Torace	100%	23	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	34 - Ecocolordoppler Cardiaca	100%	34	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	35 - Elettrocardiogramma	100%	24	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	36 - Elettrocardiogramma Holter	100%	41	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	37 - Audiometria	99%	40	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	38 - Spirometria	90%	43	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	39 - Fondo Oculare	100%	26	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	41 - Visita Pneumologica	64%	29	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	43 - Ecografia capo e collo	100%	34	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	44 - Ecografia ostetrica e ginecologica	100%	15	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	45 - ECG da sforzo	100%	21	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	46 - RM muscoloscheletrica	100%	16	60
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	47 - Visita Diabetologica	100%	9	30
AUSL PIACENZA	DISTR. LEVANTE	48 - Visita ostetrica	100%	10	30

SEZIONE E – SPESA SOCIALE E SOCIO SANITARIA

71)- 72) Costo pro capite totale (spesa sociale) dei Comuni singoli e associati IND0614 Costo procapite totale (spesa sanitaria+ FRNA)

La Regione Emilia Romagna (Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare – Servizio Amministrazione del Servizio Sanitario regionale, Sociale e socio-sanitario), elabora ogni anno sulla base dei dati di contabilità analitica forniti dalle Aziende USL un dato di costo pro-capite totale per Azienda USL.

L'ultimo dato elaborato dalla Regione si riferisce all'anno 2016 ed è pari a euro 1.801,67 per

l'AUSL di Piacenza. L'oggetto di riferimento dell'analisi è il costo per cittadino residente per ambito provinciale delle Aziende UsI (Sanitario+FRNA).

1/B) MODELLO DI GOVERNANCE LOCALE E ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AMBITO DISTRETTUALE ATTUALE ED IN PROSPETTIVA

Ai sensi della L.R. 21 dicembre 2012, n. 21 “Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza” e le disposizioni di riordino territoriale e funzionale contenute nel D.L. 31 maggio 2010, n. 78 convertito con modificazioni in L. 30 luglio 2010, n. 122 ed in successivi atti normativi, la Regione Emilia Romagna ha definito le regole del processo di adeguamento dell'articolazione delle funzioni amministrative sul territorio regionale ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, disciplinando in particolare le modalità di esercizio associato delle funzioni dei Comuni, e specificamente delle funzioni fondamentali per le quali si prevede l'esercizio in forma obbligatoriamente associata (con particolare riferimento alle Unioni di Comuni), nonché delle ulteriori funzioni ad essi conferite dalla legge regionale.

In attuazione della L.R. 21/2012, i ventiquattro Comuni dell'ambito distrettuale Levante della provincia di Piacenza, hanno scelto di individuare cinque ambiti ottimali ognuno dei quali non coincidente con l'ambito distrettuale, e in ciascuno dei quali sono confluiti a gruppi, tutti i ventiquattro Comuni secondo la composizione seguente:

- Ambito Bassa Valdarda : Alseno, Cadeo, Fiorenzuola d'Arda, Pontenure;
- Ambito Valdarda fiume Po : Besenzone, Caorso, Castelvetro piacentino, Cortemaggiore, Monticelli d'Ongina, S. Pietro in Cerro, Villanova Sull'Arda;
- Ambito Alta Valdarda : Castell'Arquato, Lugagnano Val d'Arda, Morfasso, Vernasca;
- Ambito ValnureValchero : Carpaneto, Gropparello, Podenzano, San Giorgio Piacentino, Vigolzone;
- Ambito Alta Valnure: Bettola, Ferriere, Farini, Ponte dell'Olio:

La scelta di ambito si è poi tradotta, in base alle Deliberazioni Consiliari e ai successivi Atti costitutivi assunti dai ventiquattro Comuni del Distretto di Levante nella costituzione delle cinque Unioni corrispondenti :

- Unione dei Comuni della Via Emilia Piacentina coincidente con l'ambito Ambito Bassa Valdarda;
- Unione dei Comuni della Bassa Val d'Arda Fiume Po coincidente con l' Ambito Valdarda Fiume Po;
- Unione dei Comuni dell'Alta Val d'Arda coincidente con l'Ambito Alta Valdarda;
- Unione Valnure Valchero coincidente con l' Ambito Valnure Valchero;
- Unione dei Comuni dell'Alta Val Nure coincidente con Ambito Alta Valnure

Ai sensi della L.R. 26 luglio 2013, n. 12 la Regione, confermando l'individuazione del distretto socio-sanitario definito secondo le modalità delle leggi regionali 12 maggio 1994, n. 19 e 23 dicembre 2004, n. 29 e per le finalità di cui alla legge regionale 12 marzo 2003, n. 2., quale ambito territoriale nel quale gli enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano le funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e sociosanitari, al fine di superare il frazionamento nella gestione e nell'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari sulla base di criteri di adeguatezza, dispone che in ogni ambito territoriale così definito venga avviato un processo di riordino delle forme pubbliche di gestione dei servizi sociali e sociosanitari, volto ad individuare un' unica forma pubblica di gestione di tali servizi. La L.R. 26 luglio 2013, n. 12 prevede in particolare, all'art. 8 che in ogni ambito distrettuale, venga adottato un piano di riordino delle forme pubbliche di gestione dei servizi sociali e socio-sanitari attraverso lo strumento dell'Accordo di programma, precisando che il programma di riordino:

➤ può prevedere tempi, fasi e modalità progressive, tenuto conto della complessità delle forme di gestione già presenti e degli obiettivi da raggiungere per l'accreditamento dei servizi sociosanitari;

➤ viene approvato dagli enti interessati con le modalità di cui all'articolo 29, comma 3 della legge regionale n. 2 del 2003 .

Nella sottoscrizione dell'Accordo di Programma in data 30 aprile 2014 l'unica forma gestionale distrettuale scelta risultava essere l'A.S.C. Successivamente a tale scelta, durante l'anno 2015 i Comuni aderenti alle Unioni hanno provveduto a rivedere e ridefinire la modalità di esercizio delle funzioni fondamentali – ivi compresa la funzione fondamentale di cui alla lettera g) comma 27 art.14 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e s.m.i. “ Progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, secondo quanto previsto dall'articolo 118, quarto comma, della Costituzione”.

Il programma di riordino istituzionale e gestionale afferente all'ambito sociale e socio-sanitario quale originariamente prefigurato dall'Accordo di Programma sottoscritto il 30 aprile 2014, è risultato in controtendenza rispetto alle scelte che hanno portato alla definizioni degli Ambiti Ottimali e alla costituzione delle cinque Unioni dei Comuni ricomprese nel Distretto di Levante.

L'art. 7 della L.R. 12/2013 - in deroga a quanto disposto dall'articolo 1 riferito all'individuazione dell'unica forma gestionale di ambito distrettuale - al fine di assicurare coerenza tra il riordino istituzionale attuato ai sensi della legge regionale n. 21 del 2012 e la razionalizzazione delle forme pubbliche di gestione dei servizi, prevede che negli ambiti territoriali non coincidenti con i distretti socio sanitari, gli enti locali possano costituire un'unica forma pubblica di gestione dell'ambito ottimale e che tale scelta debba essere adeguatamente motivata da ragioni di opportunità e convenienza nonché consentire di definire i compiti attribuiti

all'Unione di Comuni, differenziandoli da quelli eventualmente assegnati alla forma pubblica di gestione in caso di Ente Strumentale di ambito ottimale restando ferme, in capo al Comitato di distretto, le funzioni di programmazione, regolazione e committenza definite dalla normativa e dalla programmazione regionale vigente.

La Regione Emilia-Romagna con DGR n. 1982/2013, ai sensi dell'articolo 10, comma 1 della legge regionale n. 12 del 2013, ha individuato le seguenti forme pubbliche di gestione che gli enti competenti possono attivare:

- Azienda di servizi alla persona (ASP)
- Azienda speciale consortile (ASC)
- Unione di comuni (se all'Unione sono conferite le funzioni in materia di servizi sociali)
- Comune (laddove il comune coincida con l'ambito distrettuale o si tratti di Comune capoluogo non ricompreso in un ambito ottimale ex L.R. 21/2012)
- Delega all'Azienda USL.

Nel 2015 nel Distretto di Levante erano attive e operative le seguenti forme di gestione pubblica dei Servizi sociali e socio-sanitari:

A) Delega dei Comuni al Servizio Sociale dell'Azienda USL di Piacenza per la gestione di servizi per Minori e Disabili e di struttura semi residenziale accreditata per Disabili (CSR);

B) Gestione di strutture residenziali (CRA) e semi residenziali (CDA) accreditate per Anziani da parte di tre ex Ipab;

C) Gestione diretta da parte dei Singoli Comuni di servizi per Adulti e Anziani e per cinque Comuni anche dei servizi per l'area Minori;

D) Gestione del servizio accreditato di Assistenza Domiciliare per Anziani (SAD) e di struttura residenziale accreditata per Anziani (CRA) tramite Azienda speciale Comunale da parte del Comune di Vernasca.

Il 31/12/2017 si è completato a livello distrettuale il processo di "ritiro deleghe".

Le attività citate sono gestite con continuità dal Servizio Sociale a livello di Distretto dal 1985 in base ai seguenti riferimenti normativi:

➤ la L.R. n.2/1985 che vincolava i 17 Comuni della Val d'Arda alla forma associata di gestione tramite la USL della Val d'Arda;

➤ il D. Lgs.vo 502/92, poi modificato dall' art.3 D. Lgs 229/99, che introduceva la possibilità che l'Azienda USL allora di nuova istituzione e di dimensione provinciale potesse assumere la gestione dei servizi socio-assistenziali su base di specifica delega dei singoli Enti Locali.

Il Servizio Sociale pertanto è divenuto un servizio del Distretto della Val d'Arda all'interno dell'Azienda USL di Piacenza in base della delega di ogni singolo Comune. Tuttavia a causa delle modifiche legislative che sono intercorse a livello nazionale, regionale (apportate in particolare dalla L.R. 2/2003 e dalla L.R 29/2004) e locale con la revisione dei Distretti nel 2007, la forma istituzionale è progressivamente mutata e si sono registrati i seguenti cambiamenti:

• Nel 2008, a seguito della modifica dei confini distrettuali è stato istituito il Distretto di Levante, che comprende oltre ai 17 Comuni dell'ex Distretto Val d'Arda altri 7 Comuni provenienti dal Distretto Urbano e Montano. Di conseguenza, sono state nel tempo attribuite da alcuni degli altri Comuni entranti deleghe al Servizio Sociale arrivando così alla situazione in cui 18 Comuni hanno delegato le funzioni riferite all' "Assistenza Sociale alla maternità, all'infanzia e all'età evolutiva" e 23 Comuni hanno delegato le funzioni "Assistenza Sociale agli adulti disabili (tale situazione è stata soggetta a cambiamenti a partire dal 1 gennaio 2016).

Rispetto al processo di riordino territoriale tuttora in atto nel Distretto e relativamente alla forma pubblica di gestione dei servizi sociali, nel rispetto degli orientamenti del PSSR, è stato condiviso sia dal punto di vista sia politico che tecnico la necessità di operare una scelta consapevole e sostenibile che tenga altresì conto di:

a) Considerare il ruolo del Comune Capofila, non come occasione di concentrazione di servizi, ma baricentro di un sistema a servizio dell'insieme dei Comuni coinvolti. Il PSSR dell'Emilia Romagna 2017-2019 richiama l'importanza di ridisegnare il sistema di governance locale (gestione associata delle funzioni sociali, preferibilmente a mezzo delle Unioni);

b) Esistenza di ambiti ottimali che hanno optato per la gestione diretta dei servizi pur avvalendosi di diverse esternalizzazioni. L'esperienza maturata dagli ambiti evidenzia la necessità di individuare forme di coordinamento distrettuale, in modo particolare sull'area disabili e minori, al fine di limitare il processo di frammentazione dei servizi;

c) Esistenza sul territorio di esperienze virtuose nella gestione dei servizi, che possano essere valorizzate all'interno di un nuovo sistema di governance locale, sperimentando innovative modalità gestionali che possano fungere altresì da progetto pilota per il Distretto;

d) Esperienza dei Comuni della Via Emilia Piacentina che hanno sottoscritto una convenzione per la gestione associata, quale sperimentazione propedeutica all'individuazione di formule più strutturate che possano rispondere in modo più coerente alla programmazione regionale, nell'ambito della programmazione distrettuale;

e) Necessità di ricollocarsi all'interno di un processo dinamico, volto ad attuare il principio di adeguatezza mediante una varietà di forme e di strumenti, uscendo dallo stile dell'imposizione normativa, e individuando la soluzione ritenuta più opportuna ed efficace alle esigenze del nostro territorio.

Le azioni da realizzare nel prossimo triennio saranno :

-ridefinire i contenuti della convenzione che regola la governance distrettuale, tenuto conto del processo in atto di riordino distrettuale;

-attivare la collaborazione di servizi di supporto al complesso processo istituzionale sia distrettuale che di ambito ottimale dei Comuni della Via Emilia Piacentina;

- tutelare, valorizzare e consolidare il patrimonio di competenze e di esperienza presente nei servizi, e perfezionare l'integrazione delle risorse professionali, economiche e progettuali in essi presenti nell'ottica di sostenere e proseguire le modalità di lavoro innovative che hanno contraddistinto l'ambito;
- integrare le politiche sociali con quelle sanitarie, del lavoro, educative, scolastiche, formative, della casa come previsto dal PSSR;
- mantenere vivo il confronto e il dibattito tra gli amministratori rispetto agli obiettivi da individuare nel distretto compatibili con le esperienze storiche dei vari ambiti territoriali.

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

CAPITOLO 2. SCELTE STRATEGICHE E PRIORITÀ

L'Ufficio di Piano del Distretto di Levante ha declinato la costruzione e la redazione del Piano di Zona in 4 ambiti tematici specifici :

- 1) Ambito Minori e sostegno alla genitorialità (che include infanzia, adolescenza, supporto alla genitorialità fragile, contrasto alla violenza di genere, i bisogni socio-sanitari complessi nei minori);
- 2) Ambito Non Autosufficienza (che include anziani, disabili, valorizzazione dei caregivers);
- 3) Ambito Welfare Generativo-Contrasto alla marginalità (che include il contrasto all'esclusione sociale, la promozione dell'inclusione sociale, il budget di salute, le misure di contrasto alla povertà, l'avvicinamento al lavoro delle persone fragili e vulnerabili, la promozione di pari opportunità, il contrasto al gioco d'azzardo patologico, l'inclusione sociale degli stranieri);
- 4) Ambito Integrazione Sociosanitaria Territoriale (con un focus particolare sulle Case della Salute).

Ogni ambito ha evidenziato, durante il percorso di elaborazione del piano, una serie di elementi la cui analisi ha condotto alla definizione di priorità e di scelte strategiche che guideranno gli interventi sociosanitari nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale.

Ambito Minori e sostegno alla genitorialità

L'Area Minori e sostegno alla genitorialità appare come un ambito di grande rilievo per la programmazione del prossimo triennio, sia in termini di promozione dell'agio sia del supporto/prevenzione alle situazioni di disagio che investono i nuclei familiari con minori. La programmazione distrettuale verterà, in sinergia con il Piano Socio-sanitario Regionale (schede 15,16,17,37) in particolare sui temi relativi al sostegno alla genitorialità e al potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, alla prevenzione e promozione del benessere per adolescenti e preadolescenti e alla gestione (intesa come accoglienza e tutela di casi di minori con bisogni socio-sanitari complessi). Circa il target infanzia (a cui si riferisce la scheda "HOPES- Health, Orienting, Planning, Education and Spaces : sostegno alla genitorialità e potenziamento degli interventi nei confronti dei minori tra gli 0 e i 10 anni"), emerge il potenziale strategico di due servizi, uno già facente pienamente parte del sistema di integrazione socio-sanitario con le sue 7 sedi nel Distretto (il Consultorio, attualmente presente nei comuni di Fiorenzuola, Lugagnano, Carpaneto, Monticelli, Bettola, Cortemaggiore e Podenzano) e l'altro il cui avvio è previsto nei prossimi mesi (il Centro per le Famiglie Distrettuale). La sinergia tra Consultori e Centro per la Famiglie risulterà determinante nel prossimo triennio per la realizzazione di progettazioni congiunte e il miglioramento a livello territoriale della rete di sostegno alla genitorialità. Su questo fronte, oltre a mantenere e potenziare gli spazi Mamma-Bambini, i servizi di assistenza educativa domiciliare, il progetto Famiglia Affianca Famiglia, il confronto costante con il mondo associativo e del volontariato, il contrasto alla violenza di genere, si intende estendere la presa in carico integrata dei disturbi emozionali durante la gravidanza sino ai 1000 giorni di vita del bambino, sperimentare progetti di Home visiting, attività di counselling di coppia e di mediazione familiari e attivare sinergie anche con le Case della salute per iniziative comuni e concordate.

Circa il target Preadolescenza e Adolescenza (a cui si riferisce la Scheda APP-Progetto Adolescenza., Promozione e Prevenzione), la programmazione prevede il mantenimento dei servizi storici quali centri educativi, centri di aggregazione giovanile e interventi socio-educativi domiciliari, in chiave di rafforzamento e supporto alle competenze genitoriali per nuclei familiari in condizione di debolezza e fragilità economica e culturale. Quali elementi innovativi, si prevede la possibilità (da verificarsi con studio di fattibilità) della creazione di un Consultorio Giovani Distrettuale a Fiorenzuola D'Arda, la rilettura e il ripensamento in ottica di miglioramento e di ottimizzazione dei progetti di dispersione scolastica, il potenziamento degli incontri nelle scuole di educazione all'affettività/sexualità, il raccordo con il nascente Centro per le Famiglie e con il Ser.T. che proseguirà e amplierà le sue attività di animazione relazionale in contesti di prossimità, l'investimento sulla peer education anche in ambito preventivo per quanto attiene

ai comportamenti a rischio. A ciò si affiancherà la possibilità di valorizzare e riconoscere eventuali sperimentazioni innovative proposte dai territori, per la raccolta di buone prassi e la loro messa a sistema a livello distrettuale. Il tutto sarà raccordato e coordinato anche con il Piano regionale sulla Prevenzione. Per quanto infine attiene al tema dei casi di minori con bisogni socio-sanitari complessi (a cui si riferisce la scheda Care-CARE- Cura e Accoglienza in RetE) l'obiettivo è la riqualificazione del sistema di accoglienza e cura nell'ambito della protezione e della tutela, attraverso approccio multi professionale alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, già radicato nella storia dei Servizi della nostra provincia, che va implementato e rinnovato alla luce dell'aumentata complessità delle situazioni trattate e alla luce anche delle novità normative previste dalla DGR 1102/2014 sulle "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni sociosanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento" e dalla DGR 1677/2013 relativa alle "Linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso". Accanto pertanto agli interventi già previsti nei precedenti attuativi di inserimento in strutture comunitarie o di affido familiare, si interverrà per potenziare l'integrazione socio-sanitaria prevista dalla DGR 1102/14 tramite formazione condivisa degli operatori e per aggiornare i protocolli di collaborazione servizi, scuola e Forze dell'Ordine potenziando l'efficacia della rete di protezione a tutela di minori vittime di situazioni di maltrattamento e abuso. Si provvederà anche all'investimento, in termini di risorse umane dedicate, su figure di sistema che possano coordinare e raccordare le funzioni distrettuali in ambito minori.

Ambito Non Autosufficienza

L'obiettivo prioritario relativamente all'ambito Non Autosufficienza è quello in realtà di ridurre sostanzialmente le situazioni di non autosufficienza, operando a sostegno:

- della prevenzione nei confronti delle malattie croniche;
- dell'investimento sulla diffusione dei corretti stili di vita;
- della possibilità di procrastinare nel tempo l'insorgere delle condizioni invalidanti nella popolazione adulta/anziana,
- della promozione dell'autonomia e della vita indipendente per le persone con disabilità,
- del rafforzamento della domiciliarità, da ritenersi ampiamente preferibile rispetto alla istituzionalizzazione, - del supporto formativo e informativo rivolto ai caregivers (attraverso corsi ad hoc).

Se adeguatamente coordinate, queste azioni si possono concretizzare nel tempo nella costruzione di una rete sempre più ampia e flessibile di risposte, aperta al contributo costante del privato sociale e della società civile, nella convinzione che

non esiste un modello precostituito per affrontare queste situazioni, ma la necessità di un approccio il più possibile personalizzato e ritagliato sulle peculiarità del singolo caso. Ad un incremento della quantità di vita, diventato strutturale nell'ultimo ventennio, deve accompagnarsi un aumento della qualità della vita, nella consapevolezza che la quantità di vita di per sé non si traduce in progresso se non accompagnata da una situazione di ben-essere diffuso. L'innovazione della rete dei servizi deve concretizzarsi in maggiori opportunità di cura e di sostegno. Importante è anche il raccordo con le attività e gli interventi svolti dalle Case della Salute nel territorio distrettuale con particolare riferimento alle aree integrate di intervento "prevenzione e promozione della salute" e "prevenzione e presa in carico della cronicità", oltre che con il Piano Regionale Prevenzione, e i progetti Montagna solidale e Anziani Protagonisti. Un ulteriore obiettivo sarà rappresentato dal consolidamento e potenziamento della presa in carico del Servizio Sociale professionale attraverso lo sviluppo di interventi domiciliari a sostegno dei Progetti Individualizzati di cura nella accezione della domiciliarità aperta, vista quale perno della rete dei servizi, che aumentino il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio. Determinante la costruzione di una filiera dell'innovazione sociale sull'ambito domiciliarità: il supporto al caregiver, l'assistente familiare inserita nella rete dei servizi, l'abbattimento delle barriere architettoniche e la domotica, i contributi economici per il mantenimento a domicilio, i servizi semiresidenziali e di sollievo a supporto, le nuove forme di domiciliarità protetta, la garanzia di percorsi di dimissione protetta, i programmi di contrasto all'isolamento e costruzione di reti di solidarietà sociale. Ovviamente sarà mantenuta la rete dei servizi SAD, residenziali e diurni accreditati, con il potenziamento dei posti da accreditare in ambito montano. Occorrerà anche dar luogo ad un riconoscimento e valorizzazione del regime di ricovero temporizzato, praticato attualmente solo da alcuni gestori.

Contemporaneamente, sul fronte disabilità, l'arricchimento del progetto di vita, i percorsi di sperimentazione di vita indipendente e l'individuazione di risposte articolate sul tema del dopo di noi, rappresentano sfide epocali e fondamentali. La diversificazione dell'offerta in area centri diurni attraverso l'apertura del CSRD di Podenzano, in una logica di territorializzazione, genera la necessità contestuale di un ripensamento dell'offerta dei CSRD distrettuali, in chiave più specialistica e finalizzata alla costruzione di percorsi che tengano conto, anche in ambito socio-occupazionale, delle attitudini e delle peculiarità (anche relative alle patologie) dei destinatari. Il ritiro delle deleghe ha consentito ai territori di sperimentare formule innovative e di rafforzare i legami tra persone con disabilità e territori di appartenenza, consentendo la possibilità di frequentare centri nei propri comuni di residenza e non dislocati in altri distretti, come spesso avvenuto in passato.

Saranno proseguiti e sviluppati i progetti di inclusione lavorativa (tirocini formativi, progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, integrazione alla formazione professionale, interventi propedeutici all'inserimento) e degli stage di terapia socio occupazionale, in chiave di empowerment delle abilità esistenti , in pieno raccordo con le azioni relative al contrasto all'esclusione sociale e con la legge 14/2015.

Particolare attenzione sarà riservata ai disturbi dello spettro autistico, all'implementazione e rafforzamento del lavoro sociale di rete e di comunità, attraverso il coinvolgimento sempre più ampio delle persone con disabilità, delle loro famiglie e delle associazioni di riferimento alla definizione dei progetti di vita e attraverso lo sviluppo di gruppi di auto-mutuo aiuto, interventi di sollievo, supporto alla genitorialità e di accompagnamento alla costruzione di percorsi di Durante Noi e Dopo di Noi. Strategici risultano e risulteranno in futuro l'operato del team di transizione tra età minore ed età adulta e al passaggio dall'area disabilità all'area anziani, con il compimento dei 65 anni: tappe di svolta cruciale, da presidiare con estrema attenzione. Rilevante vuole essere anche la valorizzazione del tempo libero per i minori con disabilità e la promozione di attività motorie in collaborazione con il Coni e con le palestre che promuovono salute (attività motoria adattata) . Proseguiranno nel triennio gli interventi della rete dei servizi socio-sanitari per le persone con disabilità che è stata sviluppata soprattutto in seguito all'avvio del FRNA (DGR 1230/08) ed al percorso di accreditamento socio-sanitario (DGR 514/09 e s.m.i.), che includono servizi territoriali, domiciliari, diurni, residenziali radicati nell'ambito territoriale di riferimento, che offrono alle persone con disabilità grave una presa in carico personalizzata, a partire da una valutazione multidimensionale che viene effettuata da équipe multiprofessionali (UVM). I posti di sollievo esistenti verranno salvaguardati, nella consapevolezza della loro importanza per i momenti di debolezza dei nuclei familiari.

Strategicamente rilevanti risulteranno la promozione e organizzazione di seminari tematici rivolti agli operatori del settore con attenzione alla Legge di Riforma del Terzo Settore e alla sperimentazione di nuove modalità di coprogrammazione e coprogettazione.

Ambito Welfare Generativo - Contrasto alla marginalità

A seguito della crisi economica dell'ultimo decennio, il fenomeni di vulnerabilità sociale si sono allargati nel tempo, ampliando progressivamente il numero di utenti che si rivolgono ai servizi sociali o che, pur non rivolgendosi direttamente agli stessi per dignità o vergogna, sono stati segnalati ai servizi sociali per necessità di carattere economico o situazioni di disagio (senza considerare quelle rimaste completamente nascoste che emergono solo laddove si manifestano in episodi di allarme sociale). La ripresa progressiva delle assunzioni e l'incremento dei tassi di

occupazione negli ultimi anni non ha determinato un riassorbirsi spontaneo di questi fenomeni, che si sono aggiunti all'utenza storica dei servizi sociali. Il percorso realizzato nell'ambito della psichiatria di collegamento, allo stesso tempo, ha evidenziato aree di bisogno e utenze che spesso rischiavano di sfuggire al lavoro quotidiano, già alquanto concitato e intenso, dei servizi sociali territoriali. Al contempo, l'idea stessa di stato sociale è andata evolvendosi, prendendo sempre più i contorni di un sistema che può supportare le persone nel momento del bisogno ma non può sostenere gli individui ad oltranza, in un'ottica assistenziale non sostenibile né dalle casse degli enti locali e dello stato né dall'opinione pubblica e dal senso di giustizia ed equità nell'accesso alle prestazioni sociali. L'intrecciarsi di tali dinamiche porta al tratteggiarsi progressivo di un intervento pubblico che per essere efficace deve necessariamente chiedere all'utenza un atteggiamento di reciprocità e di pro-attività, che fissi in maniera chiara le responsabilità sia dei servizi che del singolo. In tale articolazione, compito dei servizi socio-sanitari e lavorativi diventa l'erogazione di strumenti, sia di carattere educativo, informativo, formativo, esperienziale ed economico che possano consentire alla persona di riappropriarsi del proprio progetto di vita e ritornare protagonista delle proprie scelte, chiedendo però in cambio un atteggiamento propositivo e responsabile che porti l'utente a mettersi in gioco, attraverso la costruzione partecipata di un percorso di ri-abilitazione sociale e di re-ingresso nel mondo del lavoro. Alla base di questa logica, stanno a livello nazionale interventi come il SIA e il REI e a livello regionale strumenti operativi quali il RES (che ha ampliato risorse o platea dei destinatari rispetto alle misure nazionali) e il piano integrato L.R.14/2015. Accanto alla marginalità estrema, che va supportata e sostenuta nei suoi percorsi, questi strumenti mirano ad innescare nuovi atteggiamenti e un effettivo empowerment di potenzialità e competenze che possano dar vita a meccanismi virtuosi di distacco progressivo dai servizi sociali. Si pone ora, in relazione al nuovo triennio di programmazione territoriale, l'opportunità di integrare le progettualità esistenti e dar luogo ad un intervento che possa legarsi sinergicamente agli strumenti operativi messi in campo dalla L.R.14/2015 e dalle misure governative e regionali di sostegno alla povertà (Sia, Res, Rei), in un quadro di rete e di regia complessiva delle politiche locali di welfare generativo, in maniera che i vari interventi e le varie possibilità sia normative che economiche, possano integrarsi e non sovrapporsi in ottica di sistema. Strategica appare pertanto la possibilità di attivare un tavolo di confronto sul Welfare Generativo in ogni Unione/comune a livello locale, con raccordo diretto con l'Ufficio di Piano per monitoraggio e identificazione di possibilità di progettazioni comuni con il coinvolgimento delle istituzioni attive in ambito povertà e vulnerabilità e del privato sociale, oltre che la finalizzazione sinergica delle risorse del Fondo Povertà. Come illustrato dalla scheda "SPRINT- Strumenti di Partecipazione e RINnovamento per il Territorio a favore dell'inclusione sociale e contro la vulnerabilità", proseguiranno in stretto raccordo con le Unioni e i Comuni

con l'equipe multidisciplinare L.R.14, onde evitare sovrapposizioni e duplicazioni di interventi rispetto all'ambito RES-REI, interventi di sostegno economico a nuclei con minori laddove è necessario, legando i relativi contributi a dinamiche di welfare generativo e di responsabilizzazione, così come proseguiranno le attività dell'equipe multidisciplinare RES/REI/L.R.14 per garantire il lavoro di rete sinergico tra servizi sociali, sanitari e lavorativi. Saranno possibili sperimentazioni di progetti integrati per adulti fragili a livello distrettuale e interventi miranti sia a rafforzare i servizi a favore della marginalità conclamata in sinergia con il Sert sia di inclusione sociale (in ambito motorio e sportivo) per favorire l'integrazione e la socializzazione di utenti in carico al DSM. L'impianto globale si caratterizzerà per l'obiettivo di potenziare anche le risorse umane e le professionalità che possano seguire la presa in carico dei casi (attraverso Fondo Povertà e Pon Inclusione), oltre che approfondimenti sui servizi di prossimità e sulla presa in carico integrata di situazioni complesse. A ciò si aggiungeranno gli interventi previsti dal Protocollo distrettuale sul Contrasto alla violenza di genere e dal Piano di interventi di prevenzione e contrasto del gioco d'azzardo patologico. Per quanto attiene all'inclusione sociale dei migranti, alle attività di informazione (sportelli territoriali) e di orientamento in ambito lavorativo previste a livello distrettuale si aggiungeranno gli interventi di orientamento nell'accesso al sistema dei servizi sociosanitari previsti a livello regionale, oltre che eventuali interventi di mediazione linguistico-culturale in ambito tutela minori e alfabetizzazione laddove necessari ad affrontare in maniera mirata bisogni e situazioni di disagio.

Ambito Integrazione Sociosanitaria Territoriale

Nell'ottica della Regione, che le ha pensate come modello organizzativo da realizzare in ogni territorio quale punto di riferimento certo rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, le Case della Salute si candidano a diventare nel tempo un unico luogo, vicino e abituale dove essere assistiti senza doversi muovere all'interno di sedi sparse nel territorio. In esse possono concentrarsi servizi che garantiscano continuità assistenziale, gestione delle patologie croniche e completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale, con il coinvolgimento e l'azione di medici di famiglia, pediatri, medici specialisti, infermieri, ostetriche, operatori socio assistenziali e personale di sportello.

Le Case della salute possono concretizzare fattivamente l'idea della medicina di iniziativa, con servizi che vanno incontro ai cittadini, integrazione tra i professionisti, continuità dell'assistenza con l'ospedale e partecipazione della comunità, elemento chiave per migliorare la promozione della salute rafforzando le consapevolezze e le conoscenze dei cittadini. Nel corso del triennio , questo nuovo modello

organizzativo mirerà a dar luogo ad una presa in carico della persona con percorsi che vedono la compartecipazione attiva di professionisti e servizi diversi. Le aree nelle quali l'integrazione sociosanitaria e l'apertura al territorio potrebbero essere effettivamente realizzabili sono molteplici:

- la prevenzione e promozione della salute e degli stili di vita corretti,
- il benessere riproduttivo, le cure perinatali, l'infanzia e le giovani generazioni in sinergia con consultori, centri per le famiglie e servizi educativi e sociali territoriali;
- la prevenzione e presa in carico della cronicità;
- la non autosufficienza;
- la sensibilizzazione alla popolazione con bisogni sanitari episodici ed occasionali
- la rete delle cure palliative.

Come è ben noto, l'integrazione socio-sanitaria, fondamentale per garantire al cittadino interventi sociali e sanitari adeguati, appropriati e sinergici, senza sovrapposizioni di professionalità complementari ma con una impostazione di rete, è l'obiettivo basilare della L.328/2000 e ha necessitato di molti anni per diventare realtà, all'interno di luoghi di cura e di strutture. Attraverso le Case della Salute si rilancia la sfida dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari sul terreno della prossimità, per dare vita ad una rete di che non si traduca per il cittadino in un pellegrinaggio, più o meno agevole o arduo, in un labirinto assistenziale, talvolta burocratico e di difficile comprensione. La Casa della Salute, nella sua accezione più autentica, è stata pensata per diventare luogo che sia in grado di accogliere il cittadino non in maniera asettica e istituzionale, ma in maniera partecipativa, e che sia aperto anche alla promozione e alla valorizzazione delle iniziative che vengono dal territorio e dai cittadini stessi (gruppi di cammino, gruppi di auto aiuto, percorsi formativi e di sensibilizzazione, eventi aperti al territorio, contributi di esperienze e di progetti da parte del volontariato e dell'associazionismo di promozione sociale, sostegno e supporto ai caregivers). Da questo punto di vista, è immediato il rapporto tra motivazioni e funzioni delle Case della Salute con la cultura della domiciliarità e con la promozione della possibilità, per il paziente/utente in situazione di cronicità o di perdita progressiva dell'autosufficienza di restare nella propria casa e nel proprio quartiere ed essere raggiunto dai servizi nei suoi luoghi abituali di vita. Oltre a questo, le Case della Salute possono fare di più: diventare luoghi di prevenzione, e non solo di cura, di stili di vita corretti e di promozione dell'agio. Perché possano tuttavia esplicare tutte le proprie valenze, occorre la collaborazione reale di una molteplicità di soggetti sia del mondo sociale che del mondo sanitario ma anche della società civile, oltre che solide e ben strutturate iniziative di comunicazione e di sensibilizzazione del loro ruolo e delle loro funzioni, indirizzate ai cittadini ma anche alle platee interne degli operatori che possono essere più scettici in ordine all'attivazione e alla realizzazione di tale opportunità. L'interazione tra Case della Salute, percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, reti locali di cure palliative, assistenza domiciliare infermieristica, percorsi rivolti alle

cronicità, supporti formativi rivolti ai caregivers, integrazione ospedale-territorio, può rendere possibile un rafforzamento della cura di prossimità , un alleggerimento del ruolo e delle funzioni dell'ospedale visto come monolitico e univoco luogo di cura, riservando ad esso l'intervento relativo alle situazioni emergenziali, acute e complesse e la valorizzazione della comunità come coprotagonista dei percorsi di prevenzione e di supporto e come luogo sociale di promozione di condivisione e di creazione di nuove connessioni, anche informali, fra cittadini.

Tali temi sono connessi ad altri importanti contenuti del Piano Socio-Sanitario Regionale, quali l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie, la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata, lo sviluppo degli ospedali di Comunità, la medicina di iniziativa, l'Health Literacy, il miglioramento delle coperture vaccinali, tutti elementi imprescindibili ad una effettiva innovazione dei servizi sanitari. Le Case della Salute si prestano infine ad essere luoghi di realizzazione del Piano Regionale per la Prevenzione, potendo porsi come spazi nei quali realizzare attività specifiche (prevenzione cadute, sensibilizzazione sui sani stili di vita e su attività motorie e fisiche per la terza età, gruppi di cammino ecc.).

Il Piano di Zona 2018-2020 vede pertanto le Case della Salute come terreno di sperimentazione per nuovi modi di intendere la salute e tutto quanto ad essa connesso, in stretta connessione con i Consultori e i Centri per le Famiglie, con i quali diverrà fondamentale la promozione e la realizzazione di iniziative sinergiche e comuni.

Un altro terreno fondamentale di integrazione socio-sanitaria riguarda la fascia degli adulti con situazioni complesse, nel quale risulterà determinante nel prossimo triennio il rapporto tra servizi sociali e Dipartimento di Salute Mentale per la presa in carico congiunta e la prevenzione delle situazioni di disagio.

DISTRETTO DI LEVANTE

PIANO DI ZONA

PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE

2018-2020

CAPITOLO 4. SEZIONE POVERTA'

- 1) **Definizione di priorità rispetto al rafforzamento su base TRIENNALE del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, di cui all'art.7 co.1 del D.Lgs 147/2017, finanziabili attraverso quota del fondo Povertà.**

Alle classiche forme di disagio di persone adulte (povertà, disagio psichico, dipendenza, disoccupazione, alcolismo) si sono aggiunte nel tempo nuove nel nostro Distretto forme di disagio accentuate dalla crisi economica e occupazionale quali separazioni per recrudescenza di conflitti intra-familiari provocati da mutate condizioni economiche e nuclei mono genitoriali a basso reddito.

Su base distrettuale le tipologie di utenza che si rivolgono ai servizi per problematiche connesse la situazione di povertà e le politiche a contrasto della stessa annoverano oltre 400 famiglie con 1 o 2 minori; oltre 270 famiglie con 3 o più minori; quasi 400 famiglie straniere in possesso di permesso di soggiorno di lunga durata; circa 160 nuclei monogenitoriali; oltre 240 famiglie con persone con disabilità; almeno un'ottantina di famiglie composte da adulti/anziani senza lavoro e/o con problemi di dipendenza o salute mentale.

Il tasso di disoccupazione a livello provinciale si assesta al 7,5%, più alto di quello regionale (6,9%) ma in miglioramento rispetto alle annualità precedenti. Le famiglie monogenitoriali rappresentano il 10% del totale, le abitazioni in affitto il 17,5% del totale. La stima della povertà su base regionale in media è pari al 5,7% della popolazione, che corrisponde ad un bacino virtuale di oltre 16.000 persone nel territorio di Levante. Il numero di assistiti presso il DSM x 1000 residenti, è per il distretto di Levante, pari a 24,54 (dato 2016).

Il flusso delle Dichiarazioni di Immediata Disponibilità al lavoro (DID) e patti di servizio stipulati presso i CPI mostra questi volumi di attività nel 2017:

Distretto di:	Servizi ordinari		Servizi di collocamento mirato	
	Flusso DID	N° Patti di servizio stipulati	Flusso iscrizioni/reiscrizioni	N° Patti di servizio stipulati
Provincia di Piacenza	6.813	13.106	380	999
Piacenza Levante	2.246	4.544	126	345

Negli ultimi piani attuativi è stato sempre finanziato l'intervento di sostegno economico alla famiglie con figli in situazione di vulnerabilità e crisi economica, che ha interessato 186 nuclei familiari nel 2016 e 306 nel 2015. Dall'indagine 2016 Ausl-Comuni relativa al fenomeno della fragilità nel territorio, si desume che rischiano ulteriormente di scivolare nella marginalità quasi 1000 persone nel territorio provinciale, a cui si aggiungono centinaia di casi di famiglie in situazione di difficoltà economica e sociale: di questi 1000, 380 sono residenti nel territorio di Levante e 40 sono i casi provenienti dal Distretto di Levante ricompresi nel Budget di Salute. I dati si riferiscono ovviamente a casi conosciuti ai servizi: si presume che il dato invisibile (riguardante coloro che non si sono ancora rivolti ai servizi pubblici o al non profit), sia ben più rilevante. I dati degli adulti fragili in carico ai due gruppi territoriali di Psichiatria di collegamento del Distretto di Levante evidenziano 53 unità al 30/06/2018. Il progetto Povertà Zero, relativo al supporto ai bisogni primari e alla risocializzazione primaria di persone adulte fragili in situazione di grave esclusione sociale, ha interessato nel 2016 12 comuni e 313 utenti, mentre il supporto alla risocializzazione lavorativa di adulti in situazione di disagio sociale ha riguardato nel 2016 72 utenti su base distrettuale. I **CAS** presenti nel territorio del Distretto sono 41 e possono ospitare 517 richiedenti asilo: nel 2017 hanno ospitato 486 persone. Le situazioni SIA esaminate dall'equipe multiprofessionale sono state complessivamente 38 al 31.12.2017 e ulteriori 3 al 30.06.2018 per un totale di 42 utenti. Le situazioni RES-REI sono complessivamente 97 (di cui 4 al 31.12.2017 e 94 al 30.06.2018) . Per quanto attiene alla LR 14/2015, le persone per le quali è stata attivata l'equipe sono state 12 al 31.12.2017 e 99 al 15.07.2018 (per un totale di 111) . Le persone che hanno sottoscritto il programma personalizzato al 31.12.2017 sono state 8 e al 15.07.2018 80, per un totale di 88 programmi sottoscritti (e altrettanti inserimenti lavorativi) . Altre 23 persone hanno rifiutato la sottoscrizione. In riferimento al Comune di Fiorenzuola, per quanto attiene al RES le domande presentate al 31.12.2017 sono state 110 e al 30.06.2018 171; le domande accolte sono state al 31.12.2017 45 con relativo progetto individualizzato e 29 al 30.6.2018 . 19 domande RES nel frattempo sono decadute per perdita requisiti). Le domande REI presentate al 31/12/2017 sono 4 e al 30.06.2018 7 , tutte in attesa di esito. Le richieste REI presentate ma senza requisiti economici (con ISEE inferiore ai 6000 euro ma con ISRE superiore ai 3000) al 31/12/2017 sono state 57 e al 30.06.2018 82. In base ai dati raccolti dall'intero distretto, le domande SIA/REI accolte al 31.12.2017 sono state 83, quelle SIA/REI accolte al 30.06.2018 28. Le domande RES presentate

al 31.12.2017 sono 185, al 30.06.2018 282; le domande RES accolte al al 31.12.2017 sono state 78 e al 30.06.2018 93. Per quanto riguarda il DSM, 7 persone afferenti al Dipartimento sono state valutate in equipe multiprofessionale L.R. 14, di cui 3 hanno interrotto il percorso, per 1 non è stato approvato il programma: 3 sono i casi attualmente inserite a seguito della sottoscrizione del programma personalizzato.

Per quanto riguarda il Distretto di Levante, sono attivi, nel 2018 ,16 sportelli sociali complessivi. Nel 2016 i 13 sportelli attivi hanno garantito complessivamente 240 ore settimanali di front office a livello distrettuale, con una media di 18,5 ore settimanali d'apertura.

I SST distrettuali nel loro complesso impiegano, tra dipendenti comunali ed esternalizzate a cooperative sociali, 46 assistenti sociali, di cui 30 a tempo pieno e 16 part-time, con differente copertura in relazione ai territori rispetto agli standard regionali.

Le principali criticità relative all'utenza, nel Distretto di Levante, sono rappresentate dalle elevate aspettative dell'utenza fragile nei confronti dei servizi socio-sanitari che si traducono in continue richieste di carattere assistenziale, alle quali spesso tuttavia non si accompagna un analogo e corrispondente atteggiamento responsabile e pro-attivo da parte dell'utenza. Le domande ai servizi sociali negli ultimi anni riguardano principalmente: emergenza economica ed accesso ai servizi socio-assistenziali; emergenza abitativa; ricerca di occupazione; coesione ed integrazione sociale; problemi inerenti la promozione della salute psico-fisica delle persone in situazione di svantaggio.

Qualsiasi intervento per rispondere a questi bisogni deve muoversi lungo queste direttrici:

- la necessità di costruire un futuro professionale per persone che resterebbero ai margini, valorizzandone potenzialità e consentendo loro di sentirsi parte attiva della società;
- la possibilità per l'ente pubblico di non essere sempre costretto ad intervenire economicamente con contributi, agevolazioni e provvidenze volte ad aiutare le persone in difficoltà a mantenersi, ma di incentivare e valorizzare un progressivo svincolarsi dalle forme di assistenzialismo pubblico per ricostruire un proprio progetto di vita.
- la promozione di percorsi reali di autonomia, che possano stimolare responsabilizzazione ed empowerment delle risorse dei singoli destinatari.

Gli Orientamenti dell'ambito distrettuale sull'utilizzo della quota di fondo povertà destinata al rafforzamento di interventi e servizi, in coerenza con gli standard/livelli essenziali delle prestazioni, così come previsti nel Piano Povertà Regionale e nel piano Povertà nazionale (paragrafo 7A Piano regionale di contrasto alla povertà- "Servizio sociale territoriale e progetto personalizzato: obiettivi da raggiungere") sono i seguenti :

1) Si intende dar vita ad un rafforzamento degli sportelli sociali/segretariati sociali per garantire la conoscenza della nuova utenza non precedentemente in carico, la raccolta di dati relativi alla situazione familiare, al contesto di vita, alle condizioni socio-culturali-economiche dei nuclei coinvolti. A ciò si affiancherà una riorganizzazione del servizio sociale professionale tramite l'impiego delle assistenti sociali esperte dipendenti dei Comuni/Unioni nella definizione dei progetti personalizzati con il coinvolgimento diretto dei destinatari in chiave di responsabilizzazione e di promozione di atteggiamenti proattivi mediante il contatto sinergico con i soggetti territoriali attivi in ambito scolastico, formativo, politiche attive del lavoro, privato sociale e volontariato, e in sinergia con gli eventuali servizi specialistici (SERT, Dip. Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile).

2) Creazione a livello distrettuale di un Servizio di Pronto Intervento sociale articolato anche in sedi periferiche per garantire maggior prossimità ai cittadini. **L'obiettivo** è rispondere ai bisogni sociali acuti in modo da affrontare con immediatezza la situazione di crisi e dare la possibilità al Servizio sociale professionale di individuare ed attivare gli interventi più adeguati. Il servizio svolgerà funzioni di segretariato sociale, di riattivazione di legami di solidarietà sociale e di collegamento con i servizi territoriali, di intervento immediato sul posto in seguito a segnalazioni, attraverso il supporto di figure professionali, per ridurre lo stato di isolamento del soggetto rispetto alla rete dei servizi territoriali e fornire assistenza immediata. Il servizio si avvarrà di una centrale di ascolto che svolge funzioni di filtro, cura e presa in carico nel caso di interventi urgenti. Il servizio si articolerà in una serie di prestazioni differenti e flessibili, finalizzate a fornire le forme di assistenza primaria urgenti alle persone in situazione di bisogno. Il Servizio di Pronto Intervento Sociale si organizzerà attraverso:

- acquisizione di tutte le informazioni utili per un progetto di intervento urgente e a breve termine;
- accompagnamento dell'utente verso la rete formale e informale di aiuto;
- affidamento dell'utente a un referente istituzionale o caregiver;
- accoglienza, ascolto telefonico e informazione di base;
- immediato intervento sul posto della segnalazione o presso il domicilio dell'utente.

Il servizio deve articolare territorialmente in maniera da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini, per aree di bisogno e presenterà caratteristiche peculiari per ciascuna di esse, con particolare riferimento alle esigenze delle persone in stato di marginalità o vulnerabilità cui si rivolge.

3) Sperimentazione di percorsi di sostegno alla genitorialità per nuclei familiari interessati dai fenomeni di marginalità o vulnerabilità sociale con all'interno minori nei primi 1000 giorni di vita o casi complessi, attraverso progetti personalizzati in sinergia con gli interventi L.R.14/2015 e con gli interventi realizzati dal nascente Centro per le Famiglie.

4) Si intende inoltre sperimentare un servizio di supporto ai bisogni primari e alla risocializzazione primaria di persone adulte fragili in situazione di grave esclusione sociale con tre focus principali:

1) reinserimento lavorativo, formativo e sociale;

2) ricerca e gestione quotidiana di soluzioni abitative idonee e responsabilizzazione all'uso del denaro;

3) orientamento ai servizi socio-sanitari e fruizione dei diritti ad essi collegati.

Gli obiettivi sono enucleabili con particolare riferimento a:

-Contrasto al crescente fenomeno di vulnerabilità sociale garantendo tempestivamente risposte integrate ai bisogni primari attraverso una cultura diffusa di solidarietà e il coordinamento delle politiche e degli interventi ;

-Organizzazione e realizzazione di interventi interprofessionali integrati con il concorso del volontariato e del privato sociale di presa in carico dei soggetti fragili e vulnerabili a rischio di marginalità e accompagnare alla fruizione appropriata delle opportunità di aiuto (misure di sostegno al reddito, agevolazioni abitative, fornitura di generi primari) ;

-Sostegno e agevolazione al reinserimento sociale di soggetti marginali ,con fragile rete di sostegno, in uscita da misure terapeutiche intensive a compenso di comportamenti disadattativi acuti tramite misure a prevalente finalità rieducativa, riabilitativa, relazionale e di potenziamento di abilità di vita quotidiana finalizzate a potenziare l' autonomia residua e il progetto di vita , integrate e sinergiche tra servizi ;

-Sostegno e agevolazione del reinserimento lavorativo ,anche temporaneo , di soggetti fragili e vulnerabili ,con debole rete di sostegno, in possesso di capacità e abilità evidenzianti un potenziale di occupabilità tramite servizi di informazione, presa in carico , accompagnamento alla transizione socio-professionale coerenti, integrati anche tramite accordi interi-istituzionali e interservizi.

Particolarmente significativi in questo senso potrebbero essere interventi sperimentali miranti a :

-Azioni di tutoring e coaching individualizzato, finalizzato al reinserimento nel mondo del lavoro dell'utenza segnalata dal servizio sociale professionale , valorizzando l'occupabilità del soggetto e orientandolo verso le opportunità formative più idonee e supportando gli utenti nel percorso di avvicinamento

al lavoro attraverso l'accompagnamento alla individuazione di opportunità lavorative, il supporto nella costruzione degli strumenti di ricerca attiva di lavoro, la preparazione ai colloqui, lo scouting di eventuali offerte lavorative e formative, la valutazione delle competenze in essere, lo stimolo all'acquisizione di nuove abilità utili all'inserimento professionale, il raccordo con i servizi per l'impiego, la messa in contatto con gli enti di formazione professionale, la sensibilizzazione delle aziende del territorio.

- Azioni di responsabilizzazione inerenti all'individuazione e al mantenimento di soluzioni abitative idonee, oltre che all'educazione ad una consapevole gestione del denaro.

5) Creazione di un tavolo di lavoro a livello locale in ogni territorio sul tema Welfare Generativo-Nuove Povertà, nel quale coinvolgere il terzo settore, oltre alle istituzioni, per trovare insieme, con stile partecipativo, proposte sinergiche per affrontare l'ambito vulnerabilità sociale, preferibilmente di prossimità, da sottoporre all'attenzione di Ufficio di Piano e Comitato di Distretto al fine di elaborare sperimentazioni in una ottica di rete attraverso anche la valorizzazione delle reti informali e di vicinato o di volontariato esistenti.

2) Sintesi delle scelte previste nell'avviso 3 PON FSE Inclusione (programmazione e rimodulazioni intercorse)

A seguito dell'entrata in vigore del Sia (Sostegno all'inclusione attiva) promosso dal Governo, per i servizi sociali distrettuali, già impegnati oltre che nella gestione ordinaria anche nel recepimento di una serie di novità normative, si è prospettato un ulteriore carico di lavoro nel corso dell'ultimo trimestre 2016. Si è pertanto provveduto, entro il 30 settembre 2016, alla redazione di una proposta progettuale relativa al bando Pon Inclusione che metteva a disposizione risorse per il rafforzamento dell'organico distrettuale, ai fini di una migliore e più rapida presa in carico degli utenti. Il Distretto di Levante, con capofila Fiorenzuola d'Arda, è stato tra i primi cinque distretti dell'Emilia Romagna a presentare un progetto, che è stato approvato e che ha messo a disposizione per il prossimo triennio 252.672,00 euro. Il PON inclusione consentirà a breve l'assunzione a tempo determinato di 3 assistenti sociali ed ha consentito, attraverso esternalizzazione, un rafforzamento anche dal punto di vista amministrativo-rendicontuale in capo al comune capofila di Distretto.

3) Sintesi del Piano Integrato Territoriale dei Servizi Pubblici, del Lavoro, Sociali e Sanitari ai sensi della L.R.14/2015 e come previsto nella DGR 73/2018 (allegare il PIT)

Nel corso del tempo, la vulnerabilità sociale si è andata intensificando, a seguito anche della diminuzione del tenore di vita a seguito della crisi economica dell'ultimo decennio, che, unita alla disgregazione dei nuclei familiari e alla presenza più ampia di famiglie monogenitoriali, adulti soli in difficoltà, anziani senza sostegno familiare, situazione di disoccupazione dei capi famiglia o aumento delle famiglie monoreddito, ha portato il target di riferimento dei servizi sociali territoriali ad incrementare le situazioni in carico, acquisendo fette di utenza nuova, prima sconosciuta al mondo dei servizi sociali perché è in situazione pregressa di non fragilità o di vulnerabilità contenuta. A ciò si affianca una parte di popolazione che benché bisognosa, stenta ad avvicinarsi al servizio sociale, pur avendo la necessità di sostegni di carattere economico o di reti di riferimento sociale. Ad una utenza storica, incardinata nel sistema, poco desiderosa di emanciparsi in maniera pro-attiva, si è affiancata da un lato un'utenza sommersa, in condizione prossima alla marginalità sociale ma quasi timorosa di venire allo scoperto, e dall'altro una utenza nuova, scaturita dall'effetto della crisi, che a sua volta oscilla pericolosamente in una zona grigia tra normalità e scivolamento progressivo e, qualora non riceva sostegno, difficilmente reversibile, di disagio socioeconomico. Gli obiettivi della programmazione integrata triennale devono pertanto tener conto delle situazioni diverse e peculiari delle tipologie di utenza, della opportunità offerta dalla legislazione regionale (LR 14/2015 e Res) e da quella nazionale (Rei), sposando politiche di welfare generativo e di attivazione delle risorse territoriali in maniera sinergica e integrata. In sintesi si possono così definire:

- la promozione di percorsi reali di autonomia, che possano stimolare responsabilizzazione ed empowerment delle risorse dei singoli destinatari;
- la attivazione di una rete territoriale sinergica che possa rispondere in maniera flessibile e personalizzata ai bisogni dei destinatari;
- l'implementazione, in sinergia con l'utenza, di progetti di inserimento lavorativo che possano tener conto delle singole specificità, attitudini e peculiarità ;
- la diminuzione conseguente della dipendenza dal sistema dei servizi socio-sanitari con la riconquista di percorsi di vita autonomi.

Particolare rilievo assume, in questo contesto, la consapevolezza , da parte dei servizi territoriali, di considerare, nella selezione dell'utenza, le reali possibilità di collocazione della medesima, il livello di pro attività dei beneficiari e la loro capacità di mettersi in gioco e di cogliere con positività e responsabilità le opportunità di inserimento che gli vengono date, in ottica non assistenzialistica. L'obiettivo di fondo deve mirare sostanzialmente ad un progressivo affrancarsi dei destinatari dal sistema dei servizi socio-sanitari, in chiave di reale ed effettiva autonomia

conquistata o riconquistata, scevra da meccanismi ben conosciuti e rodati di dipendenza cronica dal sostegno dell'ente pubblico.

L'ambito formativo risulta importante soprattutto per quanto attiene alla formazione permanente, finalizzata all'acquisizione di nuove competenze, alla riconversione di competenze preesistenti, in linea con il profilo più fluido del mercato del lavoro del nuovo millennio (difficoltà a svolgere lo stesso lavoro per tutta la vita, necessità di aggiornare competenze obsolete, bisogno di fronteggiare situazioni di disoccupazione in un target ultracinquantenne –causa l'allontanamento delle prospettive di pensionamento conseguenti all'incremento dell'età pensionistica). Da preservare, anche se con un maggior collegamento tra mercato del lavoro e opportunità formative, la formazione a qualifica, che deve essere tuttavia focalizzata a profili effettivamente e fortemente richiesti dal mondo del lavoro, onde evitare percorsi formativi inutili e scarsamente produttivi di occasioni professionali concrete.

La formazione sarà, nel corso del triennio, pianificata a livello sovra distrettuale, in sinergia con i territori di Piacenza e di Ponente, per poter presentare una offerta formativa adatta alle esigenze e ai fabbisogni delle aziende (in termini di offerta di lavoro e di prospettive professionali in uscita dal percorso formativo) ed evitare che corsi analoghi siano duplicati su territori limitrofi, lasciando scoperte ambiti formativi di interesse per l'eventuale assorbimento dal mercato del lavoro.

In chiave di welfare generativo e di stimolo per l'utenza a mettersi in gioco per apprendere competenze sul campo, il tirocinio rappresenta un elemento fondamentale. Al contempo, risulta determinante per consentire alla persona di testarsi sul campo e all'azienda di rilevare attitudini e potenzialità dei tirocinanti. Inoltre si rivela come essenziale in tutti i casi in cui, per la necessità di un percorso di inserimento inizialmente protetto (vedi tirocini C e D) , il percorso di avvicinamento al lavoro debba essere mediato e monitorato con attenzione.

Il livello di rilevanza dei tirocini come opportunità di inserimento lavorativo risulta essere assolutamente prioritaria: di anno in anno, attraverso gli accordi attuativi, sarà possibile fissare la percentuale relativa di attribuzione delle risorse, in correlazione con l'evoluzione della tipologia e delle casistiche di utenza.

L'orientamento, l'accompagnamento all'inserimento lavorativo e il sostegno nei contesti di collocazione sono importanti per aumentare le possibilità di successo dell'inserimento stesso. Sono pertanto misure rafforzative che necessitano di attenzione e di investimento in chiave pro-attiva, affinché gli inserimenti vadano a buon fine.

Di anno in anno, attraverso il programma attuativo , sarà possibile fissare la percentuale relativa di attribuzione delle risorse, in correlazione con l'evoluzione della tipologia e delle casistiche di utenza.

All'interno della tipologia sono ricompresi tutti gli interventi prestati dai Comuni e dal mondo non profit a favore dell'utenza di riferimento. Gli interventi perverranno

nel tempo ma saranno a loro volta indirizzati ad una maggior presa di consapevolezza nell'utente della necessità di attivarsi in prima persona per uscire dalla situazione di difficoltà e di disagio nella quale si trova. Molti degli interventi andranno pertanto ripensati e modulati, nel corso del triennio, per poter premiare coloro che accettano in maniera seria e responsabile i percorsi di autonomia e di responsabilizzazione che gli vengono proposti. Tra essi si annoverano, in via non esaustiva:

- sostegno alla genitorialità,
- servizi di prossimità,
- servizi di tipo educativo per i figli
- supporto abitativo
- assistenza domiciliare

I trasferimenti in denaro terranno conto del livello di collaborazione e di partecipazione dell'utente all'intero percorso, premiando gli atteggiamenti consapevoli e responsabili e rappresentando un volano iniziale per la riconquista dell'autonomia, sempre nell'ottica di un supporto dei servizi sociali visto come emergenziale nei casi di effettivo bisogno e non cronico ed "esistenziale".

La programmazione degli interventi verrà effettuata annualmente attraverso il programma attuativo del Piano di Zona, oltre che dei bilanci comunali, in relazione ai fabbisogni dell'utenza seguita e delle sue caratteristiche

4) Informazioni sull'organizzazione e sulle caratteristiche dei servizi per ambito distrettuale, incluse le professionalità impiegate : n°assistenti sociali e n.sportelli sociali

	Numero sportelli sociali attivi	Numero Assistenti sociali	Monte ore	Eternalizzazioni
Alseno	1	2	1 assistente sociale tutela minori (monte ore : 28 h/sett.) ; 1 assistente sociale sportello sociale (monte ore: 20h/sett)	
Cadeo	1	3	2 assistenti sociali (monte ore : 36 h/sett.) ; 1 assistente sociale (monte ore : 26 h/sett.)	2 A.S.in appalto
Unione Alta Val D'Arda	2	6	4 assistenti sociali (monte ore : 36 h/sett.) , 2 assistenti sociali part-time	
Unione Alta Val Nure	1	5	2 assistenti sociali (monte ore : 36 h/sett.) ; 1 assistente	2 A.S. in appalto

			sociale (monte ore 35h), 1 assistente sociale (monte ore 30h) 1 assistente sociale (monte ore 21 h)	
Unione ValnureValchero	5	8	7 assistenti sociali con monte ore 36 h, 1 assistente sociale con monte ore 38 h	1 A.S. in appalto
Unione Bassa Val D'Arda Fiume Po	4	12	8 assistenti sociali a 36h, 1 assistente sociale a 31 h, 1 assistente sociale a 25h, 1 assistente sociale a 16h; 1 assistente sociale a 6h	
Fiorenzuola D'Arda	1	7	6 assistenti sociali a 36h, 1 assistente sociale a 30h	5 A.S.in appalto
Pontenure	1	3	2 assistenti sociali per sportello sociale per un totale di 15h, 1 assistente sociale a 36h	

Totale: 46 assistenti sociali, di cui 16 part.time.

5) Modello di governance realizzato a livello distrettuale (articolazione della rete della protezione e inclusione sociale a livello distrettuale)

Il Distretto sociosanitario di Levante (107.656 abitanti) è composto da 24 Comuni (4 Unioni che hanno conferito la funzione di servizio sociale territoriale in gestione associata e 4 Comuni). I Comuni si occupano di una serie di servizi di assistenza alle persone (Servizio Sociale Territoriale) che svolgono direttamente attraverso il Settore Servizi Sociali e/o altri settori comunali o indirettamente tramite accordi di fornitura. Il Distretto è formato da molti Comuni di piccole dimensioni dove la presenza del Servizio Sociale Professionale è spesso utilizzata anche per servizi che esulano dalle specifiche competenze ed in alcune realtà comunali anche per servizi scolastici e culturali, stante la scarsità di risorse in capo ai servizi stessi. Esiste l'equipe UVM a carattere territoriale ed stata costituita e divenuta operante nel 2017 l'Equipe multiprofessionale prevista dalla L.R.14/2015. Sono in servizio 46 assistenti sociali, di cui solo 30 a tempo pieno, di cui la metà coinvolte negli uffici di segretariato sociale/sportelli sociali e le restanti al servizio sociale professionale,

una parte di loro sono state adibite al SIA per quota parte del loro monte ore. In ambito distrettuale vi sono interventi di politica attiva del lavoro promosse dai servizi sociali in correlazione con il mondo della formazione professionale, le altre istituzioni, l'Ausl e il privato sociale (progetti di tirocinio formativo per disabili e svantaggiati; i tirocini riservati al distretto attraverso il Fondo Regionale Disabili per il tramite della Provincia di Piacenza; i gruppi di psichiatria di collegamento attivati con l'Ausl). A ciò si sono aggiunte le opportunità offerte dalla LR 14/2015 finalizzate alla promozione dell'inserimento lavorativo in ottica integrata e responsabilizzante. Forte e assidua l'integrazione tra interventi svolti dalla Psichiatria di collegamento, inclusi nel Budget di salute, valutati nell'ambito LR 14/2015 e SIA/RES/REI dall'equipe multidisciplinare. Ulteriori interfaccia operative sono attivate con

- istituzioni attive in ambito formativo e lavorativo : Scuole del territorio; Agenzia Regionale per il Lavoro, CPIA, Istituto Mattei, Ente di formazione professionale Tutor
- istituzioni referenti politiche abitative: Acer
- istituzioni attive in ambito sanitario: Consultori, Case della Salute - - Sindacati CGIL, CISL e UIL, patronati e loro sportelli territoriali.

6) Modello organizzativo per l'attivazione, costituzione e funzionamento dell'equipe multidisciplinare

L'equipe multidisciplinare si riunisce una volta alla settimana presso il Centro per l'Impiego di Fiorenzuola D'Arda per l'esame dei casi che gli sono sottoposti. Funge anche da equipe incaricata della valutazione dei casi SIA/RES/REI. E' composta da un numero di componenti rappresentativo delle aree territoriali che formano il distretto per quanto riguarda i componenti sociali e da componenti individuati dai servizi sanitari (in relazione ai casi con valenza sanitaria) e da uno specialista in politiche formative e del lavoro individuato dall'Agenzia Regionale per il Lavoro. I componenti sociali turnano nelle singole riunioni anche in base alla provenienza dell'utenza oggetto di valutazione garantendo una presenza costante della componente sociale. Le linee guida procedurali prevedono quanto segue:

- l'istituzione della casella di posta elettronica equipe.levante@provincia.pc.it da cui partiranno le convocazioni/comunicazioni e a cui dovrà essere fatto pervenire la documentazione pertinente ai singoli casi da valutare. La casella non potrà essere utilizzata come strumento di comunicazione con i singoli membri dell'Equipe.
- per quanto attiene all'analisi dei casi:
 - L.R.14/2015: l'equipe (in base alla DGR 191/2016) si occupa solo dei casi con indice di fragilità compreso nel range 31-58, per cui è stata compilata apposita documentazione e completata la valutazione da parte dell'operatore del servizio

inviante (previo recepimento del consenso dell'utente). La documentazione verrà trasmessa tramite il portale regionale Lavoroxte

-SIA/REI : l'equipe prende in esame i casi entro 30 gg dalla ricezione della documentazione approvata dall'INPS e provvede alla convocazione dell'operatore sociale interessato per la discussione del caso e la definizione del progetto personalizzato. Con la documentazione inviata per l'analisi del caso viene inviata anche la scheda di presa in carico fornita dall'equipe compilata nelle sezioni I e II. La sezione III viene discussa e compilata durante l'equipe. L'utente viene convocato entro 30gg dalla definizione del progetto personalizzato per la stipula/sottoscrizione del patto, con il responsabile del caso designato.

La modalità di consegna della documentazione deve essere tracciabile, effettuata tramite il portale LavoroxTe (quando sarà operativo) o la mail equipe.levante@provincia.pc.it. Le domande saranno esaminate in ordine di arrivo. Le domande pervenute incomplete non verranno istruite, né potranno essere previste altre modalità di consegna delle domande o dei progetti

Il progetto sottoscritto dall'utente verrà consegnato al responsabile del caso e in copia all'utente (copia della documentazione verrà conservata negli atti dell'Equipe Multiprofessionale). Per ogni seduta effettuata viene redatto apposito verbale, relativo ai casi trattati, per i quali è stato definito il progetto personalizzato ed è stato sottoscritto il patto. Il verbale dell'Equipe viene trasmesso all'Ufficio di Piano, mentre i singoli progetti al responsabile del caso, che provvederà al monitoraggio e al coinvolgimento degli operatori interessati.

7) Modalità e strumenti per la partecipazione e confronto con il terzo settore

Nell'ambito territoriale sono attivi raccordi operativi continuativi e costanti con :

- associazioni non profit quali Ass. Agape (Piccola Casa Carità), Associazione La Selce, Gruppo volontariato Vincenziano; associazione di promozione sociale Psiky , CIPM Centro Italiano Promozione Mediazione, Associazione Fiorenzuola Oltre i Confini (che gestisce gli sportelli informativi per immigrati presso 8 comuni del territorio: Carpaneto, Podenzano, Caorso, Cortemaggiore, Monticelli, Villanova, Ponte dell'Olio, Fiorenzuola), Associazione La Ricerca onlus
- cooperative sociali attive in progetti dislocati sul territorio soprattutto sul fronte prevenzione/educazione o inserimento lavorativo: L'Arco, Mele Verdi , Eureka , Aurora , Coopselios, Kairos , Consorzio Sol.Co. Piacenza, L'Orto Botanico
- Parrocchie del territorio.

Ci si propone di realizzare in ogni ambito territoriale un tavolo di lavoro stabile, riunito periodicamente, avente ad oggetto l'ambito Welfare Generativo-Nuove Povertà, nel quale coinvolgere il terzo settore, oltre alle istituzioni, i cui esiti verranno periodicamente portati all'attenzione dell'Ufficio di Piano per la verifica

della fattibilità di iniziative comuni, progetti sperimentali, ipotesi di creazione sinergica di servizi di prossimità.

8) Schede intervento di declinazione delle schede attuative del PSSR 22 e 23

- Allegata Scheda 8- SPRINT

Allegati:

-Piano territoriale Integrato L.R.14/2015

-Scheda 8 Piano di Zona

PIANO INTEGRATO TERRITORIALE

(L.R.14/2015)

Ambito distrettuale di: **LEVANTE**

Periodo di riferimento: 2018-2020

Obiettivi

In attuazione della DGR 73/2018 e in base alle caratteristiche del territorio, alle esperienze in atto e ad altri programmi-progetti previsti o in corso di attuazione, indicare gli obiettivi che si intendono perseguire nel triennio di riferimento.

Il Distretto di Levante, con un numero di abitanti complessivo pari a 107.656 unità nel 2017, è composto da 24 Comuni , 20 dei quali aggregati in 4 Unioni. Il tasso di disoccupazione a livello provinciale si assesta al 7,5%, più alto di quello regionale (6,9%) ma in miglioramento rispetto alle annualità precedenti. Le famiglie monogenitoriali rappresentano il 10% del totale, le abitazioni in affitto il 17,5% del totale. La stima della povertà su base regionale in media è pari al 5,7% della popolazione, che corrisponde ad un bacino virtuale di oltre 16.000 persone nel territorio di Levante. Il numero di assistiti presso il DSM x 1000 residenti , è per il distretto di Levante, pari a 24,54 (dato 2016).

Il flusso delle Dichiarazioni di Immediata Disponibilità al lavoro (DID) e patti di servizio stipulati presso i CPI mostra questi volumi di attività nel 2017:

<i>Distretto di:</i>	Servizi ordinari		Servizi di collocamento mirato	
	Flusso DID	N° Patti di servizio stipulati	Flusso iscrizioni/reiscrizioni	N° Patti di servizio stipulati
Provincia di Piacenza	6.813	13.106	380	999
Piacenza Levante	2.246	4.544	126	345

Nel corso del tempo, la vulnerabilità sociale si è andata intensificando, a seguito anche della diminuzione del tenore di vita a seguito della crisi economica dell'ultimo decennio, che, unita alla disgregazione dei nuclei familiari e alla presenza più ampia di famiglie monogenitoriali, adulti soli in difficoltà, anziani senza sostegno familiare, situazione di disoccupazione dei capi famiglia o aumento delle famiglie monoreddito, ha portato il target di riferimento dei servizi sociali territoriali ad incrementare le situazioni in carico, acquisendo fette di utenza nuova, prima sconosciuta al mondo dei servizi sociali perché è in situazione pregressa di non fragilità o di vulnerabilità contenuta. A ciò si affianca una parte di popolazione che benché bisognosa, stenta ad avvicinarsi al servizio sociale, pur avendo la necessità di sostegni di carattere economico o di reti di riferimento sociale. Ad una utenza storica, incardinata nel sistema, poco desiderosa di emanciparsi in maniera pro-attiva, si è affiancata da un lato un utenza sommersa, in condizione prossima alla marginalità sociale ma quasi timorosa di venire allo scoperto, e dall'altro una utenza nuova, scaturita dall'effetto della crisi, che a sua volta oscilla

pericolosamente in una zona grigia tra normalità e scivolamento progressivo e, qualora non riceva sostegno, difficilmente reversibile, di disagio socioeconomico. Gli obiettivi della programmazione integrata triennale devono pertanto tener conto delle situazioni diverse e peculiari delle tipologie di utenza, della opportunità offerta dalla legislazione regionale (LR 14/2015 e Res) e da quella nazionale (Rei), sposando politiche di welfare generativo e di attivazione delle risorse territoriali in maniera sinergica e integrata. In sintesi si possono così definire:

- la promozione di percorsi reali di autonomia, che possano stimolare responsabilizzazione ed empowerment delle risorse dei singoli destinatari;
- la attivazione di una rete territoriale sinergica che possa rispondere in maniera flessibile e personalizzata ai bisogni dei destinatari;
- l'implementazione, in sinergia con l'utenza, di progetti di inserimento lavorativo che possano tener conto delle singole specificità, attitudini e peculiarità ;
- la diminuzione conseguente della dipendenza dal sistema dei servizi socio-sanitari con la riconquista di percorsi di vita autonomi.

Particolare rilievo assume, in questo contesto, la consapevolezza , da parte dei servizi territoriali, di considerare, nella selezione dell'utenza, le reali possibilità di collocazione della medesima, il livello di pro attività dei beneficiari e la loro capacità di mettersi in gioco e di cogliere con positività e responsabilità le opportunità di inserimento che gli vengono date, in ottica non assistenzialistica. L'obiettivo di fondo deve mirare sostanzialmente ad un progressivo affrancarsi dei destinatari dal sistema dei servizi socio-sanitari, in chiave di reale ed effettiva autonomia conquistata o riconquistata, scevra da meccanismi ben conosciuti e rodati di dipendenza cronica dal sostegno dell'ente pubblico.

Priorità di intervento

Indicare le linee di sviluppo ritenute prioritarie. Possono riguardare: le modalità di raccordo con il Programma Socio-sanitario di zona, la valorizzazione delle reti presenti nel territorio (volontariato, associazionismo, ...), le modalità di organizzazione dei servizi, ecc..

Le linee di sviluppo ritenute prioritarie risultano essere le seguenti:

- 1) Realizzazione di una integrazione organizzativa nell'ambito della progettazione individualizzata tra operatori di diversa estrazione e competenza in maniera sinergica e complementare
- 2) Rafforzamento progressivo dell' équipe territoriale in base ad una logica mirata di implementazione e valorizzazione know how e di lavoro di rete
- 3) Valorizzazione dei tirocini quale acquisizione livelli di autonomia sempre più ampia e finalizzata ad un progressivo distacco dai servizi sociosanitari
- 4) Implementazione di una offerta formativa fruibile da parte di tutta l'utenza collocata territorialmente nel Distretto di Levante, attraverso anche l'adozione di una pianificazione formativa sovra distrettuale in raccordo strategico ed operativo con i Distretti di Piacenza e di Ponente, tramite l'intercettazione della domanda di figure professionali nei territori e la modulazione di percorsi formativi coerenti
- 5) Collegamento costante con l' ufficio di piano per un costante e pro-attivo raccordo con la programmazione distrettuale.

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 riferimento	2018	2019	2020
FSE - Fondo Sociale Europeo	€ 469.744,00	€ *469.744,00	€*469.744,00
FRD - Fondo Regionale Disabili			

***LE CIFRE PER LE ANNUALITÀ 2019-20 SONO PURAMENTE INDICATIVE E POTRANNO SUBIRE VARIAZIONI DETERMINATE DA EVENTUALE MODIFICA DEI PARAMETRI DI ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE DA PARTE DELLA REGIONE**

Quota compartecipazione dei comuni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)

10%

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 riferimento	2018	2019	2020
	**	**	**
Fondo sociale locale	X	X	X
Fondo Sanitario regionale	0	0	0

Totale risorse destinate

****LE CIFRE VERRANNO INDIVIDUATE DALLA REGIONE SU BASE ANNUALE**

Interventi previsti

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.

Tipologia di intervento e relative caratteristiche	2018-2020
<p>FORMAZIONE</p> <p>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)</p>	<p>L'ambito formativo risulta importante soprattutto per quanto attiene alla formazione permanente, finalizzata all'acquisizione di nuove competenze, alla riconversione di competenze preesistenti, in linea con il profilo più fluido del mercato del lavoro del nuovo millennio (difficoltà a svolgere lo stesso lavoro per tutta la vita, necessità di aggiornare competenze obsolete, bisogno di fronteggiare situazioni di disoccupazione in un target ultracinquantenne –causa l'allontanamento delle prospettive di pensionamento conseguenti all'incremento dell'età pensionistica). Da preservare, anche se con un maggior collegamento tra mercato del lavoro e opportunità formative, la formazione a qualifica, che deve essere tuttavia focalizzata a profili effettivamente e fortemente richiesti dal mondo del lavoro, onde evitare percorsi formativi inutili e scarsamente produttivi di occasioni professionali concrete.</p> <p>La formazione sarà, nel corso del triennio, pianificata a livello sovra distrettuale, in sinergia con i territori di Piacenza e di Ponente, per poter presentare una offerta formativa adatta alle esigenze e ai fabbisogni delle aziende (in termini di offerta di lavoro e di prospettive professionali in uscita dal percorso formativo) ed evitare che corsi analoghi siano duplicati su territori limitrofi, lasciando scoperte ambiti formativi di interesse per l'eventuale assorbimento dal mercato del lavoro.</p>
<p>TIROCINI</p> <p>Riguarda tutte le tipologie di Tirocinio al momento operanti. Comprende sia le attività di Attivazione che la corresponsione delle indennità di partecipazione.</p>	<p>In chiave di welfare generativo e di stimolo per l'utenza a mettersi in gioco per apprendere competenze sul campo, il tirocinio rappresenta un elemento fondamentale. Al contempo, risulta determinante per consentire alla persona di testarsi sul campo e all'azienda di rilevare attitudini e potenzialità dei tirocinanti. Inoltre si rivela come essenziale in tutti i casi in cui, per la necessità di un percorso di inserimento inizialmente protetto (vedi tirocini C e D) , il percorso di avvicinamento al lavoro debba essere</p>

	<p>mediato e monitorato con attenzione. Il livello di rilevanza dei tirocini come opportunità di inserimento lavorativo risulta essere assolutamente prioritaria: di anno in anno, attraverso gli accordi attuativi, sarà possibile fissare la percentuale relativa di attribuzione delle risorse, in correlazione con l'evoluzione della tipologia e delle casistiche di utenza.</p>
<p>SUPPORTO AL LAVORO</p> <p>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.</p>	<p>L'orientamento, l'accompagnamento all'inserimento lavorativo e il sostegno nei contesti di collocazione sono importanti per aumentare le possibilità di successo dell'inserimento stesso. Sono pertanto misure rafforzative che necessitano di attenzione e di investimento in chiave proattiva, affinché gli inserimenti vadano a buon fine.</p> <p>Di anno in anno, attraverso il programma attuativo attuativi, sarà possibile fissare la percentuale relativa di attribuzione delle risorse, in correlazione con l'evoluzione della tipologia e delle casistiche di utenza.</p>

Interventi previsti

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.

Tipologia di intervento e relative caratteristiche	2018- 2020
<p>SERVIZI E INTERVENTI DI NATURA SOCIALE</p> <p>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.</p>	<p>All'interno della tipologia sono ricompresi tutti gli interventi prestati dai Comuni e dal mondo non profit a favore dell'utenza di riferimento. Gli interventi perverranno nel tempo ma saranno a loro volta indirizzati ad una maggior presa di consapevolezza nell'utente della necessità di attivarsi in prima persona per uscire dalla situazione di difficoltà e di disagio nella quale si trova. Molti degli interventi andranno pertanto ripensati e modulati, nel corso del triennio, per poter premiare coloro che accettano in maniera seria e responsabile i percorsi di autonomia e di responsabilizzazione che gli vengono proposti. Tra essi si annoverano, in via non esaustiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> -sostegno alla genitorialità, -servizi di prossimità, -servizi di tipo educativo per i figli

TRASFERIMENTI IN DENARO

Comprende i contributi economici di varia natura di competenza dei comuni

- supporto abitativo
- assistenza domiciliare

La programmazione degli interventi verrà effettuata annualmente attraverso il programma attuativo del Piano di Zona.

Anche questi interventi terranno conto del livello di collaborazione e di partecipazione dell'utente all'intero percorso, premiando gli atteggiamenti consapevoli e responsabili e rappresentando un volano iniziale per la riconquista dell'autonomia, sempre nell'ottica di un supporto dei servizi sociali visto come emergenziale nei casi di effettivo bisogno e non cronico ed "esistenziale".

La programmazione degli interventi verrà effettuata annualmente attraverso il programma attuativo del Piano di Zona, oltre che dei bilanci comunali, in relazione ai fabbisogni dell'utenza seguita e delle sue caratteristiche.

Ulteriori note a supporto della programmazione

Indicare aspetti di natura operativa, organizzativa e procedurale che a livello di singolo distretto possono facilitare l'attuazione del presente Piano Integrato Territoriale.

L'attuazione è facilitata dalla creazione, nel corso del primo anno sperimentale, di una équipe affiatata e competente, che sta lavorando a pieno regime sui casi che gli vengono sottoposti dai territori, in completa sinergia e sintonia di vedute. Particolare attenzione è stata dedicata alla creazione della stessa, attraverso l'individuazione di personale esperto nei temi oggetto della L.R.14/2015 e al lavoro di rete con i responsabili dei casi.

Referenti per l'attuazione del Piano integrato territoriale

Servizio	Ente	Ruolo	Nome e Cognome
Lavoro	Agenzia Regionale per l'Impiego	Referente programmazione L.R. 14/2015	Davide Villa
Sociale	Ufficio di Piano Distretto di Levante	Responsabile Ufficio di Piano	Sabina Dordoni
Sanitario	Ausl Distretto Levante	Direttore U.O. Psichiatria di Collegamento	Corrado Cappa

SCHEDA 8 – SPRINT- STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E RINNOVAMENTO PER IL TERRITORIO A FAVORE DELL'INCLUSIONE SOCIALE E CONTRO LA VULNERABILITÀ

Distretto	LEVANTE
Titolo intervento	SPRINT- Strumenti di Partecipazione e RINnovamento per il Territorio a favore dell'inclusione sociale e contro la vulnerabilità
Riferimento scheda regionale	10-22-23-4
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	<input checked="" type="radio"/> <u>X Distrettuale</u> <input type="radio"/> Sub distrettuale <input type="radio"/> Provinciale <input type="radio"/> Aziendale
Soggetto capofila	<input type="radio"/> Comune <input type="radio"/> Unione dei comuni <input type="radio"/> AUSL <input type="radio"/> ASP <input type="radio"/> Altro
Specifica soggetto capofila	Comune Fiorenzuola D'Arda
In continuità con la programmazione precedente	<input checked="" type="radio"/> Sì Le attività previste sono già state avviate negli anni precedenti <input type="radio"/> No
Inserito nel percorso Community Lab	<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> NO
Aree	<input checked="" type="radio"/> A Domiciliarità e prossimità

	X B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute X C Promozione autonomia X D Partecipazione e responsabilizzazione X E Qualificazione servizi
--	---

Razionale/Motivazione:

Nell'ambito del concetto di vulnerabilità sociale sono ricompresi segmenti della popolazione che presenta fattori di rischio, nell'ambito di fenomeni sociali di ampia portata, come la disoccupazione, la precarietà lavorativa, gli sfratti e la precarietà abitativa, la debolezza dei legami familiari/parentali. Gli ultimi anni e l'impatto nell'ultimo decennio della crisi economica hanno evidenziato l'incremento esponenziale delle situazioni di "normalità a rischio", una area, dai contorni in continua evoluzione, posta tra la fascia della popolazione in acclerate situazioni di marginalità e non autonomia e una fascia della popolazione che invece mantiene i propri livelli di protezione sociale e la propria situazione economica.

La vulnerabilità si caratterizza per l'accesso intermittente e discontinuo alle risorse materiali fondamentali, per la fragilità del tessuto familiare e per la mancanza o l'insufficienza di capacità e risorse progettuali sui cui basarsi per re-impostare e ri-programmare la propria vita. La vulnerabilità quindi si spinge oltre le situazioni estreme del disagio, arrivando ad includere anche situazioni sociali intermedie, che hanno minore visibilità e suscitano minor allarme sociale. In questo ambito rientrano anche coloro che non presentano le caratteristiche necessari per accedere direttamente ed immediatamente a determinate opportunità erogate dai servizi sociali ma al contempo non ha la possibilità per inserirsi in un mercato privato di beni e servizi. A queste situazioni, un tempo sfuggenti al sistema dei servizi, e oggi sempre più presenti, si affiancano le situazioni conosciute e da tempo in carico, già caratterizzate da disagio conclamato (area dipendenze, disagio mentale, disagio socio-economico e culturale, senza fissa dimora ecc.), di fronte alle quali occorre dar vita a risposte di rete, sempre più articolate, strutturate e coordinate. In questo ambito si inserisce anche l'intervento della legge di stabilità 2016 e del successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016, attraverso i quali si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà, oltre che la L.33/2017 che ha introdotto il Reddito di inclusione-REI e la L.R. 24/2016 "Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito" che ha previsto l'istituzione in Emilia-Romagna del Reddito di Solidarietà-RES finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. I fenomeni sopradescritti non possono tuttavia esaurirsi in incentivi di carattere economico ma devono tradursi nella creazione di un nuovo welfare, che da dispositivo diventi generativo, ovvero capace di generare nuove risorse

in chi le ha perse o non le ha mai avute. L'idea di un "welfare generativo" mira alla possibilità di miglioramento delle capacità di vita delle persone, attraverso percorsi di "empowerment" che rendano le persone soggetti pro-attivi capaci di collaborare attivamente alla costruzione del proprio futuro. Il welfare diventa quindi un processo di creazione di valore, promuovendo l'idea di una bidirezionalità e di una reciprocità nella relazione tra individuo e comunità. Il welfare generativo stimola lo sviluppo di buone prassi miranti ad aiutare le persone ad auto-aiutarsi, rendendole di nuovo capaci di essere responsabili, senza abbandonarle al loro destino ma intervenendo su leve motivazionali nuove e coinvolgendo la persona nel proprio percorso di ri-attivazione sociale. Si tratta di una responsabilità che include in sé l'idea di partecipazione attiva e di protagonismo della persona nel ri-disegnare il proprio futuro sociale e lavorativo. . In questo contesto trova il proprio significato la L. R. 14/2015 i cui punti di fondo sono :

- la convinzione che un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse e i saperi di più servizi contemporaneamente moltiplica la sua efficacia;
- la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una condizione temporanea che può essere superata;
- il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate.

Con l'istituzione della equipe multidisciplinare LR.14 anche il territorio di Levante sta perseguendo attivamente gli obiettivi di promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità e realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi

Descrizione

Per quanto riguarda l'ambito relativo alla lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà il Distretto di Levante ha finanziato per anni, nel precedente Piano di Zona, un intervento dal titolo "Povertà Zero" a supporto del target di utenti con difficoltà di inserimento lavorativo e con situazione di debolezza economica, sociale e relazionale. Si è concretizzato nella realizzazione di attività di tutoring e coaching rivolti ad un proficuo inserimento lavorativo, responsabilizzazione, orientamento nella ricerca di soluzioni abitative e nella rete dei servizi sociosanitari per soggetti adulti fragili a grave rischio di emarginazione. I comuni coinvolti sono stati 12 per un totale di 313 interventi di supporto, caratterizzati dalla presenza di una o più situazioni contestuali di disagio grave. Nel penultimo piano attuativo è stato finanziato anche un progetto realizzato in collaborazione con la Psichiatria di collegamento dell'Ausl focalizzato sulla mappatura di casi e caratteristiche di utenti in condizione di fragilità all'interno del distretto di Levante, in sinergia con analoghe iniziative portate avanti dai Distretti di Piacenza e di

Ponente. Parallelamente, nel Piano di Zona precedente e degli ultimi piani attuativi è stato sempre finanziato l'intervento di sostegno economico alla famiglie con figli in situazione di vulnerabilità e crisi economica, che ha interessato 186 nuclei familiari nel 2016 e 306 nel 2015.

Le situazioni SIA esaminate dall'equipe multiprofessionale sono state complessivamente 38 al 31.12.2017 e ulteriori 3 al 30.06.2018 per un totale di 42 utenti. Le situazioni RES-REI sono complessivamente 97 (di cui 4 al 31.12.2017 e 94 al 30.06.2018) . Per quanto attiene alla LR 14/2015, le persone per le quali è stata attivata l'equipe sono state 12 al 31.12.2017 e 99 al 15.07.2018 (per un totale di 111) . Le persone che hanno sottoscritto il programma personalizzato al 31.12.2017 sono state 8 e al 15.07.2018 80, per un totale di 88 programmi sottoscritti (e altrettanti inserimenti lavorativi) . Altre 23 persone hanno rifiutato la sottoscrizione.

In riferimento al Comune di Fiorenzuola, per quanto attiene al RES le domande presentare al 31.12.2017 sono state 110 e al 30.06.2018 171; le domande accolte sono state al 31.12.2017 45 con relativo progetto individualizzato e 29 al 30.6.2018 . 19 domande RES nel frattempo sono decadute per perdita requisiti). Le domande REI presentate al 31/12/2017 sono 4 e al 30.06.2018 7 , tutte in attesa di esito. Le richieste REI presentate ma senza requisiti economici (con ISEE inferiore ai 6000 euro ma con ISRE superiore ai 3000) al 31/12/2017 sono state 57 e al 30.06.2018 82. In base ai dati raccolti dall'intero distretto, le domande SIA/REI accolte al 31.12.2017 sono state 83, quelle SIA/REI accolte al 30.06.2018 28. Le domande RES presentate al 31.12.2017 sono 185, al 30.06.2018 282; le domande RES accolte al al 31.12.2017 sono state 78 e al 30.06.2018 93. Per quanto riguarda il DSM, 7 persone afferenti al Dipartimento sono state valutate in equipe multiprofessionale L.R. 14, di cui 3 hanno interrotto il percorso, per 1 non è stato approvato il programma: 3 sono i casi attualmente inserite a seguito della sottoscrizione del programma personalizzato.

Il SerT di Levante garantisce inoltre, in collaborazione con la Cooperativa L'Arco di Piacenza l'apertura di spazi ambulatoriali festivi e presenze di case- manager per casi selezionati di persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di marginalità, con finalità di tutela della salute (anche in un'ottica di tutela della salute pubblica e riduzione di condotte illegali) e di riduzione e contenimento della marginalità sociale. L'intervento è rivolto a utenti con dipendenza a cui non è possibile consegnare in affido le terapie quotidiane e utenti con bassa capacità di gestire le normali relazioni quotidiane e necessitanti di un tutoraggio plurisettimanale.

Si pone ora, in relazione al nuovo triennio di programmazione territoriale, l'opportunità di integrare le progettualità esistenti e dar luogo ad un intervento che possa legarsi sinergicamente agli strumenti operativi messi in campo dalla L.R.14/2015 e dalle misure governative e regionali di sostegno alla povertà (Sia, Res, Rei), in un quadro di rete e di regia complessiva delle

politiche locali di welfare generativo, in maniera che i vari interventi e le varie possibilità sia normative che economiche, possano integrarsi e non sovrapporsi in ottica di sistema.

Inoltre, per quanto riguarda l'utenza collegata al DSM e alle possibilità di integrazione sociale che possono essere alla base di effettive possibilità di reinserimento anche lavorativo, si intende coinvolgere adulti in età compresa tra i 18 e 65 anni di età in condizione di fragilità personale e sociale afferenti ai servizi di salute mentale e disabilità in iniziative volte allo stimolo dell'attività motoria, in sinergia con le Case della Salute e in attuazione anche del Piano Regionale di Prevenzione, visti come possibilità di inclusione sociale e di stimolo al riappropriarsi di un proprio progetto di vita autonomo.

Si pongono pertanto ora :

- la necessità di utilizzare nuovi linguaggi che individuino oggetti di lavoro nuovi e bisogni emergenti sempre più complessi e sfaccettati
- la necessità di entrare in rapporto con i cittadini e coinvolgerli nel processo di partecipazione
- la necessità di coinvolgere e intercettare altri settori oltre al sociale

Azioni da sviluppare:

- Creazione di un tavolo di confronto sul Welfare Generativo in ogni Unione/comune a livello locale, con raccordo diretto con l'Ufficio di Piano per monitoraggio e identificazione di possibilità di progettazioni comuni con il coinvolgimento delle istituzioni attive in ambito povertà e vulnerabilità e del privato sociale;
- Prosecuzione, in stretto raccordo con le Unioni e i Comuni con l'equipe multidisciplinare L.R.14, onde evitare sovrapposizioni e duplicazioni di interventi rispetto all'ambito RES-REI, di interventi di sostegno economico a nuclei con minori laddove è necessario, legando i relativi contributi a dinamiche di welfare generativo e di responsabilizzazione
- Prosecuzione dell'attività dell'equipe multidisciplinare RES/REI/L.R.14 per garantire il lavoro di rete sinergico tra servizi sociali, sanitari e lavorativi
- Realizzazione a livello locale del PON Inclusione-Avviso 3/2016 con rafforzamento dei servizi sociali operanti in ambito vulnerabilità e povertà a livello distrettuale
- Sperimentazione di progetti integrati per adulti fragili a livello distrettuale
- Stretta connessione con interventi previsti all'interno del Piano Povertà.
- Realizzazione del piano integrato territoriale L.R. 14/2015 nelle sue articolazioni annuali

-Ambito Ser.R.T: Apertura festiva, in fasce determinate, di un ambulatorio per la distribuzione e la somministrazione di terapia (si riscontra la necessità di garantire la somministrazione puntuale delle terapie quotidiane a utenti per i quali non sia possibile consegnare affidi (condizioni di mono-familiarità, utenti in transito) o non sia ritenuto idoneo dall'equipe curante (mal uso o elevato rischio di spaccio).

-Ambito Ser.R.T: tutoraggio specifico (case managing) per utenti di particolare gravità clinica per consentire la fruizione di possibili spazi di socialità per evitare la marginalità e ridurre la devianza (si prevede un supporto plurisettimanale, compreso il domicilio e i luoghi di normale attività, ad alcuni utenti con particolare gravità clinica).

-Sviluppo della rete distrettuale della Palestre che Promuovono Salute per l'Attività Motoria Adattata (DGR 2127/2016), implementando il programma di Attività Fisica Adattata (AFA) e Esercizio Fisico Adattato (EFA), anche attraverso la collaborazione con il Comune di Piacenza (si tratta di promuovere attivamente l'adesione delle associazioni sportive e delle palestre dei Comuni del Distretto alla rete regionale. Tali Palestre potranno essere impiegate anche per la pratica di Attività Motoria Adattata, prescritta da medici specialisti e di medicina generale, per soggetti afferenti al Dipartimento di Salute Mentale dell'Ausl di Piacenza).

-Promozione di gruppi di cammino con il coinvolgimento di Associazioni di volontariato per i destinatari individuati e anche degli utenti del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Beneficiari: persone in situazione di grave marginalità sociale e persone in situazione di vulnerabilità sociale, beneficiari e richiedenti RES-REI-interventi L.r.14.

Elementi di trasversalità/integrazione:

-integrazione in ambito socio-sanitario, per le forti correlazioni fra salute e deprivazione materiale

-L'integrazione tra servizi sociali, del lavoro, sanitari, educativi e con il terzo settore e la comunità nel suo insieme è la cifra distintiva delle misure di contrasto alla povertà definite a livello nazionale e regionale. La valutazione multidimensionale attraverso le equipe multidisciplinari è lo strumento di attuazione delle misure individuate che dovrebbe consentire di affrontare le situazioni di fragilità e vulnerabilità prevedendo la presa in carico integrata, così come previsto dalla LR. 24/2016, dalla LR. 14/15 nonché dalle linee guida di attuazione del SIA/REI.

- attuazione del Reddito di solidarietà, misura di contrasto alla povertà introdotta in Regione Emilia-Romagna con la LR 24/16 e la misura nazionale di contrasto alla povertà denominata SIA - Sostegno per l'inclusione attiva, introdotta con decreto legge il 26 maggio 2016 modificato dal Decreto ministeriale del 16 marzo 2017 e dall'introduzione del reddito d'inclusione REI approvato con Legge 15 marzo 2017, n. 33.
- connessioni con gli attori del Patto per il lavoro, in particolare con le aziende socialmente responsabili che si renderanno disponibili ai percorsi di inserimento lavorativo con particolare attenzione alle cooperative sociali che si occupano di inserimento lavorativo.
- Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 18
- Scheda Budget di Salute e relativi interventi

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ufficio di Piano- AUSL Distretto di Levante- Agenzia per l'Impiego- Enti di formazione professionale- Associazioni di volontariato locali – Assistenti sociali- Aziende convenzionate per tirocini - DSM-DP (Psichiatria di Collegamento); famiglie e utenti; cooperazione sociale; SerT Levante, Palestre del territorio, in particolare le palestre che Promuovono Salute,SVEP ed associazioni,CONI, CIP, Enti di promozione sportiva, Società sportive/associazioni sportivo dilettantistiche, Medici di Medicina Generale.
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Sabina Dordoni Per gli interventi SERT: Dott. Maurizio Avanzi Per promozione attività motoria utenti DSM: Giorgio Chiaranda, U.O. Epidemiologia e promozione della salute, Responsabile medicina dello sport e attività fisica Elisabetta Ghigini, Coordinatore Psichiatria di Collegamento referente Progetto Benessere
Risorse non finanziarie	Per gli interventi SERT: <i>Personale ASL attualmente impiegato: 1dirigente medico, 1educatore professionale 1infermiere professionale.</i>

--	--

Indicatori locali

Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al 31.12.2017	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
SERT-Attività ambulatoriale	Apertura ambulatori nelle giornate festive	attivati	2 ore settimanali		2 ore settimanali	Manteniment o attività se finanziata	Mantenimento attività se finanziata
SERT- Attività di case-manager	Accompagnament o nelle attività quotidiane per pazienti di particolare gravità clinica	Interventi attivati	10 ore settimanali		10 ore settimanali	Manteniment o attività se finanziata	Mantenimento attività se finanziata
Costituzione tavoli di lavoro locali	Costituzione in ogni ambito territoriale di tavoli di lavoro dedicati al tema con raccordo con privato sociale e ambito sanitario e					5	

	lavorativo						
N. tirocini L.R.14/2015 previsti dal PIT					60		
Corsi di attività fisica adattata	n. palestre AMA	0	31/12/2017	numerico	0	1	2
Occasioni di attività motoria per utenti del Dipartimento di salute Mentale e dipendenze patologiche	N° di utenti del Dipartimento di Salute Mentale che hanno aderito a percorsi di attività motoria	0	31/12/2017	numerico	10	10	10

Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ 99.902,92
Fondo sociale locale - Risorse statali	€ 111.174,46
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D. Lgs. n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€ 228.105,90
Fondo povertà Regionale	€ 120292,38
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€ 87.857,50
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€ 469.744,00
Cofinanziamento Comuni LR 14	€ 46.974,40
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€

FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblci	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblci	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune	€
Nome del Comune finanziatore	

DISTRETTO DI LEVANTE

PIANO DI ZONA

PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE

2018-2020

CAPITOLO 5. PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO

Processo realizzato per la definizione del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale triennale 2018/2020, con particolare riferimento allo sviluppo di percorsi di programmazione partecipata

Il percorso di realizzazione del Piano di Zona Triennale 2018-2020 del Distretto di Levante è iniziato nel gennaio 2018, con la condivisione, all'interno dell'Ufficio di Piano di Levante, dei materiali informativi e documentali forniti dalla Regione Emilia Romagna, l'approfondimento degli stessi e il raccordo relativo alle modalità di programmazione e al calendario degli incontri da realizzare.

Sono stati pianificati 4 Tavoli di lavoro, corrispondenti alle priorità strategiche individuate, nell'ambito dei quali sono stati coinvolti di volta in volta, oltre ai componenti dell'Ufficio di Piano, anche i vari interlocutori provenienti dall'Ausl, dall'Agenzia Regionale per il Lavoro, dai soggetti istituzionali operanti nelle varie aree, dal privato sociale attivo nel territorio. Questi i 4 Tavoli:

1) Tavolo MINORI E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

2) Tavolo WELFARE GENERATIVO - CONTRASTO ALLA MARGINALITÀ

3) Tavolo NON AUTOSUFFICIENZA

4) Tavolo INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA TERRITORIALE

La programmazione ha consentito il confronto sinergico tra operatori, la possibilità di cogliere punti di vista diversi finalizzati alla implementazione di una visione comune a 360° dei singoli temi e delle eventuali criticità e ha rappresentato un momento di grande importanza per l'acquisizione di dati e informazioni fondamentali per una corretta impostazione degli interventi. Il lavoro svolto si è anche tradotto nell'acquisizione, da parte degli operatori coinvolti, di elementi conoscitivi talvolta inediti, che sono scaturiti dal reciproco confronto e dalla possibilità di approfondire il contenuto e le attività dei servizi operanti nelle varie aree. Nel corso della pianificazione, sono stati richiesti e ottenuti dati di contesto utili alla programmazione, divenuti poi patrimonio comune e oggetto di scambio e riflessione. I Community Lab condotti sono stati 3, collegati alle schede:

- 1- CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA –con focus sperimentale dedicato alla Casa della Salute di Carpaneto, condotto nell'ambito degli incontri del Tavolo INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA TERRITORIALE;
- 8- SPRINT- STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E RINNOVAMENTO PER IL TERRITORIO A FAVORE DELL'INCLUSIONE SOCIALE E CONTRO LA VULNERABILITÀ , condotto nell'ambito degli incontri del Tavolo WELFARE GENERATIVO - CONTRASTO ALLA MARGINALITÀ;
- 13- APP - Progetto Adolescenza., Promozione e Prevenzione : interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti, condotto nell'ambito degli incontri del Tavolo MINORI E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ.

Questa la sintesi degli appuntamenti che hanno scandito la programmazione:

- 31/01/2018

Tavolo MINORI E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ : Valutazione di nuove prospettive di sviluppo rispetto all'integrazione socio-sanitaria area Minori all'interno della progettualità partecipata.

- 07/03/2018

Tavolo WELFARE GENERATIVO - CONTRASTO ALLA MARGINALITÀ: Consultazione e confronto con le OO.SS. in merito al Piano Integrato Territoriale distrettuale in attuazione della L.R. 14/2015 e le politiche distrettuali a contrasto della marginalità e vulnerabilità sociale.

- 14/03/2018

Tavolo INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA TERRITORIALE: Case della Salute e Medicina d'iniziativa – la rete e i percorsi dell'assistenza territoriale, la promozione della salute, lo sviluppo dei progetti di empowerment.

- 21/03/2018

Tavolo MINORI E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

- Progetto "Home Visiting": confronto partecipativo nel Distretto di Levante per sperimentazione progetto, con la presenza della Dr.ssa Chiara Dellaglio, psicologa/psicoterapeuta del Centro per le Famiglie Distretto di Ponente;

- 21/03/2018

Tavolo INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA TERRITORIALE - La Rete Locale di Cure Palliative - Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di

cure palliative; con presenza Raffaella Berté Responsabile U.O. Cure Palliative e Rete Cure Palliative – Dipartimento di Oncoematologia Coordinatore Regionale Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e Davide Cassinelli Case Manager Rete Locale di Cure Palliative.

- Integrazione sociosanitaria – target minori e neomaggiorenni con bisogni sociosanitari complessi; con presenza Dott. Roberto Parisi Responsabile Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza Distretto di Levante.

- 27/03/2018 :

Tavolo INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA TERRITORIALE -Sostenibilità e prospettive dell’Hospice nella rete delle cure palliative di Piacenza. Audizione della rete cure palliative di Piacenza. Valutazione di opportunità, termini e condizioni del sostegno al sistema. Con la presenza D.ssa Raffaella Berté responsabile Rete Cure Palliative Ausl Pc, il Dott. Francesco Botteri Amministratore unico Asp Azalea Hospice Borgonovo, la Dott.ssa Avanzi Segretaria Fondazione Casa Iris PC e il Dott. Sergio Fuochi Presidente Fondazione Casa di Iris;

- 27/03/2018 :

Tavolo WELFARE GENERATIVO - CONTRASTO ALLA MARGINALITÀ : approfondimenti sul Nuovo Piano Integrato Territoriale L.R. 14/2015 e sul Piano locale contrasto gioco d’azzardo.

- 16/04/2018

Tavolo WELFARE GENERATIVO - CONTRASTO ALLA MARGINALITÀ Confronto su Budget di Salute all’interno del contesto della nuova programmazione distrettuale con la presenza del Dott. Cappa dell’Az. USL Piacenza.

- 02/05/2018

Tavolo INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA TERRITORIALE. Sviluppo azioni stili di vita – prevenzione: presente il Dott. Chiaranda (Az. AUSL Pc);
. Rete cure Palliative – Hospice: presenti Dott.ssa Berté Responsabile U.O. Cure Palliative e Rete Cure Palliative e Davide Cassinelli Case Manager Rete Locale di Cure Palliative.

- 09/05/2018

Tavolo INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA TERRITORIALE Case della Salute e nuovo Piano di Zona –presenza del Dott. Cosentino dell’AUSL;

-14/05/2018

Tavolo WELFARE GENERATIVO - CONTRASTO ALLA MARGINALITÀ. Nuovo Piano sociale sanitario - scheda n. 19 “Prevenzione e contrasto gioco d’azzardo patologico”: confronto e approfondimento con Dott. Avanzi (AUSL);
. Dott.ssa Uber e Dott.ssa Speroni (SERT): confronto sugli interventi del SERT in integrazione con altri servizi del territorio.

- 23/05/2018

Tavolo MINORI E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ - “Disabilità e inclusione scolastica: un confronto fra enti locali, scuola e cooperazione sociale”: approfondimento seminariale/focus

- 30/05/2018

Tavolo NON AUTOSUFFICIENZA Percorsi e misure per la Non Autosufficienza e fragilità all’interno del nuovo Piano di Zona Distretto di Levante con particolare riferimento alle Case della Salute, alla presenza Dr.ssa Tiziana Taggiasco e Dr. Gaetano Cosentino – Az. USL.

-04/06/2018: Tavolo NON AUTOSUFFICIENZA Confronto con gestori accreditati sulla gestione dei servizi e le prospettive di sviluppo in relazione al Piano di Zona: CRA A.M.B.R., CRA Balderacchi, CRA e CDA Breviglieri, CRA La Madonnina, CRA Perini, CRA Vassalli, CRA Ceresa

-06/06/2018: Tavolo NON AUTOSUFFICIENZA Confronto con gestori accreditati sulla gestione dei servizi e le prospettive di sviluppo in relazione al Piano di Zona: Aurora-Domus: CDA Fiore e CDA Cadeo e SAD, CRA Alta Valnure + RSA Monticelli e SAD Coopselios; CRA e CDA Biazzi ; CRA Vernasca + SAD Vernasca; CRA Verani e CDD Verani, CDA Lugagnano, SAD Unicoop

-7/06/2018

Tavolo WELFARE GENERATIVO - CONTRASTO ALLA MARGINALITÀ Confronto con le associazioni di volontariato e di promozione sociale attive nel territorio, alla presenza anche dello SVEP-Centro di Servizio per il Volontariato;

- 11/06/2018

Tavolo MINORI E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ “PROGETTO ADOLESCENZA - Interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere e cura di preadolescenti e adolescenti e per il sostegno alla genitorialità nel Distretto di Levante”: approfondimento seminariale/focus

- 13/06/2018

Tavolo MINORI E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ Percorsi e misure all'interno del nuovo Piano di Zona Distretto di Levante, con particolare riferimento agli interventi di promozione della salute sessuale e riproduttiva, percorso nascita, e interventi di prevenzione e cura rivolti a bambini e adolescenti. Con la Dr. Cristina Molinaroli Direttore U.O. Consultori Familiari, la dott.ssa Emanuela Fanzini Responsabile Assistenza Psicologica di Base, la dott.ssa Costanza Ceda Direttore Attività Sociosanitarie, la dott.ssa Silvia Morelli Psicologa e la dott.ssa Samanta Repetti Coordinatrice UVM DGR 1102/2014.

-14/06/2018

Tavolo MINORI E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ : incontro gruppo tecnico distrettuale assistenti sociali

- 20/06/2018

Tavolo MINORI E SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ incontro con approfondimento sul progetto " Famiglia affianca Famiglia".

- 27/06/2018 COMITATO DISTRETTO:

Piano Sociale e Sanitario e predisposizione Nuovo Piano di Zona triennale:

- prospettive di sviluppo dell'impianto della governance locale;
- aggiornamento attività Ufficio di Piano all'interno del percorso partecipato avviato;

-28/06/2018

Tavolo NON AUTOSUFFICIENZA- Confronto con gestori accreditati sulla gestione dei servizi e le prospettive di sviluppo in relazione al Piano di Zona

- 29/06/2018

Tavolo NON AUTOSUFFICIENZA Seminario "AZIONI E PROGETTI A FAVORE DELLA DISABILITA': Strumenti e Prospettive nel Distretto di Levante"

- 18/07/2018 –UFFICIO DI PIANO con esame bozza singole schede alla luce del percorso condotto e dei tavoli di lavoro : Integrazioni e modifiche schede intervento, in vista del Comitato di Distretto previsto per il 30 luglio 2018.

-30/07/2018- Comitato di Distretto con all'odg Approvazione Accordo di Programma e Piano di Zona Triennale 2018-2020

DISTRETTO DI LEVANTE

PIANO DI ZONA

PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE

2018-2020

CAPITOLO 6. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

Strumenti per il monitoraggio e la valutazione del Piano Triennale

La raccolta di dati quantitativi (flussi di utenza, interventi erogati, monitoraggio attività realizzate, elementi rendicontuali delle risorse erogate) e qualitativi (gradimento dell'utenza rispetto agli interventi realizzati, accessibilità e modalità di fruizione, sinergie attivate) è il presupposto essenziale per assumere informazioni e monitorare la realizzazione del Piano di Zona nel corso del triennio 2018-2020, oltre che per valutare efficacia ed esiti delle azioni realizzate sia su base annuale (rendicontazione 2018 e predisposizione attuativo 2019, rendicontazione 2019 e predisposizione attuativo 2020) sia al termine del triennio.

Per perseguire questi fini, il Piano sarà oggetto di un monitoraggio in itinere e una valutazione finale. Il monitoraggio in itinere sarà realizzato dall'Ufficio di Piano nelle sue riunioni che si svolgono a cadenza settimanale, con focus specifici dedicati alle singole schede intervento sia in fase di attuazione delle stesse che in fase di rendicontazione economica delle risorse del FSL utilizzate. Di ogni riunione sarà realizzato un verbale, corredato di documentazione integrativa.

Il monitoraggio in itinere costituisce un sistema di osservazione del processo mentre le azioni sono in corso; ovvero si occupa dell'accertamento sistematico del processo durante l'esecuzione del programma.

La documentazione permette, da un lato, di tenere la memoria delle attività e degli interventi realizzati, dall'altro, consente di valutare le criticità e i punti deboli dell'intervento, così da favorire la riprogettazione di azioni ed interventi nel successivo Piano Attuativo.

La documentazione diventa quindi veicolo di condivisione, discussione e confronto tra figure professionali, arginando la frammentazione e la dispersione delle esperienze più significative. Gli strumenti di monitoraggio pertanto dovranno essere

strutturati, sistematici, affidabili e in grado di monitorare e valutare l'andamento dell'attuazione del Piano, sulla cui base attivare eventuali azioni migliorative. La documentazione diventa quindi una risorsa e permette di attivare processi valutativi anche in progress, generando nuove conoscenze. In particolare potrà permettere al servizio di realizzare un archivio dei saperi, conservando la memoria in continuità col futuro.

Tutti i dati raccolti confluiranno in un report periodico interno che conterrà elementi quantitativi e qualitativi, e che costituirà un resoconto strutturato sull'attività condotta, sulla pianificazione attività, sulle criticità rilevate, sulla programmazione di eventi e iniziative sugli specifici temi, sulle rilevazioni condotte e sui protocolli operativi e le modalità gestionali adottate nei vari ambiti territoriali che compongono il Distretto. Su questa base, i risultati consentiranno di attivare azioni di miglioramento puntuali sulle aree di criticità, intercettare bisogni latenti ed emergenti e misurare gli effetti delle specifiche azioni attivate.

La modalità di osservazione e documentazione delle attività verrà realizzata con strumenti diversificati (raccolta delle opinioni e delle documentazioni dei vari attori della Rete, report analitici prodotti dai referenti delle schede intervento su base periodica, report finanziari sull'utilizzo risorse da parte degli ambiti territoriali sulla base di schede rendicontuali omogenee per tutti gli ambiti, verbali e materiali documentali presentati in occasione di eventi pubblici; verbali di tavoli di lavoro specifici e dell'equipe multidisciplinare distrettuale L.R.14/2015-RES/REI, statistiche di accesso ai singoli servizi).

L'Ufficio di Piano lavorerà alla omogeneizzazione del sistema di raccolta di dati e informazioni, che altrimenti rischierebbero di non essere fra loro confrontabili. Gli strumenti utilizzati dovranno avere le seguenti caratteristiche:

- assumere come unità-base valutativa ogni azione che compone l'intervento ;
- impostate un flusso informativo comune alle realtà territoriali coinvolte;
- contenere gli indicatori previsti a livello distrettuale e regionale;
- contenere elementi (auto)valutativi (quali, ad esempio, tavole Swot, attribuzione di punteggi, ecc.) attraverso i quali i componenti dell'Ufficio di Piano saranno chiamati ad esprimersi criticamente circa l'attività svolta;
- implicare un'analisi aggregata delle azioni così da disporre di un quadro complessivo della situazione attuativa del piano nel suo complesso.
- prevedere una restituzione delle evidenze emerse.

Le evidenze saranno raccolte in un report di monitoraggio che potrà essere allegato ai materiali rendicontuali.

I punti principali che verranno analizzati riguarderanno: a)l'individuazione di punti di forza e di debolezza; b)i risultati più significativi; c) l'interpretazione dei risultati

osservati; d) la spiegazione degli eventuali effetti imprevisti; e) i suggerimenti per il futuro ; f) suggerimenti per ulteriori valutazioni.

Per la misurazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi previsti dalle Schede si utilizzeranno le seguenti variabili quantitative e qualitative, rilevate dall'Ufficio di Piano e sottoposte su base annuale al Comitato di Distretto con strumenti ad hoc:

-Efficacia: raggiungimento scopi e benefici; numero complessivo di destinatari diretti raggiunti dagli interventi; numero e frequenza dei contatti con operatori di altri servizi; nuove partnership/reti sviluppati con organizzazioni del terzo settore/altri enti pubblici/componenti società civile).

-Efficienza: risultati e benefici ottenuti rispetto ai costi: rapporto tra risorse umane impiegate (in termini di monte ore) e numero di destinatari diretti e indiretti raggiunti; verifica impatto organizzativo interno ed esterno.

Ogni componente dell'Ufficio di Piano rappresenta un ambito ottimale che coincide con il modello organizzativo delle Unioni, ad eccezione dei comuni della Via Emilia. Ogni referente ha il compito, in itinere e sulle base delle risultanze dei monitoraggi, di aggiornare gli amministratori del proprio ambito per dare ai componenti del Comitato di distretto gli elementi utili alla valutazione in quella sede. Ogni componente dell'Ufficio di Piano garantisce l'attuazione nel proprio ambito ottimale del Piano di zona e degli attuativi ad esso collegati.

La valutazione della realizzazione del Piano di Zona sarà affidata al Comitato di Distretto, chiamato, a cadenza annuale e ogni qualvolta di presentino necessità scaturenti dai bisogni territoriali, ad analizzare gli esiti del Piano Attuativo e le sue ricadute nei territori. La valutazione è il confronto dei risultati di un'azione, di un'attività, di un intervento con gli obiettivi che ci si è dati in partenza. Scopo della valutazione è dare un giudizio di validità in vista della prosecuzione, del miglioramento o della correzione dell'azione stessa. Affinché la valutazione possa effettivamente esplicare il suo ruolo strategico di supporto decisionale deve essere concepita come processo, che, attraverso una serie di controlli e monitoraggi, consente di rivedere metodi e contenuti dei percorsi. I risultati verranno analizzati attraverso una lettura incrociata dei risultati e il confronto degli stessi con le scelte strategiche operate in sede di programmazione. La valutazione qualitativa finale consentirà di:

- ricostruire, anche a fini documentali e narrativi, il quadro degli interventi svolti;
- capitalizzare ciò che è stato realizzato nel tempo ;
- valorizzare la rete di soggetti coinvolta e coinvolgibile
- condividere le evidenze realizzate, ai fini di stimolare una riflessione critica e costruttiva in merito alle successive scelte da intraprendere e di evidenziarne gli elementi di valore e le problematicità.

scheda1-CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA

Approvato

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Riferimento scheda distrettuale: scheda 18 - HEALTH LITERACY NELLE CASE DELLA SALUTE

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	AUSL Piacenza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;B;

Razionale	<p>Le Case della Salute rappresentano uno snodo fondamentale per la costruzione di servizi di prossimità e per la possibilità di agevolare sia i percorsi terapeutici assistenziali che per facilitare i cittadini nell'accesso alle prestazioni. Inoltre si configurano come una opportunità significativa di rafforzamento del lavoro di rete sul territorio e di integrazione socio-sanitaria. Le potenzialità delle Case della Salute di diventare un punto di riferimento territoriale per l'incremento del ben-essere dei cittadini, inteso in una pluralità di declinazioni (cura e controllo patologie croniche, sede ambulatori MMG, luoghi di diffusione di stili di vita sani, centro di comunicazione e promozione di iniziative di carattere sociale e sanitario ecc) sono strategiche per la realizzazione di una concreta e sinergica risposta ai bisogni dei singoli, in una connotazione corale e di sistema che può nel tempo divenire cassa di risonanza di numerose altre attività ed interventi. Prendendo le mosse dalla definizione dell'assistenza primaria da parte della Commissione Europea come offerta di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, comprendenti tutte le dimensioni della salute, erogati da équipe multiprofessionali e interdisciplinari, con la collaborazione dei pazienti e delle famiglie, le Case della Salute devono diventare nel tempo soggetti attivi del welfare complessivamente inteso a livello distrettuale, oltre che articolazione e snodo di molti interventi di integrazione socio-sanitaria, attraverso la sinergia multi professionale e interdisciplinare di personale sanitario, personale sociale e personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali). A tal fine lo stesso Programma di mandato della Giunta Regionale, approvato il 26 gennaio 2015, le individua come priorità sulle quali investire risorse e progetti.</p> <p>Nel 2016 sono state approvate da parte della Giunta Regionale le nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute (DGR 2128/2016) con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.</p>
Descrizione	<p>Le Case della Salute intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui operano comunità di professionisti, convenzionati e dipendenti del Servizio Sanitario Regionale, secondo uno stile di lavoro per équipe multiprofessionali e interdisciplinari, al fine di garantire l'accesso e l'erogazione dell'assistenza primaria, in integrazione tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali, con la collaborazione di pazienti, caregiver, associazioni di volontariato e altre forme di organizzazione.</p> <p>Nel territorio di Levante sono state previste 7 Case della salute, alcune già operative, altre in fase di attivazione. A giugno 2018 risultano già regolarmente funzionanti le Case della Salute di Cortemaggiore, Monticelli, Carpaneto, Podenzano e Bettola. Sono programmate ed in</p>

fase di attivazione le Case della Salute di Lugagnano e di Fiorenzuola d'Arda, per le quali sono in corso di individuazione le sedi.

In dettaglio:

CdS di Bettola, singola sede con un bacino di utenza di circa 10.500 abitanti - CdS della Val d'Arda fiume Po, costituita dalle due sedi di Monticelli e Cortemaggiore, con un bacino di utenza di circa 24.000 abitanti- CdS della Valnure e Valchero costituita da due sedi erogative a Podenzano e Carpaneto, con un bacino di utenza di circa 30.000 abitanti- CdS Alta e Bassa Val d'Arda costituita da due sedi erogative a Fiorenzuola e a Lugagnano, con un bacino di utenza di circa 45.000 abitanti.

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

Rispetto alla promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle case della salute la situazione attuale è la seguente: presenza di una medicina di gruppo all'interno della casa della salute di Monticelli e Cortemaggiore (incluso un pediatra), di un primo ambulatorio di MMG rispettivamente presso la casa della salute di Podenzano (con inoltre presenza programmata di due PLS) e di Carpaneto.

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

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

Inoltre ogni casa della salute attiva presenta delle specificità e una qualificazione di offerta che la caratterizza sia come singola sede sia come hub- spoke. Ad esempio nella casa della salute di Bettola, in particolare unico esempio in Regione, è stato attivato l'ambulatorio per la chemioterapia territoriale, è attivo inoltre il punto di continuità assistenziale, l'ambulatorio per i disturbi cognitivi, ambulatorio infermieristico per prestazioni programmate e /o libero accesso. A Cortemaggiore ,ambulatorio infermieristico per prestazioni programmatee /o libero accesso, l'ambulatorio per i disturbi cognitivi, Sert DP ambulatorio per le dipendenze patologiche a valenza distrettuale, progetto OTAGO-programma di prevenzione delle cadute nell'anziano a domicilio e per piccoli gruppi. A Monticelli distribuzione diretta farmaci, punto di continuità assistenziale. A Podenzano ambulatorio infermieristico per prestazioni programmate e /o libero accesso, l'ambulatorio per i disturbi cognitivi, punto di continuità assistenziale, distribuzione diretta farmaci, servizio per la riabilitazione del pavimento pelvico. A Carpaneto progetto di programmazione locale partecipata community lab.

In riferimento alla casa della salute di Carpaneto , nell'ambito territoriale del Comune di Carpaneto P.no e di Gropparello, è in fase di realizzazione il progetto "Abitare insieme la Casa della Salute - Laboratorio partecipativo per la Casa della Salute di Carpaneto". La D.G.R. n. 2128 del 5 dicembre 2016 approfondisce efficacemente le due tematiche al centro di questo progetto (sviluppo della comunità di professionisti e del ruolo della Casa della Salute nella comunità). Queste due finalità, infatti, sono preconditione per affrontare efficacemente il tema delle cronicità, sia in chiave di prevenzione primaria che secondaria. La maggior parte delle patologie croniche, sono influenzate, nella loro insorgenza ed evoluzione, da fattori comportamentali e socio-ambientali che possono essere modificati, per questo la Casa della salute di Carpaneto P.no si impegna ad individuare azioni e progetti a sostegno di un cambiamento culturale e organizzativo

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

L'Accordo incentivante anni 2018-2020/Cronicità e Medicina d'iniziativa, prevede con riferimento al Piano Nazionale Cronicità ed al documento aziendale, la presa in carico

	<p>progressiva e graduale dei pazienti cronici secondo medicina proattiva a partire dal PDTA del Diabete Mellito e a seguire da tutte le altre principali cronicità (BPCO, Scompenso cardiaco, demenze, etc.) una volta che il relativo PDTA sia stato validato dai tavoli tecnici di cui fanno parte i MMG referenti aziendali. In relazione ai percorsi multidisciplinari, che prevedono integrazione tra i servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, nel corso del 2017 è stato attivato e rendicontato per tutte le Case della Salute il PDTA diabete; verranno licenziati nel 2018 anche il PDTA della BPCO e dello Scompenso Cardiaco. Relativamente al PDTA Diabete si precisa che in tutte le CdS del Distretto di Levante (Bettola, Cortemaggiore, Monticelli, Carpaneto e Podenzano) comprese le due programmate (Lugagnano e Fiorenzuola d’Arda) sono state messe in atto le modalità organizzative necessarie a far fronte alla chiamata attiva ed alla implementazione della medicina d’iniziativa, compreso il potenziamento della specialistica di percorso con in alcune occasioni un arricchimento dell’offerta sanitaria (presenza fisica ad esempio dello Specialista diabetologo in CdS) ed in altri casi con la fornitura a tutte le CdS, comprese le programmate, di apparecchiature per la trasmissione in remoto di esami strumentali (ECG e Spirometri adatti per la trasmissione degli esami).</p> <p>In riferimento all’implementazione dei contenuti delle nuove indicazioni regionali nelle CdS (DGR 2128/2016), è stata approvata la graduatoria relativa all’avviso interno per l’attribuzione di funzioni di coordinamento proprie della figura di “Responsabile Organizzativo della Casa della Salute”, e la Direzione delle Professioni sanitarie ha progressivamente provveduto alla nomina dei Responsabili. Pertanto ogni Casa della Salute, comprese quelle in programmazione di Lugagnano e Fiorenzuola ha un referente organizzativo.</p> <p>I Referenti organizzativi delle Case della Salute, tra le loro funzioni hanno anche quella di coordinare il board gestionale-organizzativo, insieme al Responsabile delle Case della Salute referente del Dipartimento delle Cure primarie.</p> <p>In tutte le CdS comprese quelle programmate di Fiorenzuola e Lugagnano, sono stati attivati gli ambulatori infermieristici per la presa in carico proattiva e la gestione integrata dei pazienti cronici. Il Piano di organizzazione e sviluppo della AUSL di Piacenza, considera l’ambulatorio infermieristico un elemento organizzativo fondamentale della Casa della Salute, prevedendo la sua presenza in tutte le CdS e attribuendo all’ambulatorio diverse funzioni, che comprendono l’accoglienza, la presa in carico dei cittadini dei territori afferenti alle singola CdS, nonché la presa in carico proattiva dei pazienti cronici secondo quanto previsto nei singoli PDTA.</p> <p>In riferimento al programma formativo regionale nelle case della salute sono state proposte per il progetto casa lab- laboratorio regionale per l’integrazione multiprofessionale le case della salute di Cortemaggiore e Monticelli.</p> <p>Nel prossimo triennio occorre mettere a sistema quanto finora realizzato, svilupparlo, promuoverlo e articolarlo, superando elementi di criticità che possono rallentare o indebolire il ruolo demandato alle Case della Salute nel territorio di Levante.</p> <p>Lo sviluppo delle Case della Salute va inoltre coordinato e collegato ad altre iniziative in atto (nell’ambito delle strategie AREE INTERNE appennino Piacentino e Parmense in fase di approvazione definitiva il progetto Montagna Solidale, il progetto Anziani Protagonisti, accesso agevolato alla casa della salute di Bettola, il potenziamento delle UOM nei Comuni di Ferriere e Morfasso), oltre che con l’azione dei servizi sociali nell’intero territorio.</p> <p>In particolare il progetto montagna solidale , è rivolto agli anziani over 74 residenti in frazioni di montagna dei comuni di Ferriere, Farini, Bettola, Morfasso che sarà esteso ai comuni di Ponte dell’Olio e Vernasca. Tale progetto punta a individuare, attraverso la valutazione di un’equipe multidisciplinare domiciliare, persone con bisogni di tipo assistenziale sanitario e socio-sanitario non ancora in carico ai servizi. Il progetto anziani protagonisti prevede l’introduzione della figura dell’infermiere di comunità, con funzioni di informazione e orientamento dell’utenza nel relazionarsi col sistema dei servizi territoriali, in particolare quelli dedicati agli anziani e di assistenza domiciliare, ai pazienti cronici presso le loro abitazioni, in rete con tutto il sistema dei servizi sanitari e sociali territoriali; il progetto prevede n.1 infermiere di comunità per i Comuni di Ferriere, Farini, Bettola e Ponte dell’Olio con riferimento alla Casa della salute di Bettola, 1 infermiere per i Comuni di Vernasca e Morfasso con riferimento alla programmata casa della salute di Lugagnano. Il progetto accesso agevolato alla casa della salute di Bettola prevede di dotare la Casa della Salute di Bettola di un operatore dedicato part time che faciliti l’accesso ai servizi della Casa della Salute, in particolare per i residenti che fruiscono del servizio di Chemioterapia ambulatoriale, ed a supporto delle persone anziani/fragili con difficoltà a raggiungere tutti gli altri servizi della Casa della Salute.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Tutta la popolazione presente nel territorio.</p>

<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> -proseguire con l’attivazione delle Case della Salute programmate di Lugagnano e Fiorenzuola con l’individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con la Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie; - formare il personale delle Case della Salute e gli operatori sociosanitari che si interfaceranno con esse per diffondere e implementare i contenuti delle indicazioni regionali e diffondere la culturale dell’integrazione sociosanitaria e dei servizi di prossimità; -proseguire nell’implementazione di progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione; -avviare gli ambulatori prestazionali programmati nelle case della Salute dove non sono ancora presenti e contestualmente potenziare gli ambulatori per la cronicità con l’implementazione di nuovi percorsi specifici di supporto al paziente cronico, oltre al PDTA diabete già attivato quelli relativi ai pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco che saranno licenziati entro il 2018); -sviluppare, per quanto attiene all’ambito Demenze, un PDTA in stretto raccordo con gli operatori territoriali, che attraverso il tavolo di confronto attivato coinvolga oltre agli operatori Ausl anche quelli dei servizi sociali distrettuali; Tale percorso potrebbe definirsi PDTA-S, in cui oltre alla procedura e alle interfacce più sanitarie della presa in carico, si evidenzia come necessaria l’estensione del percorso anche ai nodi della rete socio sanitaria territoriale locale. - avvio in primis presso la casa della Salute di Cortemaggiore) dell’ambulatori di prevenzione delle cadute progetto Otago; -promuovere il ruolo e la funzione delle Case della Salute con iniziative di comunicazione al cittadino adeguate, efficaci e mirate estendendo ad altre case della Salute l’esperienza di Comunity Lab in corso nella Casa della Salute di Carpaneto; -promuovere negli operatori socio-sanitari e in particolare nei medici di medicina generale, atteggiamenti costruttivi e facilitanti per la promozione delle Case della salute nel territorio.; -valorizzare il ruolo dei ROCS (responsabili organizzativi delle Case della Salute) come agenti di rete e di integrazione sociosanitaria; -valorizzare all’interno delle Case della Salute il ruolo del caregiver, in particolare per il PDTA-S DEMENZE con iniziative e corsi di formazione ad hoc; -avviare percorsi partecipativi sul modello di quello realizzato per la Casa della Salute di Carpaneto, per costruire le Carte dei Servizi partecipate insieme ai cittadini, al mondo del volontariato e terzo settore, e progettare azioni condivise con il contesto locale di riferimento sui temi di salute e di contrasto all’isolamento; -individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute. In particolare sono attivi tavoli di confronto per la progettazione congiunta con gli MMG volta alla individuazione di forme partecipative con gli stessi in casa della salute a Podenzano e Bettola; -implementare la rete a partire dai punti di distribuzione diretta dei farmaci del territorio; - specialistica ambulatoriale in particolare quella a più diffuso consumo, e quella prevista dai percorsi di cura per pazienti complessi e dai PDTA aziendali per le cronicità -investire nel rafforzamento delle risorse umane dedicate sia per quanto attiene alle figure infermieristiche che per quanto riguarda la qualificazione di operatori socio sanitari con funzioni di raccordo con la rete di servizi del territorio; --individuare figure sociali (assistenti sociali) in raccordo con la rete dei servizi, concordando percorsi e procedure con l’Ufficio di Piano, da inserire nelle Case della Salute, che possano avere competenze specifiche nell’ambito delle valutazioni di secondo livello UVM e possano sviluppare il raccordo famiglia-badante (implementazione Albo Badanti, iniziative formative caregivers ecc.). Particolare attenzione sarà dedicata a non creare sovrapposizioni o duplicazioni di funzioni con i servizi sociali territoriali e il loro ruolo. - promuovere l’attivazione e l’utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei cittadini anche attraverso la presenza degli operatori Urp aziendali nelle Case della Salute.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. stretto raccordo tra Ausl ed Enti Locali nella pianificazione delle attività delle Case della Salute; 2. promozione della partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, singoli cittadini);

	3. assidua collaborazione con i servizi sociali nell'accesso e presa in carico; 4. realizzazione di un programma formativo multidisciplinare (dell'ambito sanitario e sociale) con la partecipazione delle Comunità locali.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL - Distretto di Levante; Ufficio di Piano
Referenti dell'intervento	Dott. Gaetano Cosentino
Risorse non finanziarie	-

Totale preventivo 2018: € 5.000,00

- Altri fondi regionali : 5.000,00 €

Indicatori locali: 3

1°: evidenza del livello

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

Descrizione: numero delle case della salute programmate e realizzate

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** programmate n.2
- **Obiettivo 2019:** programmata n.1realizzata n.1
- **Obiettivo 2020:** programmata n.1

2°: evidenza

dell'impatto delle Case della Salute sulla popolazione e sui professionisti (progetto regionale di valutazione);

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

Tipo: S | N

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

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

3°: evidenza di

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

Descrizione: programmazione partecipata CDS CARPANETO, esistenza di progetto di programmazione partecipata

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1
- **Obiettivo 2020:** 1

scheda2- RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA

Approvato

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare, rispetto all'ultimo punto, il D.M. 70/2015 e la DGR 2040/2015 stabiliscono che attraverso la specializzazione e la concentrazione della casistica le Aziende sanitarie devono portare la dotazione di posti letto totali a rispettare il rapporto di 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie tenuto conto del saldo di mobilità. Per la AUSL di Piacenza, questo significa un massimo di 1.100 posti letto, partendo da una situazione attuale di 1.146 posti letto.

In base alla DGR 2040/2015, inoltre, la riorganizzazione della rete provinciale passa anche attraverso un forte potenziamento del territorio, attraverso la riorganizzazione delle Case della Salute con i contenuti per affrontare il tema della cronicità e dei percorsi di cura che

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

	<p>(cronicità, oncologia); in altre parole, la finalità della riorganizzazione dell'area medica è quella di garantire autonomia distrettuale anche attraverso le strutture ospedaliere. In fine, l'area della riabilitazione va completamente potenziata poiché occorre colmare un vero e proprio vuoto di offerta, che riguarda la provincia piacentina insieme alle province di Pavia, Lodi, fino a Parma e Reggio Emilia.</p> <p>Il D.M. 70/2015, e la DGR 2040/2015, stabiliscono che le Aziende sanitarie del Sistema Sanitario Nazionale dovranno investire sul potenziamento del territorio, al fine di rispondere in modo efficace ai bisogni dei cittadini e, al contempo, recuperare efficienza e qualità. I servizi territoriali sono ormai da due decenni equivalenti ai servizi ospedalieri, in termini di peso sul bilancio delle ASL e, anche, dal punto di vista dell'importanza strategica nella programmazione dell'attività sanitaria.</p> <p>Questa è forse la sfida più difficile che siamo chiamati ad affrontare, proprio per l'eterogeneità delle attività che devono essere governate e per la diversa tipologia di professionisti che devono essere guidati e orientati verso gli stessi obiettivi comuni. Specialisti dipendenti, Medici di Sanità Pubblica, sumai, infermieri (dipendenti e non), Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, assistenti sociali, personale tecnico e di supporto che lavorano insieme per offrire il miglior servizio possibile alla utenza di riferimento. La progettazione di una struttura organizzativa efficace e l'attivazione di meccanismi organizzativi e operativi flessibili sono le chiavi di successo per raggiungere il livello di integrazione e coordinamento necessari.</p> <p>I servizi territoriali in essere nel prossimo futuro si concretizzano in una proposta di riorganizzazione degli stessi che si basa sostanzialmente sulle Case della Salute, struttura fisica che diventa anche un riferimento organizzativo funzionale all'integrazione dei diversi servizi e dei professionisti.</p> <p>La AUSL di Piacenza, nella sua evoluzione, deve necessariamente considerare lo sviluppo di queste macro-strutture organizzative come un pilastro fondamentale della riorganizzazione dell'offerta dei servizi specialistici e delle nuove modalità di presa in carico dei pazienti sul territorio, attraverso soprattutto i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, quali parte integrante del sistema sanitario territoriale.</p> <p>La programmazione proposta prevede di attivare un totale di 11 Case della Salute, organizzate così come descritto sopra, dislocate come di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piacenza - Fiorenzuola - Bobbio - Lugagnano - Carpaneto (CdS già attiva) - Cortemaggiore (CdS già attiva) - Monticelli (CdS già attiva) - Bettola (CdS già attiva) - Podenzano (CdS già attiva) - San Nicolò (CdS già attiva) - Borgonovo (CdS già attiva) <p>L'attivazione delle Case della Salute, con i fondamentali coinvolgimenti dei MMG e la costituzione degli ambulatori infermieristici, è uno dei passaggi chiave per realizzare l'approccio proattivo della medicina di iniziativa. Infatti, il bisogno di presa in carico dei nostri pazienti più complessi è cambiato, così come i loro bisogni di cura e di assistenza: quella che occorre attuare oggi è una presa in carico totale, trasversale, che riguarda tutti gli aspetti del paziente. Il driver di successo nel trattamento delle cronicità sta nella capacità di tenere il paziente stabile, il più a lungo possibile: questo obiettivo si raggiunge solo se tutti i professionisti coinvolti nella gestione del paziente seguono una stessa "strategia". Accanto alla costituzione delle nuove Case della Salute, è prioritario disegnare e applicare efficaci Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali e, soprattutto, diffonderli e condividerli con tutti i professionisti interessati alla specifica patologia cui il PDTA si riferisce.</p> <p>Il PDTA è, infatti, uno strumento di presa in carico, funzionale alla continuità della cura e al raggiungimento di un maggior livello di appropriatezza nella gestione delle patologie più complesse, soprattutto quelle croniche, attraverso l'azione integrata e coordinata dei diversi professionisti coinvolti.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Cittadini pazienti del Servizio Sanitario Regionale e i suoi professionisti</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>Per la sintesi delle azioni previste, si rimanda al piano delle azioni approvato in Conferenza Territoriale Socio Sanitaria il 20 luglio 2018 – http://www.ausl.pc.it/ctss/</p>

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	-
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL Distretto di Levante
Referenti dell'intervento	
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

scheda 3- CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA

Approvato

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

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

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

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

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

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

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

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** N

- **Obiettivo 2020:** N

scheda 4- Budget di Salute

Approvato

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Riferimento scheda distrettuale: scheda 8– SPRINT- STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E RINNOVAMENTO PER IL TERRITORIO A FAVORE DELL'INCLUSIONE SOCIALE E CONTRO LA VULNERABILITÀ

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

Razionale	<p>Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute come indicato nella Dgr 1554/2015; nella circolare regionale PG/2018/0311590 del 02/05/2018. Come recepito dalla Ausl di Piacenza nelle Delibere n. 292 del 30/12/2016 e n. 285 del 30/12/2016 volte a promuovere il Budget di Salute come strumento integrato socio-sanitario di assistenza territoriale a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato PTRI di persone affette da disturbo mentale grave in cura presso il DSM-DP, finalizzato al miglioramento della salute, del benessere e dell'inclusione sociale.</p>																				
Descrizione	<p>Il Budget di Salute è uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) in collaborazione con i Servizi Sociali territoriali; viene applicato per sostenere e consolidare progetti di domiciliarità a supporto anche del lavoro di cura delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale. Tende a contrastare e a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali.</p> <p>Nel corso del 2017 il numero degli interventi inquadrabili come Budget di Salute per tutto il territorio provinciale, sono stati i seguenti:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">Fragilità CSM</th> <th colspan="2">Autismo TOT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BdS</td> <td>39</td> <td>101</td> <td>33</td> <td>173</td> </tr> <tr> <td>Risorse economiche condivise</td> <td>18</td> <td>56</td> <td>2</td> <td>76</td> </tr> <tr> <td>Risorse umane condivise</td> <td>37</td> <td>81</td> <td>32</td> <td>150</td> </tr> </tbody> </table> <p>I dati sono riferiti retrospettivamente a utenti che hanno usufruito di progetti, prevalentemente di tipo abitativo (residenziale o domiciliare) o di inserimento sociale, con finanziamento condiviso tra le parti (AUSL, EELL, utente/famiglia). Il progetto BdS prevede la partecipazione della parte sanitaria, di quella sociale e dell'utente/famiglia (ed eventualmente del volontariato o del terzo settore).</p> <p>La scelta strategica del DSM-DP è di privilegiare i progetti abitativi e di risocializzazione, perché nell'ambito lavorativo (pur non escludendoli) sono già a disposizione dell'utenza diversi interventi in altro modo finanziati.</p> <p>Dei 101 BdS realizzati, 40 vanno ascritti al CSM di Levante, 36 al CSM di Piacenza, 25 al CSM di Ponente.</p>		Fragilità CSM		Autismo TOT.		BdS	39	101	33	173	Risorse economiche condivise	18	56	2	76	Risorse umane condivise	37	81	32	150
	Fragilità CSM		Autismo TOT.																		
BdS	39	101	33	173																	
Risorse economiche condivise	18	56	2	76																	
Risorse umane condivise	37	81	32	150																	
Destinatari	<p>I destinatari degli interventi con la metodologia del Budget di Salute sono persone affette da disturbo mentale in carico ai Servizi del DSM-DP : utenti con disturbi mentali gravi regolarmente seguiti dal DSM-DP per i quali viene progettato un percorso di inclusione sociale attraverso le tre linee casa, lavoro e socialità.</p>																				

Azioni previste	<p>I tre assi d'intervento con la metodologia del Budget di Salute sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asse Casa/Domiciliarità; 2. Asse Affettività/Socialità; 3. Asse Formazione/Lavoro. <p>Le azioni proponibili nei tre assi d'intervento si realizzano con risorse messe a disposizione dall'azienda Ausl, dagli enti locali, dal volontariato e dai beneficiari. Si provvederà a tal fine a definire nel corso del triennio protocolli d'intesa ad hoc a livello provinciale.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Si ritiene che all'interno di questo approccio, l'UVM rappresenti lo snodo fondamentale e determinante, in grado di rendere concreta l'opportunità rappresentata dal Budget di Salute nella realizzazione di un modello innovativo ed efficace di integrazione socio-sanitaria.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl – EE.LL. –Ufficio di Piano- Utenti beneficiari – Familiari dei beneficiari – Terzo settore
Referenti dell'intervento	DSMDP Corrado Cappa Direttore U.O.C. Psichiatria di collegamento e inclusione sociale
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> - Operatori sociali del DSMDP e di Enti Locali che partecipano alla valutazione e alla équipe di progetto per costruzione dei progetti individualizzati - Risorse di cura messe a disposizione dall'Azienda USL attraverso le proprie strutture - Risorse d'integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dagli 'Enti Locali attraverso le proprie strutture organizzative con prestazioni del personale del Servizio Sociale Territoriale - Risorse della persona titolare del progetto costituite da relazionali familiari, amicali - Soggetti del volontariato da individuare nel contesto territoriale su specifico progetto individualizzato

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 5

1°: num. pazienti con BdS/ num. pazienti CSM

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 256/4878 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 330/4900

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

2°: num. BdS attivati finalizzati a dimissione da residenze sanitarie/ tot. soggetti inseriti nelle residenze

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 35/72

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

3°: num. BdS attivati in residenze socio-sanitarie

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 20

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

4°: num BdS attivati in gruppo appartamento

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 4

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

5°: num. BdS attivati a domicilio

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 5

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

scheda 5- PROGETTO DI VITA, VITA INDIPENDENTE E DOPO DI NOI. MAGGIORE SVILUPPO DEI SERVIZI DI PROSSIMITÀ' PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

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	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Fiorenzuola d'Arda
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;D;

Razionale	<p>L'impatto della disabilità nella vita delle persone produce conseguenze di carattere psicologico, relazionale, sociale, lavorativo, abitativo, e presenta riflessi che si ripercuotono direttamente nei vari contesti di vita nei quali la persona si trova inserita. Il potenziamento delle autonomie residue nei casi di disabilità congenita, la riconquista (nelle situazioni di disabilità acquisita) di elementi di gestione indipendente della propria vita, la sperimentazione di percorsi volti ad incrementare competenze e abilità personali nel corso del "Durante Noi " e in vista del "Dopo di noi" rappresentano priorità da perseguire a livello distrettuale con attenzione e ottica di rete. La visione di tali temi deve essere necessariamente trasversale, in un approccio non soltanto di integrazione sociosanitaria ma anche di valorizzazione delle risorse provenienti dal volontariato, dall'associazionismo e dal privato sociale, in sinergia con la collettività nel suo complesso quale luogo di costruzione di spazi di inclusione e di integrazione sempre più ampi e non marginalizzanti.</p>
Descrizione	<p>La rete dell'offerta dei servizi per disabili nel Distretto di Levante è connotata dalla presenza di due realtà organizzative diverse derivanti dalla storia dei servizi dei territori della Val d'Arda e della Val Nure che hanno richiesto negli anni un' integrazione di interventi di servizi e strutture con presupposti sempre più comuni e condivisi per l'intero Distretto. A livello distrettuale si distinguono due percorsi più propriamente socio-riabilitativi nell'ambito della rete della disabilità e uno con maggior valenza assistenziale legato all'età anziana. In termini organizzativi ciò comporta, in particolare con riferimento alla residenzialità, la differenziazione di specifici percorsi all'interno della rete dei servizi distrettuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un primo percorso maggiormente caratterizzato sul piano delle attività abilitanti e del consolidamento delle autonomie, con un'attenzione particolare alla dimensione giovanile e sempre tenendo in rilievo la dimensione della socialità (indicativamente e in relazione ai progetti individualizzati fino ai 45/50 anni). • Un secondo percorso a valenza riabilitativa più orientato ad attività di mantenimento, oltreché legate alla dimensione della socialità, rivolto a persone disabili con condizioni soggettive abbastanza omogenee, con una crescente difficoltà a mantenere una frequenza costante a un centro diurno o ad attività lavorative, ed età che può andare indicativamente dai 45/50 anni all'età anziana. • Un terzo percorso specifico per i disabili anziani (con possibilità di accesso anche per persone di età eventualmente inferiore a 65 anni in relazione alla condizione soggettiva delle stesse e a seguito di valutazione multidimensionale, ossia qualora si innestino processi di deterioramento o patologie assimilabili a quelle degli anziani) <p>Il percorso di presa in carico si avvia con una prima valutazione da parte dei servizi sociali del Comune di residenza che dopo un'analisi dei bisogni e delle necessità ipotizzano un percorso di aiuto, concordato con l'utente e la sua famiglia, qualora la risposta al bisogno preveda l'inserimento in servizi a valenza socio sanitaria si rende necessario una valutazione</p>

multidisciplinare a cura della competente UVM, che vede la presenza di un medico neurologo, del case manager per la disabilità e del Coordinatore Distrettuale per la disabilità.

Il Servizio sociale territoriale provvede a segnalare la situazione al SIA (Servizio Integrato per l'accesso distrettuale) tramite l'invio dello "Stato di Bisogno" documentazione che raccoglie la domanda dell'utente e /o dei suoi familiari e l'istruttoria a cura del responsabile del caso . Il SIA attiva il percorso valutativo attraverso l'equipe Multidimensionale (UVM) che sull'analisi di tutti i dati prodotti dall'osservazione diretta del disabile e dalla conoscenza con la famiglia, certifica la condizione di disabilità, e predispone il piano di vita e di cura (PIVEC), Il PIVEC si basa su di una concezione della persona intesa nella sua globalità: partendo da una conoscenza del caso definisce in forma integrata le specifiche necessità dell'utente e della sua rete familiare e ne definisce un progetto. Le dimensioni del progetto secondo il modello ICF riguardano: le condizioni di salute le autonomie e funzionalità personali, l'inserimento sociale, il contesto ambientale e le caratteristiche di personalità

A seguito della valutazione e della proposta progettuale contenuta nel PIVEC, il SIA concorda con il Servizio Sociale Territoriale responsabile del caso l'ipotesi d'inserimento, compatibilmente alla disponibilità della rete di offerta dei servizi e autorizza l'accesso al servizio socio sanitario ritenuto idoneo all'interno della rete di offerta dei servizi.

All'ingresso in struttura viene definito e realizzato per ogni utente il PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO (PEI) e/o il PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI). Il PEI/PAI è un documento composito a cui concorre l'equipe multi professionale composta dai professionisti della struttura che partendo dalle finalità contenute nel PIVEC ne declinano gli obiettivi, le azioni e gli indicatori di risultato Referente operativo per la attuazione del progetto individualizzato a beneficio dell'utente è l' Operatore Responsabile del Caso del Comune di residenza. A livello distrettuale i dati di attività evidenziano:

- n.50 utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare (2017);
- n.28 assegni di cura (2017);
- n. 157 interventi di inclusione lavorativa nel 2016 (tirocini formativi, progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, integrazione alla formazione professionale, interventi propedeutici all'inserimento)
- n. 11 beneficiari del progetto di Vita Indipendente "Abitare in autonomia" (2016) ;
- n 3 utenti SLA (2016);
- 7 progetti individualizzati (2017);
- n. 8 nuovi ingressi in CSRR;
- n.4 nuovi ingressi di CSRD;
- n. 28 in CSO e Stage di terapia socio occupazionale di cui transitati e totali in carico al 31/12/2017 n.25

Nel Distretto risultano accreditate al 31.12.2017 n. 6 strutture, di cui 2 CSRR e 4 CSRD:

- Centro socio-riabilitativi diurni per Disabili (CSRD) accreditati:
 - . "Casa delle Bolle" a Cadeo
 - . "Mastro Balocco" a Carpaneto P.no
 - . "Il Giardino dei Tigli" a Fiorenzuola loc. San Bernardino
- "RSA San Bernardino" a Fiorenzuola loc. San Bernardino
- Centri socio-riabilitativi residenziali per Disabili (CSRR) accreditati:
 - . "San Rocco" a Fiorenzuola
 - . "CSRR Lucca" a Fiorenzuola.

Nel corso del 2017 il Comitato di Distretto ha razionalizzato gli interventi in atto sull'utenza disabile, riorganizzando i centri disabili e dando vita al nuovo centro socio riabilitativo residenziale Borgo delle Rose a Fiorenzuola D'Arda (n.10 posti) a partire da gennaio 2018 , in sostituzione del CSRR Lucca. Il 2018 vede l'apertura di un nuovo CSRD a Podenzano.

Il progetto sperimentale destinato alla Vita Indipendente "Abitare in autonomia" ha visto l'inserimento degli utenti in soluzioni alloggiative di housing sociale e soluzioni abitative protette destinate ad utenza disabile all'interno di progetti di vita indipendente. In base alla disponibilità di alloggi presenti nel territorio del Distretto di Levante ed alla valutazione dei possibili utenti - effettuata in relazione ai requisiti ed alle priorità di inserimento nel progetto – si sono individuati 6 alloggi di housing sociale dedicati a soggetti disabili inseriti nel progetto e 4 alloggi privati destinati alla realizzazione, con supporto assistenziale, di progetti di vita indipendente.

Per quanto riguarda il Programma regionale di attuazione della Legge 112/16, è in corso di realizzazione un primo progetto presentato dal Distretto con il coinvolgimento diretto delle associazioni di volontariato, che prevede la realizzazione di percorsi di accompagnamento, interventi di supporto alla domiciliarità, azioni formative, laboratori di potenziamento delle autonomie, al quali si intende dare continuità nel tempo. All'interno del programma distrettuale licenziato dal Comitato di Distretto sono state promosse azioni formative e informative, tra cui il convegno del 29 giugno 2018 "Disabilità e Dopo di Noi" e un primo

	<p>approfondimento normativo sulla legge sul Dopo di Noi e la tutela dei disabili con particolare riferimento agli strumenti normativi a disposizione delle famiglie, con il coinvolgimento del mondo notarile e assicurativo-bancario, promossi dalla Fondazione Pia Pozzoli e dall'Associazione A.Fa.Di.</p> <p>Sempre più spesso inoltre si ha a che fare con persone affette da gravissima disabilità acquisita quali SM, mielolesioni, gravi cerebrolesioni con bisogni che non sempre il territorio è in grado di soddisfare in quanto i luoghi, le attività esistenti rispondono soprattutto ad una fascia di persone con disabilità congenita. Da qui la volontà di creare interventi individualizzati che tengano conto, oltre che della situazione attuale anche della storia della persona prima dell'evento e delle capacità residue cercando, laddove è possibile, di conciliare i bisogni con i desideri. Tra i pazienti GRADA, che per loro natura esprimono una dinamica del recupero o della perdita dell'autonomia specifici e particolari, si distinguono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) GRACER – che da una condizione di coma, possono intraprendere un percorso di miglioramento, anche molto soddisfacente, e accogliere prospettive di vita molto durature; 2) SCLEROSI MULTIPLA – che esprimono una lenta e progressiva degenerazione, anche con prospettiva di vita molto duratura; 3) SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA – che esprimono un andamento molto celere di perdita della autonomia, spesso calcolabile in mesi e non in anni. <p>Per tali specifiche tipologie di persone GRADA è risultato necessario porre l'attenzione alla definizione di Progetti Individualizzati di Vita e di Cura all'interno dei quali ottemperare una pluralità di linee di intervento, spesso non riassumibili nelle più consolidate linee di offerta, ma valorizzando nel tempo la capacità residua e dinamica della persona, le specifiche caratteristiche del caregiver, la disponibilità della pluralità della rete sociale, socio assistenziale e sociosanitaria.</p> <p>Per quanto riguarda invece il progetto di vita delle persone con disturbo dello spettro autistico, l'inserimento nel mondo del lavoro si pone come uno degli obiettivi principali da raggiungere per approdare all'età adulta, favorendo il consolidamento della propria identità, il rafforzamento dell'autostima, lo sviluppo dell'autonomia personale, l'indipendenza e l'inclusione sociale. L'esclusione dal mercato del lavoro rappresenta uno dei fattori più penalizzanti per la qualità di vita dei ragazzi autistici. Ostacola il diritto della persona alla partecipazione sociale e a una vita adulta dignitosa. Al termine del percorso scolastico, durante la transizione all'età adulta, per le persone con disturbo dello spettro autistico, mancano occasioni professionali che valorizzino le loro abilità/competenze. Nell'ambito del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Autismo 0-30, dell'Ausl di Piacenza, la UOC Psichiatria di Collegamento si occupa della valutazione diagnostica e funzionale, della presa in carico della persona e della strutturazione di percorsi abilitativi, assistenziali, d'inclusione sociale e professionale flessibili, in rete con il Sistema Curante coinvolto nel progetto di vita della persona. L'inserimento nel contesto lavorativo viene promosso attraverso i tirocini formativi.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima e loro nuclei familiari.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>La persona con disabilità e la sua famiglia verranno coinvolte in tutte le fasi del progetto di vita e di cura, attraverso un'interfaccia costante, che si concretizzerà in incontri e riunioni ad hoc. In fase di presa in carico, il confronto con disabile e familiari è fondamentale per la conoscenza approfondita del caso e per l'individuazione di potenzialità e criticità del contesto e della situazione di vita, in funzione di focalizzazione dei bisogni sia espliciti che impliciti. Fondamentale è anche la funzione di ponte dal punto di vista comunicazionale e relazionale che può essere esercitata, nel caso di utenti con disabilità intellettiva, dagli operatori che seguono la persona quotidianamente (in ambito assistenziale, di sostegno o scolastico/educativo) per individuare le modalità più corrette di coinvolgimento e partecipazione dell'utente alla definizione del suo progetto di vita. Periodici saranno i momenti di monitoraggio e verifica circa gli interventi e le soluzioni adottate, sia con la persona che con il nucleo familiare. Particolare investimento sarà dedicato all'ambito educativo, dal punto di vista delle risorse, per dare un forte sostegno in termini relazionali e di ascolto alle istanze e ai bisogni manifestati in itinere dalla persona.</p> <p>La finalità che si tende perseguire per il benessere psico fisico della persona disabile è il mantenimento di una presa in carico integrata e la continuità educativa, riabilitativa e assistenziale nelle difficili transizioni del ciclo di vita: passaggio all'età adulta al compimento del 18° anno e verso i servizi propri della rete anziani al compimento del 65° anno di età, avendo cura ove possibile di consentire il permanere del disabile presso la propria famiglia. L'ammissione ai servizi per adulti e la conseguente dimissione viene gestita in Team (team di transizione) e vede coinvolti operatori sociali e sanitari della Neuro psichiatria, del Servizio</p>

Sociale disabili e del Servizio Sociale anziani. Ciò che assume particolare risalto in questo processo sono le azioni di Accompagnamento che si concretizzano con l'ascolto dell'utente e della sua famiglia, con il coinvolgimento nelle ipotesi progettuali e con il consenso attraverso un avvicinamento graduale al nuovo servizio nel rispetto dei tempi individuali di adattamento ed integrazione.

Tutti i riscontri e i feedback emersi saranno elementi di valutazione dell'efficacia dei percorsi intrapresi ed oggetto di approfondita analisi e valutazione.

-PROGETTO DI VITA

Proseguiranno nel triennio gli interventi della rete dei servizi socio-sanitari per le persone con disabilità che è stata sviluppata soprattutto in seguito all'avvio del FRNA (DGR 1230/08) ed al percorso di accreditamento socio-sanitario (DGR 514/09 e s.m.i.), che includono servizi territoriali, domiciliari, diurni, residenziali radicati nell'ambito territoriale di riferimento, che offrono alle persone con disabilità grave una presa in carico personalizzata, a partire da una valutazione

multidimensionale che viene effettuata da équipe multiprofessionali (UVM). Si prevedono inoltre:

-Programmazione, progettazione e realizzazione di servizi e azioni integrate in prospettiva interprofessionale finalizzate alla promozione di competenze socio-relazionali e a sostenere il progetto evolutivo di vita di minori disabili sul territorio distrettuale (supporto a domicilio e centri estivi finalizzati allo sviluppo dell'autonomia dei minori disabili), in continuità con il piano di zona precedente.

-realizzazione di un tavolo di lavoro distrettuale con il mondo scolastico e l'UONPIA relativo al tema del sostegno scolastico per i minori con disabilità;

-Azioni di implementazione e rafforzamento del lavoro sociale di rete e di comunità, attraverso il coinvolgimento sempre più ampio delle persone con disabilità, delle loro famiglie e delle associazioni di riferimento alla definizione dei progetti di vita e attraverso lo sviluppo di gruppi di auto-mutuo aiuto, interventi di sollievo, supporto alla genitorialità e di accompagnamento alla costruzione di percorsi di Durante Noi e Dopo di Noi.

-Prosecuzione delle attività del team di transizione UONPIA in raccordo con il servizio sociale territoriale.

-Accreditamento e avvio a regime delle attività del nuovo centro socio riabilitativo diurno per disabili di Via Battisti a Podenzano per n.15 posti.

- Prosecuzione e sviluppo dei progetti di inclusione lavorativa (tirocini formativi, progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, integrazione alla formazione professionale, interventi propedeutici all'inserimento) e degli Stage di terapia socio occupazionale, in chiave di empowerment delle abilità esistenti, in pieno raccordo con le azioni relative al contrasto all'esclusione sociale e con la legge 14/2015.

-Progettazione in ambito distrettuale, selezionando i Comuni aderenti, di attività connesse ai protocolli d'intesa tra Ausl di Piacenza e Comitato Italiano Paraolimpico, Comitato Italiano Paralimpico della Regione Emilia-Romagna e Comune di Piacenza per la co-progettazione di percorsi consigliabili e praticabili dalla popolazione disabile e fragile per lo svolgimento di attività fisica in contesti socializzanti.

-in continuità con gli interventi dell'anno precedente, utilizzo della rete pubblico-privata per l'inclusione e l'integrazione socio-lavorativa di soggetti disabili e svantaggiati, con particolare riferimento alle persone con disturbi dello spettro autistico (interventi di supporto e progetti personalizzati con finalità di inserimento e stabilizzazione lavorativa attraverso lo strumento del tirocinio formativo). Il Percorso "AUTISMO 0/30" si avvale di progetti individualizzati per pazienti con Autismo ad alto e medio funzionamento sociale (livello 1 e 2 DSM V); prevede l'accompagnamento e il monitoraggio socio- educativo di personale dell'U.O.C. di Collegamento del DSM e DP. Tale percorso prevede prioritariamente l' "Accompagnamento al lavoro attraverso TIROCINI FORMATIVI" per pazienti residenti nel Distretto di Levante in carico alla Psichiatria di Collegamento; utilizza percorsi di Tirocinio Formativo (fascia C e D) destinati a persone con diagnosi di Autismo per l'inserimento avanzato, nel mondo del lavoro.

- VITA INDIPENDENTE

Proseguiranno nel triennio gli interventi previsti nell'ambito della programmazione del FRNA e FNA, quali l'assegno di cura e l'assistenza domiciliare. Proseguirà inoltre la sperimentazione promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in tema di vita indipendente, con particolare attenzione all'attivazione di nuove progettualità per persone con disabilità giovani e persone con disabilità acquisita in età adulta.

-Valorizzazione delle esperienze dell'Istituto Biazzi anche attraverso la sperimentazione di un nucleo a bassa intensità assistenziale a favore di utenti disabili non gravi in transizione all'età geriatrica e/o con necessità legate al Dopo Di Noi;

-Finanziamento delle domande di contributo L.R.29/97 finalizzate all'adattamento dell'ambiente domestico e all'acquisto adattamento degli autoveicoli per persone disabili

- DOPO DI NOI

In coerenza con la Legge n.112/16 del 22 giugno 2016, il Decreto 23.11.2016 e la DGR 733/17 (Programma regionale di attuazione della Legge 112/16),si prevede nel triennio di realizzare:

- Percorsi di accompagnamento finalizzati all'uscita dal nucleo familiare di origine, relativi a utenti inseriti in nuclei familiari che non sono più in grado di occuparsene, stante l'età avanzata delle figure parentali o il venir meno di entrambi i genitori e l'inserimento provvisorio presso fratelli che non potranno seguirli stabilmente sul lungo periodo ma solo temporaneamente. I percorsi si concretizzeranno in affiancamento da parte di personale qualificato volto ad incrementarne l'autonomia personale e a preparare successive sperimentazioni di vita il più autonoma possibile.
- Interventi di supporto alla domiciliarità attraverso l'affiancamento diretto di figure qualificate di educatori nell'ambito del domicilio di residenza delle persone coinvolte, con l'obiettivo dell'acquisizione di nuove autonomie (consapevolezza relativamente alla gestione dei budget quotidiani, maggior autonomia negli spostamenti, presa di coscienza delle responsabilità connesse ad una vita più indipendente ecc.) , assicurando al contempo supporto ai caregiver di riferimento e attivando quando opportuno contributi aggiuntivi plus badante, in ottica preventiva rispetto a percorsi di istituzionalizzazione.
- Realizzazione di laboratori volti alla acquisizione di nuove competenze in chiave di sviluppo di nuove autonomie, per utenti per i quali si configura come essenziale, dal punto di vista del proprio futuro assetto di vita e nella prospettiva del venir meno del caregiver, la costruzione progressiva di una autonomia, con un numero massimo di 6-7 partecipanti a laboratorio per consentire a tutti di imparare e sperimentarsi in nuove situazioni di vita domestica e uscite di gruppo per occasioni culturali e di integrazione sociale;
- Realizzazione di laboratori diurni per l'autonomia abitativa e la vita indipendente, svolti in appartamenti attrezzato con supporto educativo per adulti con disturbi dello spettro autistico;
- Realizzazione di programmi di incremento competenze ed abilitazione strutturati in momenti diversificati (gestione routines giornaliere, attività di problem solving, gestione vita domestica, commissioni varie, educazione all'uso mezzi pubblici, uscite nel territorio, sia in locali strutturati come domiciliai privati che in contesti di vita naturali, sperimentazione di una settimana di autogestione ecc), con l'affiancamento di personale qualificato.
- Attività di informazione e formazione volte a favorire gli interventi di sostegno alla vita indipendente e all'inclusione sociale, rivolti sia alle famiglie delle persone coinvolte che agli utenti stessi, realizzate in collaborazione con le associazioni che seguono i target di utenza coinvolti.
- Studio di fattibilità sulla progettazione sociale integrata a favore di persone con disturbi dello spettro autistico per quanto attiene agli aspetti legati sia al sollievo che alla vita indipendente (in particolare si verificherà la possibilità di promuovere esperienze di vita di vita indipendente per piccoli gruppi di giovani adulti con autismo a medio e alto funzionamento (liv. 1 e 2 di gravità), svolte a turni di uno o più settimane, in cui la persona possa, convivendo con altri, gestire tutte le incombenze domestiche e programmare autonomamente il tempo quotidiano, o di concedere periodi di sollievo alla famiglia caregiver di varia durata (autismo di livello 2-3) .
- studio di fattibilità sull' inclusione socio-lavorativa per persone con disturbo dello spettro autistico nell'ambito del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Autismo 0-30, dell'Ausl di Piacenza, in sinergia con la UOC Psichiatria di Collegamento (eventuale accompagnamento al lavoro con tirocini formativi)
- Promozione e organizzazione di seminari tematici rivolti agli operatori del settore con attenzione alla Legge di Riforma del Terzo Settore e alla sperimentazione di nuove modalità di coprogrammazione e coprogettazione
- Piena salvaguardia dei posti sollievo esistenti (nell'ambito del CSSR San Rocco attualmente vi sono 2 posti dedicati al ricovero temporaneo di sollievo, 1 temporaneo e 1 in emergenza)

Per quanto riguarda gli interventi strutturali (art.5 co.4 lett. D) del DM 23.11.2016), preso atto delle proposte progettuali pervenute, relativamente al Distretto di Levante, si prevede nel triennio:

	<ul style="list-style-type: none"> - Ristrutturazione di almeno due sedi da destinarsi alla sperimentazione di “vita in casa” sul modello familiare; - Attività di ampliamento autonomie e sperimentazione vita indipendente con supporti educativi e assistenziali <p>Entrambi gli interventi verranno realizzati con il coinvolgimento determinante dell’associazionismo e del volontariato attivo in ambito disabilità.</p> <p>PERSONE CON GRAVISSIME DISABILITA’</p> <p>Gli interventi riguarderanno gravissimi disabili acquisiti che rispondono ai requisiti definiti dai responsabili di percorso SM e gravi cerebrolesioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prosecuzione, sviluppo e consolidamento degli interventi ex DGR 2068/04 (interventi e servizi di carattere domiciliare e residenziale; integrazione tra servizi sociali e sanitari, ospedalieri e territoriali) -Applicazione dei nuovi criteri di accesso previsti a livello nazionale per le disabilità gravissima ai fini dell’utilizzo del FNA. -Valutazione della persona, equipe di percorso, strutturazione progetto, predisposizione documentazione amministrativa <p>AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di incontri di informazione-formazione 2018 rivolti ai genitori sulla necessità di prevedere garanzie per la residenzialità dei figli dopo la loro scomparsa; - Cicli di incontri con esperti sulle facilitazioni giuridiche e finanziarie di cui all’art.6 della L.112/2016. - Incontri di consulenza notarile ai familiari - Incontri di formazione e supporto ai genitori per la pianificazione consapevole del futuro dei figli, sia in relazione agli aspetti di carattere patrimoniale che agli aspetti di carattere psicologico-relazionale (distacco progressivo dal nucleo) del Dopo di Noi. - Applicazione delle linee guida regionali approvate con DGR 962/2014, in collaborazione con altri Enti o Autorità, con particolare riferimento ai Tribunali e agli Uffici del Giudice Tutelare, e in collaborazione con gli Enti del terzo settore, così come previsto all’articolo 3 della LR 11/09.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Gli interventi per le persone con disabilità devono riguardare l'intero progetto di vita della persona ed i principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro, società). Occorre dunque promuovere l’integrazione tra i diversi settori di intervento: politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro, mobilità. Interfaccia con Politiche attive del lavoro, Politiche formative, Politiche sanitarie, Politiche sociali, Politiche per la riduzione delle diseguglianze, Politiche per favorire l’autonomia delle persone, Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini e di contrasto allo stigma</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Ufficio di Piano- AUSL Distretto di Levante- Associazioni di volontariato locali -DSM-DP (Psichiatria di Collegamento); famiglie e utenti; INAIL, Cooperative sociali , ass. sociali.</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Sabina Dordoni; Dott.ssa Giovanna Dolcini ; Dott.ssa Costanza CEDA; Elena Braghieri ;Mirella Gubbelini Dr. Corrado Cappa Dr. Marzia Perazzi referente per l’Autismo del Distretto di Levante Dr. Albamonte Silvia, UOC Psichiatria di Collegamento-DSM eDP Ausl Piacenza</p>
Risorse non finanziarie	<p>UVM CM GRADA Operatori messi a disposizione da DSM, Serv. Sociale e volontari dell’associazionismo</p>

Totale preventivo 2018: € 3.525.305,46

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **69.398,68 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **77.228,58 €**
- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **157.353,00 €**
- FRNA: **2.971.881,73 €**

- FNNA: 249.443,47 €

Indicatori locali: 10

1°: RIORGANIZZAZIONE

DEL CSRD IL GIARDINO DEI TIGLI e CREAZIONE NUCLEO SPERIMENTALE DEDICATO ALL'AUTISMO ALL'INTERNO DEL CENTRO

Descrizione: Riorganizzazione

del CSRD Il Giardino dei Tigli, avvio nuova gestione esternalizzata e creazione del nucleo sperimentale

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Dal

1.1.2018 la gestione del servizio da diretta è divenuta esternalizzata. Il 2018 è anno dedicato all'avvio e al consolidamento della nuova gestione, con particolare cura riservata alle situazioni di presa in carico dei singoli utenti - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** -Avvio e riorganizzazione del Centro

-Formazione del personale in ambito autismo

- **Obiettivo 2019:** Sperimentazione

della programmazione specifica dedicata all'autismo con individuazione dell'utenza iniziale e stesura e realizzazione del primo programma sperimentale

- **Obiettivo 2020:** Verifica

della sperimentazione, messa a regime delle attività, coinvolgimento stabile di n.5 utenti

2°: RIORGANIZZAZIONE AMBITO INSERIMENTO LAVORATIVO PERSONE CON DISABILITA'

Descrizione: Ripensamento

delle attuali proposte e opportunità esistenti

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: compresenza

di interventi di inclusione lavorativa : tirocini formativi, progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, integrazione alla formazione professionale, interventi propedeutici all'inserimento - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Rafforzamento della sinergia con l'equipe L.14/2015

- **Obiettivo 2019:** Verifica

della situazione degli interventi di inclusione lavorativa con individuazione eventuali prospettive di cambiamento

- **Obiettivo 2020:** Individuazione

eventuali nuove opportunità nel territorio

3°: RIORGANIZZAZIONE

DELL'OFFERTA DEI CSRD

Descrizione: A seguito

dell'ampliamento dell'offerta di servizi e alla nascita di un nuovo centro diurno, occorre ora ripensare e specializzare l'offerta di servizi dei CSRD, specializzandone le attività e le competenze

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Presenza

nel territorio distrettuale di quattro CSRD a Cadeo, a Carpaneto P.no, e a

Fiorenzuola - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Attivazione e accreditamento nuovo CSRD in Podenzano

- **Obiettivo 2019:** Ripensamento

dell'offerta degli altri CSRD su criteri di maggior specializzazione e

specifiche aree di competenza Programmazione

copertura dei posti disponibili nel CSRD di Podenzano (nel rispetto della

capacità autodeterminazione degli utenti)

- **Obiettivo 2020:** Verifica dell'andamento della riorganizzazione

-Eventuale sperimentazione, a seguito delle verifiche,

dell'attivazione di un CSO

-Programmazione copertura

dei posti diurni presenti nel distretto

4°: SOSTEGNO

ALLE FAMIGLIE SULLA TEMATICA DEL DOPO DI NOI sia dal punto di vista informativo che con la creazione di nuovi gruppi appartamento

Descrizione: Incontri

informativi di sostegno psicologico e di informazione per le famiglie relativi

ai temi del Dopo di noi e dell'Amministrazione di sostegno; Realizzazione di

laboratori sperimentali di acquisizione delle autonomie; Sperimentazione di

nuovi gruppi appartamento

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Avvio dei

primi incontri rivolti alle famiglie di informazione sulla Legge 112 del 2016 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** rivolti ai genitori sulla

necessità di prevedere garanzie per la residenzialità dei figli dopo la loro

scomparsa

- **Obiettivo 2019:** Ristrutturazione

(ed avvio attività) di un appartamento dedicato alla sperimentazione di "vita

in casa su modello familiare. Realizzazione

di ciclo di incontri specifici dedicati

agli aspetti patrimoniali rivolti ai familiari

- **Obiettivo 2020:** Ristrutturazione (ed avvio attività) di un appartamento

all'interno del quale realizzare attività di ampliamento autonomie e

sperimentazione vita indipendente con supporti educativi e assistenziali.

5°: AMPLIAMENTO

DESTINATARI DELLE TIPOLOGIE DI INTERVENTO DEL DOPO DI NOI di cui al DM

23.11.2016

Descrizione: In

relazione all'età di molti utenti in carico ai servizi coinvolti dai progetti,

si porrà a breve il tema della definizione del percorso di vita successivo

al venir meno della famiglia di

riferimento

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Presenza

di 9 utenti con età compresa tra i 54 e i 65 anni e di 16 utenti di età

compresa tra i 35 e i 54 anni - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** -N.3

utenti

- **Obiettivo 2019:** -N.5 utenti

- **Obiettivo 2020:** -N.8

utenti

6°: interventi domiciliari in abitazioni (lettera d) Dm)

per il Dopo di Noi

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 10

- **Obiettivo 2019:** 12

- **Obiettivo 2020:** 15

7°: Destinatari

programmi di abilitazione e sviluppo competenze (lettera c) DM)

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 34 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 40

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

8°: Destinatari

**interventi strutturali
(lettera d) DM)**

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 5

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** 3

9°: destinatari

**Interventi di ospitalità
temporanea (lett. E) DM)**

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 4

**10°: occasioni di attività motoria per persone con
disabilità**

Descrizione: Comuni

con occasioni di attività motoria per persone con disabilità

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 3

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** 6

scheda 6-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
Specifica soggetto capofila	Ausl Piacenza
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	<p>La L. 38/10 ha definito principi e norme volte a garantire un'assistenza qualificata ed appropriata al paziente che necessita di cure palliative, rivolgendo specifica attenzione anche al paziente in età pediatrica, e affidando al modello organizzativo a rete il compito di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. La rete di cure palliative permette di assicurare le migliori sinergie tra i diversi setting (nodi della rete) in tutto il percorso assistenziale. La Regione ha da tempo indicato le cure palliative come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata dei pazienti, sostenendo negli anni lo sviluppo e il potenziamento della rete di cure palliative in tutte le sue articolazioni assistenziali. A seguito della L. 38/10 (e dei suoi provvedimenti attuativi) la Regione ha riorganizzato la rete locale di cure palliative (DGR 560/15) e ha definito i criteri di accreditamento della rete stessa (DGR 1770/16).</p>
Descrizione	<p>La RLCP è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'azienda USL. Costituiscono i nodi della Rete Locale di Cure Palliative l'ospedale, l'ambulatorio, l'hospice e il domicilio che erogano cure palliative in funzione dei bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso figure professionali con specifica competenza ed esperienza così come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del luglio 2014. La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) da parte del dipartimento di Oncoematologia ed è attiva dal 2011. Garantisce la continuità assistenziale del paziente dall'ospedale al territorio, tutelando il diritto ad accedere alle cure palliative, che sono rivolte a malati di qualsiasi età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Le richieste di accesso ai servizi di cure palliative a livello provinciale è in continua crescita : si è passati dalle 593 domande del 2013 alle 734 del 2017 (+23,8%). Gli Hospice presenti sul territorio provinciale sono 2, uno a Piacenza (Casa di Iris, 16 posti), uno a Borgonovo (Asp Azalea, 8 posti). Entrambe le strutture hanno fatto registrare tassi di occupazione oltre il 90%, ampiamente al di sopra delle raccomandazioni regionali (75%). Dei 468 pazienti ricoverati nel 2017, il 43% risiedevano a Piacenza, il 32% nel Distretto di Ponente e il 25% nel Distretto di Levante. Nel 2017 sono state effettuate 207 consulenze presso il domicilio dei pazienti dall'equipe cure palliative domiciliari: il 52% residente a Piacenza, il 27% nel Distretto di Levante e il 21% nel Distretto di Ponente. E' già stata avviata la formazione per i MMG (sono state realizzate 3 edizioni e a breve la quarta) e una formazione per gli operatori della Casa Protetta Vittorio Emanuele di Piacenza nel 2017.</p> <p>La RLCP è strutturata in 4 Nodi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Domicilio (con unità di cure palliative domiciliare che opera in sinergia con medico di famiglia e infermiere di assistenza domiciliare); -Ospedale (con l'equipe di cure palliative che fornisce consulenze specialistiche in tutti i presidi ospedalieri, nelle case di cura, nelle CRA e nelle RSA)

	<p>-Hospice (laddove l'equipe gestisce il ricovero dei pazienti attraverso una lista unica di attesa che garantisce equità di accesso)</p> <p>-Ambulatorio (prevista entro il 2018 l'apertura di un ambulatorio per la presa in carico precoce dei pazienti affetti da malattia cronica in fase avanzata che necessitano di cure palliative).</p>
Destinatari	<p>Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.</p>
Azioni previste	<p>A livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GRUPPO DI COORDINAMENTO RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE: TAVOLO DI LAVORO "IDENTIFICAZIONE DEI CRITERI PER LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DI BASE E SPECIALISTICHE" <p>A livello locale: (Avvio percorso per ACCREDITAMENTO RLCP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificare il professionista cui affidare la funzione di Coordinamento della rete, individuato tra i clinici palliativisti dell'azienda sanitaria che operano in una delle strutture che costituiscono la rete. - Identificare un organismo tecnico di coordinamento, costituito dai referenti dei singoli nodi, rappresentativo di tutte le figure professionali presenti nella rete di cure palliative al fine di definire gli strumenti utili all'integrazione e alle attività trasversali, per pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete. - Identificare, per ogni Nodo (Ospedale, Hospice, Domicilio, Ambulatorio) un gruppo tecnico di lavoro che si occupi di sviluppare i criteri di accesso al nodo, le interfacce, i percorsi organizzativi che si realizzano dalla segnalazione/presa in carico all'exitus, prevedendo tutti gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici, le modalità di attivazione dell'equipe specialistica, gli strumenti per valutare la performance ed i percorsi formativi. <p>Elemento di trasversalità della RLCP: Piani di Formazione</p> <p>In continuità con i significativi interventi formativi 2016 e 2017, si propone</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetto di Formazione "NODO Ospedale": corso di formazione in CP di base per medici ed infermieri Ospedale di Piacenza, 1^a Edizione - Corso di formazione "NODO Territorio": corso di formazione in CP di base per MMG dei 3 Distretti (Piacenza, Levante, Ponente), già effettuate 3 edizioni (105 MMG formati), in programma nuova edizione primi mesi 2019 - Formazione in CP di base per infermieri ADI in programma primi mesi 2019 - Corso di Formazione in CP di Base per medici, infermieri ed OSS delle CRA dei 3 Distretti
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Programmi di divulgazione e di informazione ai cittadini sulle cure palliative: integrazione con mondo del volontariato locale e del non profit al fine di proseguire nell'organizzazione di eventi di sensibilizzazione, già calendarizzati per il 2018.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>AUSL Distretto di Levante -Ufficio di Piano - Responsabili Organizzativi Case della Salute- Associazioni di volontariato locali</p>
Referenti dell'intervento	<p>Raffaella Berté Responsabile U.O. Cure Palliative e Rete Cure Palliative – Dipartimento di Oncematologia Coordinatore Regionale Società Italiana di Cure Palliative (SICP)</p> <p>Davide Cassinelli Case Manager Rete Locale di Cure Palliative</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 2

1°: Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative;

Descrizione:

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Corso di formazione in cp di base per MMG (3 edizioni) nel 2017

Corso di formazione in cp di base per medici, infermieri ed oss di RSA "Vittorio Emanuele" nel 2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** corso di formazione in cp di base per mmg ed infermieri adi

corso di formazione in cp di base per medici ed infermieri del presidio unico

- **Obiettivo 2019:** corso di formazione in cp di base per mmg ed infermieri ADI

corso di formazione in cp di base per medici ed infermieri del presidio unico

corso di formazione in cp di base x medici, infermieri ed oss CRA di tutti i Distretti

- **Obiettivo 2020:** Da definire

2°: Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore);

Descrizione:

Tipo: Testuale

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

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

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

- **Obiettivo 2020:** Da definire

scheda 7- Medicina di genere nell'approccio alla malattia cronica

Approvato

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

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

Razionale	La medicina di genere ed il suo progressivo approfondimento rappresentano un approccio innovativo alle disuguaglianze di salute a partire dalle condizioni predisponenti, dall'insorgenza ed evoluzione della malattia, dai sintomi, dalla diagnosi e prognosi fino ai trattamenti farmacologici e non. Tali disuguaglianze hanno radici non solo in una differente appropriatezza diagnostico-prescrittiva, ma hanno origine anche da disuguaglianze sociali, culturali, psicologiche, economiche e politiche. In particolare per quanto concerne le malattie croniche che estendono il loro impatto per tutta la durata della vita un approccio multidisciplinare alle malattie stesse, con uno sguardo alla differenza di genere, è argomento di grande attualità che coinvolge in modo trasversale diverse professioni e discipline sanitarie ma si affaccia anche su determinanti della salute più tipici dell'ambito sociale. La percezione dello stato di salute sta acquisendo una sempre maggior importanza sia nella valutazione dell'impatto che una determinata patologia ha sulla qualità di vita delle persone, che nel determinare gli obiettivi terapeutici per giudicare l'efficacia di uno specifico trattamento
Descrizione	In partnership con AIDM (associazione scientifica nazionale che partecipa alla stesura dei LEA) si vuole affrontare nella formazione e nella rilevazione dei dati quanto l'aderenza ai percorsi di cura in ambito di malattia cronica sia condizionata dalle differenze di genere. E' un dato che le malattie croniche, che colpiscono i singoli individui, possono compromettere la qualità della vita. La prevenzione e il controllo di queste malattie avviene, in primo luogo, attraverso la riduzione dei fattori di rischio comuni e modificabili e attraverso un'adeguata adesione ai percorsi di cura. Un approccio integrato alle malattie croniche non può dunque prescindere dalle differenze di genere perché diverso fra uomini e donne il comportamento nei confronti dei fattori di rischio individuali, così come diversi sono anche gli effetti dei determinanti impliciti dello stato di salute. In questo contesto acquista sempre maggiore importanza riuscire ad identificare quali siano le differenze di genere nella prevenzione, nel decorso della malattia e nel trattamento terapeutico per migliorare qualità di vita e benessere sia a livello individuale che sociale. L'attività da svolgere riguarda la formazione specifica degli operatori del settore con tempi e momenti definiti e calendarizzati e a seguire la rilevazione dei fattori di rischio predisponenti e la tipologia di adesione ai percorsi di cura delle patologie croniche negli ambulatori della cronicità delle case della salute o delle medicine di gruppo
Destinatari	I destinatari delle attività sono per la formazione professionisti sanitarie e sociali, per l'analisi dei comportamenti agisti i pazienti con malattia cronica accedenti ai percorsi di cura Aziendali
Azioni previste	Gli ambiti d'intervento da prevedersi sono cinque: <ol style="list-style-type: none"> 1) Formazione dei professionisti dei PDTA cronicità 2) Rilevazione dei fattori di rischio distinti per genere 3) Rilevazione dell'aderenza ai percorsi distinti per genere 4) Analisi dei dati per identificare azioni di accompagnamento idonee distinte per genere 5) Diffusione del dato scientifico rilevato

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Si ritiene che all'interno di questo approccio AIDM rappresenti un interlocutore privilegiato, in grado di rendere concreta l'opportunità di garantire una più appropriata diagnosi, cura ed assistenza alla popolazione con malattia cronica afferente ai percorsi di cura. La stessa società scientifica si fa portavoce a livello sovra-aziendale dei risultati raccolti
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Case della Salute, AIDM
Referenti dell'intervento	Dipartimento Cure Primarie ausl
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 3

1°: Eventi formativi

Descrizione: Numero

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

Tipo: Numerico

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

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

2°: Fattori di rischio

Descrizione: Rilevazione

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

Tipo: Testuale

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

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

3°: Adesione al PDTA Diabete e BPCO

Descrizione: Numero

dei soggetti aderenti al percorso distinto per genere

Tipo: Testuale

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

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

scheda 8– SPRINT- STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E RINNOVAMENTO PER IL TERRITORIO A FAVORE DELL'INCLUSIONE SOCIALE E CONTRO LA VULNERABILITÀ

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: scheda2- RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Fiorenzuola D'Arda
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	Si
Aree	A;B;C;D;E;

Razionale	<p>Nell'ambito del concetto di vulnerabilità sociale sono ricompresi segmenti della popolazione che presenta fattori di rischio, nell'ambito di fenomeni sociali di ampia portata, come la disoccupazione, la precarietà lavorativa, gli sfratti e la precarietà abitativa, la debolezza dei legami familiari/parentali. Gli ultimi anni e l'impatto nell'ultimo decennio della crisi economica hanno evidenziato l'incremento esponenziale delle situazioni di "normalità a rischio", una area,dai contorni in continua evoluzione, posta tra la fascia della popolazione in acclerate situazioni di marginalità e non autonomia e una fascia della popolazione che invece mantiene i propri livelli di protezione sociale e la propria situazione economica.</p> <p>La vulnerabilità si caratterizza per l'accesso intermittente e discontinuo alle risorse materiali fondamentali, per la fragilità del tessuto familiare e per la mancanza o l'insufficienza di capacità e risorse progettuali sui cui basarsi per re-impostare e ri-programmare la propria vita. La vulnerabilità quindi si spinge oltre le situazioni estreme del disagio, arrivando ad includere anche situazioni sociali intermedie, che hanno minore visibilità e suscitano minor allarme sociale. In questo ambito rientrano anche coloro che non presentano le caratteristiche necessari per accedere direttamente ed immediatamente a determinate opportunità erogate dai servizi sociali ma al contempo non ha la possibilità per inserirsi in un mercato privato di beni e servizi. A queste situazioni, un tempo sfuggenti al sistema dei servizi, e oggi sempre più presenti, si affiancano le situazioni conosciute e da tempo in carico, già caratterizzate da disagio conclamato (area dipendenze, disagio mentale, disagio socio-economico e culturale, senza fissa dimora ecc.), di fronte alle quali occorre dar vita a risposte di rete, sempre più articolate, strutturate e coordinate. In questo ambito si inserisce anche l'intervento della legge di stabilità 2016 e del successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 , attraverso i quali si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà, oltre che la L.33/2017 che ha introdotto il Reddito di inclusione-REI e la L.R. 24/2016 "Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito" che ha previsto l'istituzione in Emilia-Romagna del Reddito di Solidarietà-RES finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. I fenomeni sopradescritti non possono tuttavia esaurirsi in incentivi di carattere economico ma devono tradursi nella creazione di un nuovo welfare, che da dispositivo diventi generativo, ovvero capace di generare nuove risorse in chi le ha perse o non le ha mai avute.L'idea di un "welfare generativo" mira alla possibilità di miglioramento delle capacità di vita delle persone,attraverso percorsi di "empowerment" che rendano le persone soggetti pro-attivi capaci di collaborare attivamente alla costruzione del proprio futuro. Il welfare diventa quindi un processo di creazione di valore, promuovendo l'idea di</p>
------------------	---

	<p>una bidirezionalità e di una reciprocità nella relazione tra individuo e comunità. Il welfare generativo stimola lo sviluppo di buone prassi miranti ad aiutare le persone ad auto-aiutarsi, rendendole di nuovo capaci di essere responsabili, senza abbandonarle al loro destino ma intervenendo su leve motivazionali nuove e coinvolgendo la persona nel proprio percorso di ri-attivazione sociale. Si tratta di una responsabilità che include in sé l'idea di partecipazione attiva e di protagonismo della persona nel ri-disegnare il proprio futuro sociale e lavorativo. . In questo contesto trova il proprio significato la L. R. 14/2015 i cui punti di fondo sono :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la convinzione che un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse e i saperi di più servizi contemporaneamente moltiplica la sua efficacia; - la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una condizione temporanea che può essere superata; - il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate. <p>Con l'istituzione della equipe multidisciplinare LR.14 anche il territorio di Levante sta perseguendo attivamente gli obiettivi di promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità e realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Per quanto riguarda l'ambito relativo alla lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà il Distretto di Levante ha finanziato per anni, nel precedente Piano di Zona, un intervento dal titolo "Povertà Zero" a supporto del target di utenti con difficoltà di inserimento lavorativo e con situazione di debolezza economica, sociale e relazionale. Si è concretizzato nella realizzazione di attività di tutoring e coaching rivolti ad un proficuo inserimento lavorativo, responsabilizzazione, orientamento nella ricerca di soluzioni abitative e nella rete dei servizi sociosanitari per soggetti adulti fragili a grave rischio di emarginazione. I comuni coinvolti sono stati 12 per un totale di 313 interventi di supporto, caratterizzati dalla presenza di una o più situazioni contestuali di disagio grave. Nel penultimo piano attuativo è stato finanziato anche un progetto realizzato in collaborazione con la Psichiatria di collegamento dell'Ausl focalizzato sulla mappatura di casi e caratteristiche di utenti in condizione di fragilità all'interno del distretto di Levante, in sinergia con analoghe iniziative portate avanti dai Distretti di Piacenza e di Ponente. Parallelamente, nel Piano di Zona precedente e degli ultimi piani attuativi è stato sempre finanziato l'intervento di sostegno economico alla famiglie con figli in situazione di vulnerabilità e crisi economica, che ha interessato 186 nuclei familiari nel 2016 e 306 nel 2015.</p> <p>Le situazioni SIA esaminate dall'equipe multiprofessionale sono state complessivamente 38 al 31.12.2017 e ulteriori 3 al 30.06.2018 per un totale di 42 utenti. Le situazioni RES-REI sono complessivamente 97 (di cui 4 al 31.12.2017 e 94 al 30.06.2018) . Per quanto attiene alla LR 14/2015, le persone per le quali è stata attivata l'equipe sono state 12 al 31.12.2017 e 99 al 15.07.2018 (per un totale di 111) . Le persone che hanno sottoscritto il programma personalizzato al 31.12.2017 sono state 8 e al 15.07.2018 80, per un totale di 88 programmi sottoscritti (e altrettanti inserimenti lavorativi) . Altre 23 persone hanno rifiutato la sottoscrizione.</p> <p>In riferimento al Comune di Fiorenzuola, per quanto attiene al RES le domande presentare al 31.12.2017 sono state 110 e al 30.06.2018 171; le domande accolte sono state al 31.12.2017 45 con relativo progetto individualizzato e 29 al 30.6.2018 . 19 domande RES nel frattempo sono decadute per perdita requisiti). Le domande REI presentate al 31/12/2017 sono 4 e al 30.06.2018 7 , tutte in attesa di esito. Le richieste REI presentate ma senza requisiti economici (con ISEE inferiore ai 6000 euro ma con ISRE superiore ai 3000) al 31/12/2017 sono state 57 e al 30.06.2018 82. In base ai dati raccolti dall'intero distretto, le domande SIA/REI accolte al 31.12.2017 sono state 83, quelle SIA/REI accolte al 30.06.2018 28. Le domande RES presentate al 31.12.2017 sono 185, al 30.06.2018 282; le domande RES accolte al al 31.12.2017 sono state 78 e al 30.06.2018 93. Per quanto riguarda il DSM, 7 persone afferenti al Dipartimento sono state valutate in equipe multiprofessionale L.R. 14, di cui 3 hanno interrotto il percorso, per 1 non è stato approvato il programma: 3 sono i casi attualmente inserite a seguito della sottoscrizione del programma personalizzato.</p> <p>Il SerT di Levante garantisce inoltre, in collaborazione con la Cooperativa L'Arco di Piacenza l'apertura di spazi ambulatoriali festivi e presenze di case- manager per casi selezionati di persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di marginalità, con finalità di tutela della salute (anche in un'ottica di tutela della salute pubblica e riduzione di condotte illegali) e di riduzione e contenimento della marginalità sociale. L'intervento è rivolto a utenti con dipendenza a cui non è possibile consegnare in affido le terapie quotidiane e utenti con bassa capacità di gestire le normali relazioni quotidiane e necessitanti di un tutoraggio plurisettimanale.</p> <p>Si pone ora, in relazione al nuovo triennio di programmazione territoriale, l'opportunità di integrare le progettualità esistenti e dar luogo ad un intervento che possa legarsi</p>

	<p>sinergicamente agli strumenti operativi messi in campo dalla L.R.14/2015 e dalle misure governative e regionali di sostegno alla povertà (Sia, Res, Rei), in un quadro di rete e di regia complessiva delle politiche locali di welfare generativo, in maniera che i vari interventi e le varie possibilità sia normative che economiche, possano integrarsi e non sovrapporsi in ottica di sistema.</p> <p>Inoltre, per quanto riguarda l'utenza collegata al DSM e alle possibilità di integrazione sociale che possono essere alla base di effettive possibilità di reinserimento anche lavorativo, si intende coinvolgere adulti in età compresa tra i 18 e 65 anni di età in condizione di fragilità personale e sociale afferenti ai servizi di salute mentale e disabilità in iniziative volte allo stimolo dell'attività motoria, in sinergia con le Case della Salute e in attuazione anche del Piano Regionale di Prevenzione, visti come possibilità di inclusione sociale e di stimolo al riappropriarsi di un proprio progetto di vita autonomo.</p> <p>Si pongono pertanto ora :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la necessità di utilizzare nuovi linguaggi che individuino oggetti di lavoro nuovi e bisogni emergenti sempre più complessi e sfaccettati -la necessità di entrare in rapporto con i cittadini e coinvolgerli nel processo di partecipazione -la necessità di coinvolgere e intercettare altri settori oltre al sociale
<p>Destinatari</p>	<p>persone in situazione di grave marginalità sociale e persone in situazione di vulnerabilità sociale, beneficiari e richiedenti RES-REI-interventi L.r.14.</p>
<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Creazione di un tavolo di confronto sul Welfare Generativo in ogni Unione/comune a livello locale, con raccordo diretto con l'Ufficio di Piano per monitoraggio e identificazione di possibilità di progettazioni comuni con il coinvolgimento delle istituzioni attive in ambito povertà e vulnerabilità e del privato sociale; -Prosecuzione, in stretto raccordo con le Unioni e i Comuni con l'equipe multidisciplinare L.R.14, onde evitare sovrapposizioni e duplicazioni di interventi rispetto all'ambito RES-REI, di interventi di sostegno economico a nuclei con minori laddove è necessario, legando i relativi contributi a dinamiche di welfare generativo e di responsabilizzazione -Prosecuzione dell'attività dell'equipe multidisciplinare RES/REI/L.R.14 per garantire il lavoro di rete sinergico tra servizi sociali, sanitari e lavorativi -Realizzazione a livello locale del PON Inclusione-Avviso 3/2016 con rafforzamento dei servizi sociali operanti in ambito vulnerabilità e povertà a livello distrettuale -Sperimentazione di progetti integrati per adulti fragili a livello distrettuale -Stretta connessione con interventi previsti all'interno del Piano Povertà. - Realizzazione del piano integrato territoriale L.R. 14/2015 nelle sue articolazioni annuali -Ambito Ser.R.T: Apertura festiva, in fasce determinate, di un ambulatorio per la distribuzione e la somministrazione di terapia (si riscontra la necessità di garantire la somministrazione puntuale delle terapie quotidiane a utenti per i quali non sia possibile consegnare affidi (condizioni di mono-familiarità, utenti in transito) o non sia ritenuto idoneo dall'equipe curante (mal uso o elevato rischio di spaccio). -Ambito Ser.R.T: tutoraggio specifico (case managing) per utenti di particolare gravità clinica per consentire la fruizione di possibili spazi di socialità per evitare la marginalità e ridurre la devianza (si prevede un supporto plurisettimanale, compreso il domicilio e i luoghi di normale attività, ad alcuni utenti con particolare gravità clinica). -Sviluppo della rete distrettuale della Palestre che Promuovono Salute per l'Attività Motoria Adattata (DGR 2127/2016), implementando il programma di Attività Fisica Adattata (AFA) e Esercizio Fisico Adattato (EFA), anche attraverso la collaborazione con il Comune di Piacenza (si tratta di promuovere attivamente l'adesione delle associazioni sportive e delle palestre dei Comuni del Distretto alla rete regionale. Tali Palestre potranno essere impiegate anche per la pratica di Attività Motoria Adattata, prescritta da medici specialisti e di medicina generale, per soggetti afferenti al Dipartimento di Salute Mentale dell'Ausl di Piacenza). -Promozione di gruppi di cammino con il coinvolgimento di Associazioni di volontariato per i destinatari individuati e anche degli utenti del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<ul style="list-style-type: none"> -integrazione in ambito socio-sanitario, per le forti correlazioni fra salute e deprivazione materiale -L'integrazione tra servizi sociali, del lavoro, sanitari, educativi e con il terzo settore e la comunità nel suo insieme è la cifra distintiva delle misure di contrasto alla povertà definite a livello nazionale e regionale. La valutazione multidimensionale attraverso le equipe

	<p>multidisciplinari è lo strumento di attuazione delle misure individuate che dovrebbe consentire di affrontare le situazioni di fragilità e vulnerabilità prevedendo la presa in carico integrata, così come previsto dalla LR. 24/2016, dalla LR. 14/15 nonché dalle linee guida di attuazione del SIA/REI.</p> <p>-attuazione del Reddito di solidarietà, misura di contrasto alla povertà introdotta in Regione Emilia-Romagna con la LR 24/16 e la misura nazionale di contrasto alla povertà denominata SIA - Sostegno per l'inclusione attiva, introdotta con decreto legge il 26 maggio 2016 modificato dal Decreto ministeriale del 16 marzo 2017 e dall'introduzione del reddito d'inclusione REI approvato con Legge 15 marzo 2017, n. 33.</p> <p>-connessioni con gli attori del Patto per il lavoro, in particolare con le aziende socialmente responsabili che si renderanno disponibili ai percorsi di inserimento lavorativo con particolare attenzione alle cooperative sociali che si occupano di inserimento lavorativo.</p> <p>-Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 18</p> <p>-Scheda Budget di Salute e relativi interventi</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Ufficio di Piano- AUSL Distretto di Levante- Agenzia per l'Impiego- Enti di formazione professionale- Associazioni di volontariato locali – Assistenti sociali- Aziende convenzionate per tirocini - DSM-DP (Psichiatria di Collegamento); famiglie e utenti; cooperazione sociale; SerT Levante, Palestre del territorio, in particolare le palestre che Promuovono Salute,SVEP ed associazioni,CONI, CIP, Enti di promozione sportiva, Società sportive/associazioni sportivo dilettantistiche, Medici di Medicina Generale.</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Sabina Dordoni</p> <p>Per gli interventi SERT:</p> <p>Dott. Maurizio Avanzi</p> <p>Per promozione attività motoria utenti DSM: Giorgio Chiaranda, U.O. Epidemiologia e promozione della salute, Responsabile medicina dello sport e attività fisica</p> <p>Elisabetta Ghigini, Coordinatore Psichiatria di Collegamento referente Progetto Benessere</p>
Risorse non finanziarie	<p>Per gli interventi SERT:</p> <p>Personale ASL attualmente impiegato: 1dirigente medico, 1educatore professionale 1infermiere professionale.</p>

Totale preventivo 2018: € 1.164.051,56

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **99.902,92 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **111.174,46 €**
- Quota Fondo povertà nazionale: **228.105,90 €**
- Quota Fondo povertà regionale LR24/16: **120.292,38 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **87.857,50 €**
- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **469.744,00 €**
- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **46.974,40 €**

Indicatori locali: 6

1°: SERT-Attività ambulatoriale

Descrizione: Apertura ambulatori nelle giornate festive

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: 2 ore

settimanali - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2 ore

settimanali

- **Obiettivo 2019:** Mantenimento

attività se finanziata

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento

attività se finanziata

2°: SERT-

Attività di case-manager

Descrizione: Accompagnamento

nelle attività quotidiane per pazienti di particolare gravità clinica

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: 10 ore

settimanali - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 10 ore

settimanali

- **Obiettivo 2019:** Mantenimento

attività se finanziata

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento

attività se finanziata

3°: Costituzione

tavoli di lavoro locali su vulnerabilità e marginalità

Descrizione: Costituzione

in ogni ambito territoriale di tavoli di lavoro dedicati al tema con raccordo con privato sociale e ambito sanitario e lavorativo

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento

4°: N.

tirocini L.R.14/2015 previsti dal PIT

Descrizione:

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 60

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

5°: Corsi di

attività fisica adattata

Descrizione: n.

palestre AMA

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 2

6°: Occasioni

di attività motoria per utenti del Dipartimento di salute Mentale e dipendenze patologiche

Descrizione: N° di
utenti del Dipartimento di Salute Mentale che hanno aderito a percorsi di
attività motoria

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 10

- **Obiettivo 2019:** 10

- **Obiettivo 2020:** 10

scheda 9–EQUITÀ IN TUTTE LE POLITICHE – METODOLOGIE E STRUMENTI

Approvato

Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Ausl Piacenza
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;E;

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

	- Implementazione di sistemi di sorveglianza delle diseguaglianze, del benessere e della vulnerabilità in età infantile
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl Piacenza-EELL
Referenti dell'intervento	Costanza Ceda - DASS
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 5

1°: 1 A) presenza referenti aziendali equità e board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità

Descrizione: presenza referenti aziendali equità

Tipo: S | N

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

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

2°: 1 B)

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

Descrizione: presenza board aziendali –

o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità

Tipo: S | N

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

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

3°: 2 Adozione del piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, prioritariamente orientate agli obiettivi strategici del piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione)

Descrizione: Adozione del piano

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

Tipo: S | N

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

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

- **Obiettivo 2020:** S

4°: 3 applicazione di almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio

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

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

5°: 4 raggiungimento indicatori Piano regionale prevenzione in relazione a utilizzo strumenti di equity assessment

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

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** N

- **Obiettivo 2020:** S

scheda 10- ICARO -Inclusione, Cura, Accoglienza, Responsabilizzazione e Orientamento per PERSONE STRANIERE NEO-ARRIVATE

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
- 14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Riferimento scheda distrettuale: scheda 8– SPRINT- STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E RINNOVAMENTO PER IL TERRITORIO A FAVORE DELL'INCLUSIONE SOCIALE E CONTRO LA VULNERABILITÀ

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Fiorenzuola D'Arda
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;D;E;

Razionale	<p>L'arrivo e la permanenza in Italia e in Emilia-Romagna di persone provenienti da Paesi Terzi rappresentano un fenomeno strutturale ed in aumento, che necessita di adeguate risposte in una ottica preventiva e promozionale. Nel corso degli ultimi anni le caratteristiche dei flussi in ingresso sono significativamente cambiate: si registra un forte incremento di flussi "non programmati" di migranti richiedenti protezione internazionale (all'interno dei quali si registra una significativa quota di specifici target particolarmente vulnerabili come donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri, ecc.) un ridimensionamento degli ingressi per lavoro ed una sostanziale stabilità di quelli per ricongiungimento familiare. In merito ai primi si è di recente sviluppato, anche nel territorio di Levante, un sistema di prima accoglienza "straordinaria" (CAS) di esclusiva competenza governativa. In risposta a tale nuovo scenario, il sistema dei servizi regionali e locali è sollecitato alla definizione di risposte tempestive e competenti in termini interculturali, finalizzate a: supportare in termini specialistici la prima accoglienza di natura statale, sostenere l'inclusione sociale dei nuovi cittadini, anche in riferimento a quelli in uscita dall'accoglienza, evitare fenomeni di isolamento e/o esclusione sociale, promuovere una società più coesa e solidale. Più in generale occorre rinnovare nel territorio un impianto di interventi e servizi di accoglienza ed integrazione, in grado di supportare ed accogliere tutti i cittadini con vari gradi di vulnerabilità, nell'ambito del sistema di welfare universalistico. La definizione delle priorità di azione in ambito distrettuale dovrà trovare occasione di complementarietà rispetto agli interventi previsti dal Fondo FAMI 2014-2020 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri già in corso o che si realizzeranno nei prossimi anni nel territorio regionale. Contemporaneamente, per la popolazione straniera l'accessibilità ai servizi socio-sanitari rappresenta uno snodo strategico per garantire l'inclusione, l'equità oltre che la salute pubblica.</p>
Descrizione	<p>Al 1/1/2017 la popolazione residente di cittadinanza non italiana era di 11.964 unità, pari ad una quota del 11,11% (di cui 6134 femmine -51,27%- e 5830 maschi -48,72%). La crescita della componente straniera della popolazione piacentina è stata costante e significativa dal 2005 fino al 2013, anno in cui è iniziata una fase di stabilizzazione e, negli ultimi anni, di flessione. I CAS presenti nel territorio del Distretto sono 41 e possono ospitare 517 richiedenti asilo. Nel 2017 hanno ospitato 486 persone. I servizi sociali si interfacciano sempre più frequentemente con persone provenienti da differenti culture che presentano</p>

difficoltà nella comprensione del sistema dei servizi sociosanitari del nostro Paese e, in specie, del Distretto di Levante. Proprio per questo diventa fondamentale la presenza di operatori specializzati che possano rispondere alla funzione di facilitazione per l'utenza straniera, sgravando contemporaneamente i servizi sociali locali dell'onere di illustrare quotidianamente e costantemente all'utenza straniera funzioni e competenze dei servizi, modalità di accesso e modulistica correlata. Vengono pertanto da anni realizzate, in collaborazione con l'associazionismo, attività di ascolto e facilitazione agli utenti stranieri, tramite sportelli dedicati (4489 utenti nel 2016) presso i Comuni di Caorso, Carpaneto Piacentino, Cortemaggiore, Fiorenzuola d'Arda, Monticelli d'Ongina, Podenzano, Ponte dell'Olio e Villanova sull'Arda che svolgono attività di supporto alla compilazione di moduli e alla presentazione di pratiche amministrative, raccordo costante con i servizi socio-sanitari e con gli sportelli sociali del territorio, disbrigo di pratiche amministrative relative allo stato di permanenza in Italia (es: modalità d'ingresso e soggiorno; procedure per il rilascio, rinnovo e conversione del permesso di soggiorno; acquisizione della residenza; verifica dello stato di avanzamento delle istanze). Sono stati realizzati nel tempo interventi di socializzazione linguistica di donne immigrate con prole tramite il supporto di figure educative e di facilitatori/insegnanti (nel 2016 ha riguardato 45 donne e 53 bambini per un totale di 250 ore). Sempre nello stesso anno la socializzazione linguistica di alunni stranieri tramite il supporto di figure educative e di facilitatori/insegnanti, ha interessato 56 bambini per un totale di 326 ore.

Una delle principali utenze che accedono ai servizi sociali territoriali del Distretto di Levante è rappresentata da persone straniere e famiglie di origine straniera che si trovano ad affrontare difficoltà di carattere socio-economico, correlate o ad una insufficiente conoscenza dei servizi territoriali, o ad un recente ingresso nel territorio nazionale o alla contemporanea presenza di problematiche di disagio sociale e di mancanza di occupazione o perdita della stessa a fronte delle difficoltà del mercato del lavoro. La fetta di utenza straniera, cresciuta di pari passo con la crescita della presenza degli immigrati su base locale, ha determinato che un'ampia quota delle risorse dei servizi sociali sono stati nel tempo veicolati a tale target di riferimento, in relazione alla maggior incidenza percentuale delle situazioni di difficoltà socio-economica nella popolazione straniera rispetto a quella italiana. La crisi economica ha però creato forte aree di vulnerabilità sociale all'interno del tessuto sociale anche autoctono, esponendo una quota della popolazione in costante aumento al rischio di marginalità sociale. La vulnerabilità si è tradotta nell'accesso intermittente alle risorse materiali fondamentali, nella fragilità del tessuto familiare e nella mancanza di risorse progettuali sui cui fare perno per impostare la propria vita, tematiche che sono sempre più trasversali a fasce della popolazione che ne erano in passato esenti. Questo genera sostanzialmente il rischio, per i servizi sociali, di veder ampliate a dismisura le richieste di intervento senza un corrispondente incremento delle risorse finanziarie necessarie per una risposta adeguata a tutti i bisogni emergenti. Le principali criticità sono rappresentate dalle elevate aspettative dell'utenza fragile nei confronti dei servizi socio-sanitari che si traducono in continue richieste di carattere assistenziale, alle quali spesso tuttavia non si accompagna un analogo e corrispondente atteggiamento responsabile e pro-attivo da parte dell'utenza.

Le domande ai servizi sociali negli ultimi anni riguardano principalmente: emergenza economica ed accesso ai servizi socio-assistenziali; emergenza abitativa; ricerca di occupazione; coesione ed integrazione sociale; problemi inerenti la promozione della salute psico-fisica delle persone in situazione di svantaggio.

Qualsiasi intervento per rispondere a questi bisogni deve muoversi lungo queste direttrici:

- la necessità di costruire un futuro professionale per persone che resterebbero ai margini, valorizzandone potenzialità e consentendo loro di sentirsi parte attiva della società;
- la possibilità per l'ente pubblico di non essere sempre costretto ad intervenire economicamente con contributi, agevolazioni e provvidenze volte ad aiutare le persone in difficoltà a mantenersi, ma di incentivare e valorizzare un progressivo svincolarsi dalle forme di assistenzialismo pubblico per ricostruire un proprio progetto di vita.

Questo vale a maggior ragione nei confronti dell'utenza straniera, che, forte di una predominante presenza di giovani all'interno della composizione demografica, può essere chiamata alla necessità di emanciparsi dal supporto pubblico in maniera più significativa rispetto ad altre utenze deboli per le quali è più ardua per cause oggettive (ad es. età avanzata o problematiche di carattere sanitario o di autosufficienza) la costruzione di un percorso di vita autonomo. Il tutto si affianca e si coordina anche con il disposto di normative a carattere regionale e nazionale di incentivazione della promozione dell'autonomia (L.R.14/2015, Reddito di solidarietà, Reddito di Inclusione ecc) che promuovono l'affrancarsi progressivo dal mondo dei servizi sociali delle persone in grado di ritagliarsi, con i necessari supporti, percorsi di vita autonomi.

Obiettivi prioritari saranno pertanto:

	<ul style="list-style-type: none"> • la promozione di percorsi reali di autonomia nell’utenza straniera, che possano stimolare responsabilizzazione ed empowerment delle risorse dei singoli destinatari; • la attivazione di una rete territoriale sinergica che possa rispondere in maniera flessibile e personalizzata ai bisogni dei destinatari; • la diminuzione conseguente della dipendenza dal sistema dei servizi socio-sanitari con la riconquista di percorsi di vita il più possibile svincolati dal supporto dei servizi sociali. <p>Fondamentali risultano anno per questa fascia di popolazione: l’integrazione con gli interventi di cui alla l.r.14/2015, con i sostegni rappresentati da RES/REI, oltre che i raccordi con il DSM, i servizi al lavoro e le casistiche seguite quotidianamente dall’area tutela e dall’area assistenza/disagio adulto.</p> <p>Agli interventi di carattere sociali si affiancano gli interventi sanitari, garantiti dall’ Unità Operativa Semplice di Medicina delle Migrazioni del Dipartimento delle Cure Primarie, che garantisce la presa in carico sanitaria degli stranieri presenti sul territorio provinciale, anche qualora non ancora in regola con le norme sul permesso di soggiorno, assicurando secondo il disposto del Testo Unico dell’Immigrazione (D.L. 286/98), le cure urgenti ed essenziali. Inoltre l’attività sanitaria si sviluppa, in correlazione con il contesto sociale, offrendo servizi per fasce definite di stranieri, anche in accordo con partner istituzionali. Garantisce attività di medicina essenziale. In particolare il personale sanitario provvede all’emissione del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) che consente l’accesso alle cure urgenti ed essenziali secondo quanto previsto dal D.L. 286/98. L’attività sanitaria, con caratteristiche di accesso a bassa soglia, si sviluppa quindi nell’ambito della medicina generica ed offre la possibilità di accedere a diagnostica e specialistica di I e II livello, ove ritenuto necessario. Per quanto attiene i richiedenti asilo, l’obiettivo perseguito dalla UO Medicina della Migrazioni è quello di offrire ai migranti richiedenti asilo, ospiti dei CAS, il corretto percorso sanitario, secondo le indicazioni regionali e le linee guida nazionali. Dall’Hub regionale (Centro Mattei di Bologna), dove avvengono le prime attività sanitarie, una quota percentuale di richiedenti asilo viene trasferita ai CAS presenti sul territorio. Tutti i migranti, a seguito di un protocollo siglato tra AUSL di Piacenza, Questura di Piacenza, Prefettura di Piacenza e ASP Città di Piacenza, vengono valutati presso la UOS Medicina delle Migrazioni. In questa sede vengono eseguiti gli screening per malattie trasmissibili (Rx torace - quando non disponibile dall’hub-, Mantoux, prelievi ematici per infezione da HIV, epatite B, epatite C, sifilide) e viene avviato il calendario vaccinale. Viene inoltre offerta, in attesa del rilascio di tessera SSN, l’attività di medicina essenziale e il consulto per problematiche sanitarie intercorrenti.</p> <p>La vulnerabilità psicologica può essere una delle problematiche di salute di maggiore complessità, in particolare per persone straniere con scarsi riferimenti sul territorio e/o difficoltà linguistico culturali. Se non affrontata precocemente, la vulnerabilità psicologica può essere soggetta a cronicizzazione e sfociare in patologia squisitamente psichiatrica, con le conseguenti ricadute in termini di salute e collettività. Dal 2015, presso la UOS Medicina delle Migrazioni , è stato attivato uno sportello di supporto psicologico, specificamente dedicato ai richiedenti asilo e parzialmente finanziato con fondi FAMI 2016-2018. Attraverso questa attività è stato possibile prendere in carico persone con vulnerabilità legata al percorso migratorio, vittime di soprusi, abusi, violenze e torture, accompagnando i casi più clinicamente espressi al consulto e alla terapia psichiatrica.</p>
<p style="text-align: center;">Destinatari</p>	<p>Persone appartenenti a Paesi Terzi neo arrivate in Italia, o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, richiedenti asilo, persone con vulnerabilità psicologica , nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.).</p>
<p style="text-align: center;">Azioni previste</p>	<p>a) Sostegno all'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> -realizzare azioni di supporto e orientamento agli utenti stranieri che incontrano difficoltà di ordine linguistico e/o culturale all’accesso dei servizi attraverso la prosecuzione delle attività di sportello nei comuni presso i quali sono stati attivati. Tale servizio può rappresentare fattivamente un supporto tangibile sia all’accoglienza dei cittadini stranieri che all’analisi dei bisogni, al fine di facilitare e rendere più efficace l'accesso degli utenti alle prestazioni offerte dal sistema dei servizi. - sostenere la realizzazione di un Piano Regionale per l'insegnamento della lingua italiana e l'educazione civica, attraverso il potenziamento delle reti istituzionali, sia a livello regionale che territoriale, rappresentate dagli Uffici scolastici, dai CPIA, dalle Prefetture, dagli Enti Locali e dalla stessa Regione, per rispondere con maggiore efficacia agli adempimenti normativi inerenti l'acquisizione e formalizzazione delle competenze linguistiche e dei percorsi di educazione civica e valorizzare altresì i momenti formativi come occasione di sensibilizzazione e prevenzione in ambito sociale e di educazione alla salute ;

	<p>-realizzare laddove necessario o utile percorsi di incremento della consapevolezza della propria funzione sociale nelle donne, con eventuali interventi di alfabetizzazione correlati ;</p> <p>-realizzare interventi di empowerment delle competenze ed attitudini dell’utenza per quanto attiene all’ambito di socializzazione e di inserimento lavorativo, attraverso la progettazione e implementazione, in stretto contatto con l’utenza, che ne deve essere protagonista e partecipare attivamente alle azioni previste, di percorsi di vita e di lavoro autonomi, attraverso il raccordo costante con i servizi socio-sanitari del territorio ;</p> <p>- consolidare, nell'ambito delle funzioni di programmazione locale dei servizi territoriali, il supporto di interventi qualificati di orientamento informativo e legale, di facilitazione all’accesso ai servizi socio-sanitari, di mediazione linguistico - interculturale , e di mediazione sociale e dei conflitti, consulenza specialistica sulle tematiche interculturali e sulla progettazione di interventi territoriali di comunità.</p> <p>-realizzare le azioni di orientamento nell’accesso ai servizi sociosanitari previsti dal Fami Casp.E. R. con particolare riferimento agli aspetti di integrazione sociale e lavorativa (con eventuale possibilità di prosecuzione con i nuovi Fami presentati dalla Regione, es. Fami Impact);</p> <p>-stretto raccordo con PIT LR.14/2015 e interventi di sostegno responsabilizzante rappresentati da percorsi RES/REI.</p> <p>b) Promozione di un sistema locale di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, minori stranieri non accompagnati e vittime di tratta, in connessione e coerenza con interventi governativi:</p> <p>- sostenere la connessione e l'integrazione tra i diversi sistemi di accoglienza rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale, ai minori non accompagnati, ed alle vittime di tratta ;</p> <p>- consolidare un modello di governo locale dei sistemi di accoglienza che porti alla definizione di interventi specialistici rispetto a vulnerabilità di natura psico-sanitaria e l'attivazione di percorsi individuali di inclusione socio-lavorativa e/o di continuità assistenziale per i soggetti vulnerabili, in particolare per le persone in uscita dalle strutture di accoglienza;</p> <p>-estensione dello sportello di supporto psicologico, attivato con Fami 2016-2018, a tutti gli stranieri non titolari di tessera SSN, ivi incluse persone vittime di tratta.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>L'inclusione sociale delle persone straniere, ed in particolare di coloro da poco arrivati in Italia, è un processo multidimensionale e trasversale, che riguarda lo straniero e la società di accoglienza nelle sue varie articolazioni (istituzioni, organizzazioni, persone). Il momento del primo contatto con il sistema dei servizi territoriali, così come con la comunità di arrivo, è fondamentale per impostare una corretta relazione tra neo-arrivati e società che accoglie. In questo senso imparare il prima possibile la lingua del paese di destinazione è essenziale per rimanere nel nostro paese in condizioni di regolarità, per attivare un processo di integrazione sociale, lavorativa, culturale, politica e per rafforzare le chance di successo del migrante nell'ambito delle singole politiche di settore. Mediazione linguistica e interculturale, ed orientamento specialistico ai servizi, rappresentano altresì un supporto necessario e trasversale a tutto il sistema dei servizi territoriali, così come al lavoro di comunità, in quanto il cittadino straniero va accompagnato alla comprensione del nuovo contesto ma, analogamente, il contesto deve essere supportato nell'incontro e nella comprensione della diversità culturale. La gestione dei flussi non programmati di richiedenti asilo, minori non accompagnati e vittime di tratta è oggi in capo a diversi soggetti istituzionali, sì che l'accoglienza si fonda su sistemi paralleli che devono essere ricondotti a sistematicità e maggiormente interconnessi con il territorio: ciò è possibile solo a patto di intensificare la collaborazione inter-istituzionale e, al contempo, coinvolgere opportunamente le comunità locali (società civile organizzata e singole individualità). Analogamente l'interconnessione fra istituzioni e fra queste e la comunità è necessaria anche allo sviluppo di azioni di contrasto alla tratta e al grave sfruttamento di esseri umani, così come alle attività di supporto ai soggetti più vulnerabili: solo la sinergia fra i diversi soggetti coinvolti può infatti consentire di mettere in campo risorse originali ed inedite, e può incrementare e valorizzare il contributo di ciascuno al raggiungimento del medesimo obiettivo.</p>

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ufficio di Piano- AUSL Distretto di Levante- Agenzia per l'Impiego- Associazioni di volontariato locali – Cooperazione sociale- Questura, Prefettura; CAS.
Referenti dell'intervento	Per Ufficio di Piano : Da individuare Per Ausl: Dott.ssa Alessandra Donisi
Risorse non finanziarie	Personale cooperazione sociale operante sul FAMI Casp.E.R. per un totale di 666 ore su base distrettuale (finanziamento RER, non assegnato al distretto, ma direttamente dalla Regione: il distretto beneficia però degli interventi sul proprio territorio) Ambito sanitario: Personale impiegato: 1 dirigente medico, 1 infermiere professionale, 1 operatore socio-sanitario, 1 psicologo

Totale preventivo 2018: € 105.087,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **10.543,70 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **11.733,30 €**
- Fondo FAMI: **82.810,00 €**

Indicatori locali: 5

1°: Screening MSNA

Descrizione: Sottoporre a screening

tutti i Minori Stranieri Non Accompagnati accolti nelle comunità della Provincia di Piacenza, segnalati alla UOS Medicina delle Migrazioni

Tipo: S | N

Situazione di partenza: 30 - **Riferita al:** 31/12/2017

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

2°: Screening MRA

Descrizione: Sottoporre a screening,

secondo indicazioni regionali e nazionali, tutti i migranti richiedenti asilo neo-arrivati sul territorio provinciale, segnalati dalla Prefettura di Piacenza

Tipo: S | N

Situazione di partenza: 676 - **Riferita al:** 31/12/2017

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

3°: Supporto psicologico per MRA

Descrizione: Valutare e prendere in

carico tutti gli stranieri che accedono alla UOS Medicina delle Migrazioni, per i quali sia stata rilevata una possibile fragilità psicologica

Tipo: S | N

Situazione di partenza: 184 - **Riferita al:** 31/12/2017

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

- **Obiettivo 2020:** S

4°: N. utenti FAMI CASP.E.R.

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 54

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

**5°: N. utenti sportelli
immigrati**

Descrizione:

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: 4400 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 4500

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

scheda 12- HOPES- Health, Orienting, Planning, Education and Spaces : sostegno alla genitorialità e potenziamento degli interventi nei confronti dei minori (0-10 anni)

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: scheda 24 - CARE- Cura e Accoglienza in RetE : QUALIFICARE LA RETE DEI SERVIZI PER LA RILEVAZIONE, L’ACCOGLIENZA E IL TRATTAMENTO DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI NELL’AMBITO DELLA PROTEZIONE E DELLA TUTELA

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	Comune di Fiorenzuola d'Arda
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;D;E;

Razionale	<p>La sinergia di servizi sociali e servizi sanitari nella presa in carico dei neonati e delle puerpere è fondamentale per prevenire situazioni di disagio sociale e inadeguatezza delle competenze genitoriali. Contemporaneamente il supporto psicofisico nelle fasi successive al parto riduce ampiamente l’impatto delle depressioni post-partum nelle puerpere, riducendo contestualmente i rischi e i pericoli a cui direttamente o indirettamente, in caso di burn out materno, possono essere esposti i bambini. In generale, infatti, il sostegno alla neo-genitorialità assume una valenza preventiva fondamentale in un’ottica di promozione del benessere del minore e degli adulti di riferimento. Viviamo in una società in cui sempre più neo-genitori si trovano ad affrontare situazioni di precarietà socio-economica e di isolamento sociale: si pensi, per esempio, all’aumento dei nuclei monogenitoriali e alle famiglie immigrate che non hanno in loco la rete familiare e socio-amicale di supporto. Si pensi anche all’innalzamento dell’età media in cui si mettono al mondo figli, con la conseguenza che i nonni – se presenti – sono più anziani e, in molti casi, necessitano a loro volta di assistenza e sostegno, piuttosto che poter essere di aiuto alle figlie neo-mamme. In questo quadro di riferimento, se è obiettivo nazionale stimolare le famiglie a procreare (il tasso di natalità in Italia e così in Emilia Romagna si conferma agli ultimi posti in Europa e nel mondo), diventa imperativo programmare interventi volti a supportare concretamente e a 360° le puerpere, agendo nel contempo per la promozione di contesti di crescita sani e positivi per i bambini. Il lavoro di rete, la creazione di interfacce stabili in ambito socio-sanitario, la collaborazione costante tra specialisti di ambito diverso (ostetriche, ginecologi, andrologi, psicologi, assistenti sociali, educatori, pediatri, neuropsichiatri ecc.) favoriscono un miglioramento concreto delle prese in carico e delle risposte erogate. La creazione a livello distrettuale di un Centro per le Famiglie si presenta come una opportunità rilevante per poter realizzare una serie di progettazioni comuni che abbiano al centro il benessere delle mamme e dei bambini, attraverso interventi quali il counselling, l’home visiting, le iniziative finalizzate allo sviluppo di competenze genitoriali nelle coppie con il coinvolgimento specifico delle figure anche paterne. Nello specifico, il Centro per le Famiglie si propone come un servizio che vuole diventare il riferimento dei genitori (e dei neo-genitori in particolare) impegnati a fronteggiare le sfide quotidiane del diventare ed essere famiglie: grazie alla collaborazione di operatori con diversa professionalità (es. psicologi, educatori, mediatori familiari e mediatori culturali...) e ad un lavoro di rete costante con i servizi socio-sanitari territoriali, il Centro intende offrire alle famiglie un sostegno trasversale ed in ottica preventiva, utile a valorizzare</p>
------------------	---

	<p>e potenziare le competenze e risorse genitoriali di fronte alle sfide della crescita e/o alle crisi del ciclo di vita familiare (es. nascita di un figlio, adolescenza, disabilità, separazione/divorzio...).</p>
Descrizione	<p>Nel territorio di Levante sono attualmente attivi consultori territoriali nei comuni di Lugagnano, Carpaneto, Monticelli, Bettola, Cortemaggiore, Fiorenzuola e Podenzano. A Fiorenzuola quale comune capofila di distretto sociosanitario è attivo anche lo Spazio Mamma-Bambino destinato alle puerpere, oltre che corsi accompagnamento alla nascita e incontri individuali dopo il parto. Lo Spazio Mamma-Bambino prevede attualmente la presenza di una ostetrica in un pomeriggio a settimana per la presa in carico della puerpera e la promozione dell'allattamento materno. I locali attualmente dedicati allo Spazio Mamma-Bambino non sono dotati di attrezzature pienamente adeguate e necessitano di spazi più adeguati alla realizzazione delle attività previste (ad es. sala d'aspetto per facilitare la condivisione esperienziale tra mamme). I dati denotano un incremento notevole degli accessi nel corso dell'ultimo anno sia per quanto riguarda lo Spazio Mamma-Bambino (144 accessi nel 2017) che per il numero delle donne gravide seguite (254 nel 2017) facendo emergere sia l'importanza dei servizi offerti che il feedback positivo dell'utenza che tende a percepirlo come un significativo punto di riferimento territoriale. A livello distrettuale è operativo, in attuazione dell'obiettivo 5 del Percorso Nascita previsto dalla Regione Emilia Romagna ("migliorare l'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita"), anche il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) relativo alla presa in carico integrata dei disturbi emozionali durante la gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, con la presenza di una figura di psicologa nei consultori di Fiorenzuola e di Podenzano, con attività di supporto delle mamme con problematiche di depressione post-partum dal punto di vista psicologico, relazionale e cognitivo. Il percorso si traduce nell'intercettazione delle situazioni di rischio in gravidanza e puerperio e negli interventi psicologici conseguenti. Gli interventi complessivamente intesi devono interfacciarsi e coordinarsi con altre iniziative sociali di supporto alla famiglia (bonus bebè, res/rei ecc.) per garantire la completezza e fluidità di informazione nei confronti delle famiglie potenzialmente destinatarie. L'attività psicologica consultoriale ha preso in carico 30 utenti per consulenza, sostegno e terapia nel 2017: di questi, 18 sono nuovi casi. 5 rientrano nella tipologia 2 (disturbo emozionale in gravidanza e puerperio). L'impegno dello psicologo dedicato è pari a 15 ore settimanali. È attualmente in fase di progettazione l'avvio di un Centro per le Famiglie del distretto di Levante. Nell'ambito del triennio di programmazione 2018-2020 si intende costituire e sperimentare il servizio, individuandone sede e personale ed attuando interventi di sostegno alla genitorialità di tipo preventivo, innovativi per il Distretto.</p>
Destinatari	<p>Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori. Neomamme e famiglie con figli piccoli anche in condizioni di vulnerabilità sociale. Individuazione di criteri di priorità nell'attivazione dell'intervento in relazione all'età dei bambini, alle condizioni della madre, ed ai fattori di rischio (ad es. basso livello socio-economico; età della madre <20 anni o nucleo monoparentale; basso livello di scolarizzazione; mancanza di supporto familiare, stato depressivo materno o depressione post-partum, ecc.).</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - mantenimento e sviluppo dei consultori presenti nei territori periferici e dei servizi da essi offerti; - mantenimento e potenziamento dello spazio Mamma-Bambini di Fiorenzuola d'Arda; - miglioramento, in termini logistici e di attrezzature esistenti, dello Spazio Mamma-Bambini; - estensione PDTA ob.5 (presa in carico integrata dei disturbi emozionali durante la gravidanza e nel primo anno di vita del bambino) oltre il primo anno di vita, sino ai 1000 giorni; -rilevazione annuale dati di prevalenza a 3 e 5 mesi (fonte dati anagrafe vaccinale regionale e bilanci di salute pediatrici con report annuale) e a 11 mesi (bilanci di salute pediatrici); -implementazione di buone pratiche per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e per la diffusione di sani stili di vita; -attività di sensibilizzazione rivolte alla popolazione e coinvolgimento degli educatori dei servizi per l'infanzia (0-3 anni) nelle attività di formazione/informazione per quanto attiene l'allattamento al seno - realizzazione di progetti di promozione della salute nelle scuole("scuole che promuovono salute") , che mirino a sviluppare le competenze trasversali in ambito scolastico, modificare il

	<p>contesto scolastico attraverso l'adozione di regolamenti specifici e la formazione del corpo docente negli istituti di secondo grado e attivazione di percorsi di "Peer Education" . i progetti faranno riferimento ai punti 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 del Piano Regionale della Prevenzione e coinvolgeranno scuole primarie (Carpaneto, Podenzano, Fiorenzuola)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sperimentazione di progetti di Home Visiting quale intervento innovativo di sostegno alla genitorialità fragile ad elevata integrazione socio-sanitaria, mediante attivazione di un punto unico di accesso ed istruttoria di ambito distrettuale (che potrebbe essere individuato all'interno del nuovo Centro per le Famiglie), -formazione degli educatori dei servizi territoriali preposti all'attuazione degli interventi, formazione del personale sociale e sanitario (es. psicologi Ausl tutela minori e altri servizi invianti come il Ser.T., i servizi UONPIA e CSM, assistenti sociali) sul modello di intervento dell'home visiting, sperimentazione dei casi; - collegamento sinergico con i servizi di educativa domiciliare per una miglior presa in carico in situazioni di debolezza strutturale delle competenze genitoriali; - potenziamento degli interventi rivolti alle famiglie straniere nei cicli di vita familiare più fragili per mancanza di reti di supporto; - implementazione di connessioni stabili tra mediatori linguistico-culturali attivi presso l'Ausl e mediatori interculturali attivi nei servizi di valenza distrettuale in progetti finanziati con il FSL; - creazione e sviluppo di un Centro per le Famiglie a livello distrettuale, quale terreno di costruzione e sperimentazioni di interventi a valenza socio-sanitaria integrata per un miglioramento complessivo della rete territoriale; - sviluppo delle sinergie con il progetto Famiglia affianca Famiglia; - ampliamento del lavoro di rete con le istituzioni educative pubbliche e private, con le associazioni attive in ambito minori e disabilità; - interventi di sensibilizzazione e prevenzione sinergici con le iniziative di contrasto alla violenza di genere (scheda 25). - prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie con applicazione di linee di indirizzo e strumenti a valenza regionale per la promozione di sane abitudini alimentari e motorie in gravidanza, presso consultori familiari; - sperimentazione di azioni di supporto alle competenze genitoriali e all'autoconsapevolezza della figura paterna, destinati alle coppie; - sperimentazione interventi di counselling di coppia e di mediazione familiare: - sinergia e complementarietà tra ruolo e funzioni del nascente Centro per le Famiglie con le Case di Salute attive nel territorio.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio; - monitorare situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Ufficio di Piano , Ausl, Privato sociale coinvolto nella gestione dei servizi socio-educativi per le famiglie con figli di 0-3 anni; istituendo Centro per le Famiglie; Pediatria di Comunità, Consultori Familiari, Punti Nascita, NPIA, altri servizi specialistici (es. Ser.T., SIMAP, ...).</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Dott.ssa Lucia Signaroldi Dott.ssa Cristina Molinaroli</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	<p>Parte Ausl: personale consultori e spazio mamma-bambino; psicologi tutela minori, ser.t., simap, npia per formazione/interventi integrati</p>

	Parte Comuni: 1 coordinatore c.famiglie/interventi h.visiting – assistenti sociali servizi minori – educatori interventi domiciliari/territoriali minori (terzo settore) – coordinatori pedagogici e personale nidi
--	---

Totale preventivo 2018: € 32.000,00

- Altri soggetti privati : **32.000,00 €**

Indicatori locali: 3

1°: Accessi/richieste di intervento

Descrizione: Interventi attivati dal Centro per le Famiglie di Levante

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 12

- **Obiettivo 2020:** 18

2°: Formazione e sperimentazione home visiting

Descrizione: Operatori socio-sanitari formati sul modello di intervento dell'home visiting. Interventi attivati.

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 10

- **Obiettivo 2020:** 5

3°: Sperimentazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie

Descrizione:

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** N

scheda 13- APP - Progetto Adolescenza., Promozione e Prevenzione : interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: scheda 24 - CARE- Cura e Accoglienza in RetE : QUALIFICARE LA RETE DEI SERVIZI PER LA RILEVAZIONE, L'ACCOGLIENZA E IL TRATTAMENTO DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E DELLA TUTELA

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Fiorenzuola d'Arda
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;B;

Razionale	<p>L'adolescenza rappresenta un momento di passaggio tra infanzia ed età adulta che si rivela strategico nella definizione dell'equilibrio personale e relazionale dei minori. Quale fase di evoluzione e di cambiamento, è esposta a tutta una serie di possibili rischi, che possono risultare determinanti per la definizione della personalità adulta e per le condizioni di agio o di disagio che la persona si troverà a vivere nel proprio futuro. In un'ottica di prevenzione del disagio e di promozione dell'agio, sia l'ambito istituzionale rappresentato da mondo sociale, scolastico, lavorativo e sanitario che le agenzie educative territoriali appartenenti al privato sociale (cooperative sociali, associazioni di volontariato, enti di formazione, associazioni di promozione sociale ecc.) devono interagire in maniera sinergica per focalizzare energie e attenzioni con l'obiettivo di rendere questa fase di cambiamento il meno traumatica possibile, con la finalità di contribuire fattivamente allo sviluppo di un futuro il più possibile sereno per le generazioni in crescita. Il tema adolescenza si intreccia inoltre con una serie di variabili che possono derivare dalla situazione di svantaggio socioculturale in cui taluni ragazzi già vivono, dal rischio della dispersione scolastica, dalle problematiche culturali afferenti alle seconde generazioni, dalla prevenzione delle dipendenze (non ultima, quella dalla tecnologia e dal mondo dei social, che se da un lato rappresentano una opportunità, dall'altro possono tradursi nell'estraniarsi progressivo dalla realtà e dalle relazioni sociali), dalle situazioni personali di svantaggio derivante da patologie ed handicap di carattere fisico, psichico o relazionale. Occorre inoltre garantire la continuità e la sinergia tra gli interventi di promozione alla salute, prevenzione e cura per le fasce adolescenziali e giovanili, unendo contenuti informativi con interventi formativi attraverso attività di animazione relazionale.</p>
Descrizione	<p>Nell'impianto disegnato dalla Regione, il "Progetto Adolescenza" (approvato con Dgr. 590/13 "Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza - Linee di indirizzo regionali") si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti (con attenzione agli adulti di riferimento ed al passaggio alla maggiore età) e di coordinare, in un percorso integrato dedicato agli adolescenti, le diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali.</p> <p>Attualmente sul territorio di Levante sono attivi i seguenti servizi che si rivolgono al target Adolescenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centri Educativi - Centri di Aggregazione Giovanile

	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto di Contrasto dispersione scolastica (con azioni strutturate di informazione, counselling, orientamento in contesto scolastico secondarie 1° e 2° grado) realizzato dall'Associazione La Ricerca e dall'Associazione Psiky, che hanno coinvolto 10 istituti scolastici del territorio (I.C. Carpaneto-Gropparello; I.C.Podenzano-San Giorgio; I.C.Ponte dell'Olio-Vigolzone; I.C.Caorso-Monticelli; I.C.Cortemaggiore-Castelvetro-Villanova; I.C.Bettola-Farini-Ferriere; I.C.Alseno-Castell'Arquato; I.C.Lugagnano-Morfasso-Vernasca; I.C.Fiorenzuola D'Arda; I.C.Cadeo-Pontenure) - Interventi di educazione alla salute, affettività, sessualità nelle scuole secondarie di secondo grado a cura dei Consultori territoriali ; - Attività del servizio sociale territoriale relativo alle situazioni che necessitano allontanamento dal nucleo familiare di origine con inserimento in strutture comunitarie o in affido ; - Progetto Famiglia Affianca Famiglia per il supporto alla genitorialità attraverso l'ottica del coinvolgimento comunitario e della prossimità; - Attività di valorizzazione tempo extrascolastico (sviluppo autonomia minori disabili-supporto a domicilio e centri estivi) con erogazione di ore di sostegno individualizzato (nell'ambito dei centri estivi o a domicilio) per minori in carico alla NPIA; - Interventi socio-educativi domiciliari (realizzazione di interventi domiciliari in ambito educativo e assistenziale, in chiave di rafforzamento e supporto alle competenze genitoriali per nuclei familiari caratterizzati da situazioni di debolezza, fragilità socio-economica e culturale, tali da evidenziare la necessità fondamentale di un supporto professionale per prevenire l'insorgere di fenomeni di emarginazione che coinvolgano potenzialmente i minori in carico). - Attività di animazione relazionale finalizzate ad intercettare le precoci situazioni a rischio promossa dal SerT di Levante attraverso la Cooperativa L'Arco
<p style="text-align: center;">Destinatari</p>	<p>Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori dei servizi socio-sanitari-educativi-scolastici e del Terzo settore, la comunità di riferimento. Adolescenti e giovani adulti (14-25 anni) per i percorsi di cura di salute mentale.</p>
<p style="text-align: center;">Azioni previste</p>	<p>Il Progetto Adolescenza dovrà articolarsi in una programmazione che attraverso tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, scolastici ed educativi, e operare in collaborazione con il Terzo settore, utilizzando risorse e competenze già disponibili, con la creazione di un coordinamento e monitoraggio di sistema.</p> <p>Per quanto riguarda il territorio di Levante, andranno a confluire nel progetto una serie di interventi destinati alla fascia 11-19 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le attività dei Centri Educativi e del Centri di Aggregazione giovanile diffusi nel territorio distrettuale; - Le attività rivolte alla dispersione scolastica realizzate in collaborazione con gli Istituti scolastici del territorio distrettuale; - Le attività relative all'educazione all'affettività e alla sessualità e alla promozione della salute sessuale e riproduttiva avviate e promosse dai Consultori presenti nel Distretto; - La attività relative alla tutela dei minori portate avanti dai servizi sociali territoriali e sinergiche rispetto all'ambito sanitario e giudiziario; - Le attività relative al Progetto Famiglia Affianca Famiglia; - Le attività riconducibili al Piano Regionale della Prevenzione; - Le attività afferenti alla UONPIA relativamente agli adolescenti in condizione di handicap e/o disagio psichico e ai casi complessi; - La attività di assistenza educativa domiciliare per il supporto congiunto delle potenzialità dei minori e della genitorialità fragile. <p>A questi interventi già avviati, si aggiungeranno una serie di interventi che andranno implementati e sviluppati sinergicamente nel corso del triennio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione studio fattibilità di un Consultorio Giovani distrettuale nel comune di Fiorenzuola D'Arda, con sede e spazi idonei, destinato ai ragazzi tra i 14 e i 20 anni , ad accesso libero e gratuito; - Rilettura dei progetti destinati alla dispersione scolastica, con benchmark di esperienze realizzate altrove e collegamento sinergico dei progetti con le reti dei servizi; - Sperimentazione triennale (a step progressivi) di interventi di educazione tra pari sul tema dell'affettività e della sessualità con la collaborazione degli istituti scolastici secondari di secondo grado (formazione, selezione, intervento sul campo con le classi inferiori);

- Interventi di comunicazione, sensibilizzazione , informazione con il coinvolgimento del mondo dell'associazionismo, del volontariato e negli spazi e luoghi direttamente frequentati dai ragazzi.
 - Interventi di sostegno agli adulti di riferimento (genitori, insegnanti ecc) anche in collaborazione con i Centri per le Famiglie e agenzie educative territoriali pubbliche e private
 - Valorizzazione e riconoscimento di eventuali sperimentazioni innovative proposte dai territori, per la raccolta di buone prassi e la loro messa a sistema a livello distrettuale
 - attuazione del Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 per quanto attiene agli adolescenti
 - Realizzazione e applicazione del protocollo sottoscritto tra Servizio tossicodipendenze , Assistenza psicologica di base e Servizi sociali (U.O. SER.T. di Levante; - U.O. Assistenza Psicologica di Base – Distretto di Levante;- Servizi Sociali Area Tutela Minori dell' Unione Alta Val D'Arda; Unione Bassa Val D'Arda Fiume Po; Unione Valnure-Valchero per i Comuni di Carpaneto-Gropparello e Servizio Sociale Associato Tutela Minori Comuni di Fiorenzuola-Pontenure-Cadeo-Aseno) per la presa in carico integrata di situazioni complesse in cui sono presenti minori che richiedano interventi di tutela.
- Per quanto riguarda le attività condotte dai Consulenti, in particolare:
- Conoscenza e valutazione delle "culture" sulla Sessualità/Affettività possedute dai destinatari in considerazione della situazione attuale e del contesto ove si svolge il progetto e in riferimento ai rilievi degli operatori coinvolti, dei dati di servizio, della letteratura scientifica e soprattutto di specifici focus group rivolti ai destinatari
 - Condivisione dell'analisi dei bisogni fra gli operatori territoriali e i destinatari del percorso, per la definizione degli obiettivi progettuali e del cronogramma delle azioni
 - Realizzazione di progetti di promozione della salute nelle scuole("scuole che promuovono salute") , che mirino a sviluppare le competenze trasversali in ambito scolastico, modificare il contesto scolastico attraverso l'adozione di regolamenti specifici e la formazione del corpo docente negli istituti di secondo grado e attivazione di percorsi di "Peer Education" . i progetti faranno riferimento ai punti 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 del Piano Regionale della Prevenzione e coinvolgeranno istituti di primo grado (Pontenure)
 - realizzazione di una rete di Palestre e associazioni sportive che promuovono salute (formalmente riconosciuta dalla Regione) , alcune delle quali possono anche proporre corsi di attività motoria adattata (AFA e EFA) in collaborazione con Enti locali e Ausl. La rete delle associazioni sportive che promuovono salute può essere impiegata, anche, per progetti di promozione della salute riguardanti ragazzi che possono beneficiare dello sport (per esempio è stato proposto per progetti sul bullismo al di fuori dell'ambiente scolastico)
 - Realizzazione di percorsi preventivi condotti da psicologi, ginecologi, educatori, sull'Affettività/Sessualità nei gruppi e/o classi individuati
 - Formazione di gruppi di Peer educators per la realizzazione di progetti finalizzati alla prevenzione di comportamenti rischiosi in ambito sessuale e affettivo rivolti a gruppi di adolescenti, studenti e non studenti
 - Creazione e produzione dei gruppi di adolescenti di: video, strumenti di prevenzione, manifesti ecc., con successiva sperimentazione, diffusione/mostra dei prodotti elaborati
 - presenza d un coordinamento in ambito di CTSS e di un coordinamento distrettuale del "Progetto Adolescenza"
 - Restituzione alle Scuole e alla cittadinanza dei bisogni emersi e degli esiti dei progetti realizzati dagli operatori e dai Peers
 - Contatti con giovani e minorenni che accedono ai servizi ospedalieri (in particolare pronto soccorso) per episodi acuti di intossicazione da alcol e altre sostanze stupefacenti e loro famiglie.
- Per quanto attiene al raccordo con il Ser.T saranno previsti:
- Interventi nelle scuole secondarie di primo grado (con la formula delle micro assemblee) sull'uso corretto dei social e sui rischi dell'uso eccessivo di internet .
 - Interventi animativi-formativi sulla prevenzione di comportamenti dannosi quali il consumo eccessivo di alcol, l'uso di sostanze psicotrope, i rischi legati all'uso del tabacco, la pervasività delle offerte di gioco d'azzardo.
 - Interventi animativi – formativi attuati in prossimità di eventi pubblici (discoteche, sagre locali ..) finalizzati all'aumento della consapevolezza dell'abuso di sostanze psicoattive.
 - Informazione e counseling sulle sostanze legali e non e sui comportamenti sessuali, distribuzione materiale di profilassi utilizzo etilometro attraverso interventi nei luoghi aperti,

	<p>del divertimento, nei circoli, negli istituti scolastici e in tutti quei luoghi che vedono aggregazione giovanile attivando il coinvolgimento dei peer</p> <p>Sempre in ottica preventiva, ulteriore attenzione andrà posta alla prevenzione nel territorio del fenomeno dei NEET, in continua espansione, che rischia di relegare i giovani che ne vengano interessati in una situazione socio-relazionale propedeutica allo sviluppo successivo di fenomeni di marginalità e di esclusione sociale, in sinergia con i servizi preposti all'inserimento lavorativo: in questo senso si favoriranno nel distretto sperimentazioni di servizi di orientamento dedicati, con potenzialità multimediali e approcci di prossimità che non si sovrappongono ai servizi pubblici di ambito lavorativo ma li integrino e li arricchiscano.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Il progetto coinvolge tutti i servizi degli ambiti sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale che si occupano di adolescenti.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ufficio di Piano , Ausl; Privato sociale coinvolto nella gestione dei Centri; Consultorio Giovani – Consultorio Familiare, Scuole secondarie di secondo grado ; Enti di formazione
Referenti dell'intervento	<p>Per i Comuni/Unioni di Comuni: Dott.ssa Lucia Signaroldi</p> <p>Per Scuole che promuovono salute : Giorgio Chiaranda – g.chiaranda@ausl.pc.it; Cristina Sartoric.sartori@ausl.pc.it</p> <p>Per I Consultori::</p> <p>Dr.ssa Cristina Molinaroli – U.O. Consultori Familiari – Az. U.S.L. Piacenza – tel. 0523/317997 – m.molinaroli@ausl.pc.it</p> <p>Dr.ssa Silvia Morelli – Consultorio Giovani – Az. U.S.L. Piacenza – tel. 0523/317966 – s.morelli@ausl.pc.it</p> <p>Per il Sert:</p> <p>Dott. Maurizio Avanzi</p>
Risorse non finanziarie	<p>Parte Comuni/Unioni di Comuni: membri Ufficio di Piano distretto di Levante, personale dei servizi sociali territoriali.</p> <p>Per il privato sociale: personale degli enti gestori di progetti territoriali rivolti agli adolescenti.</p> <p>Parte SerT: Personale formato attualmente impiegato nelle attività di accoglienza: 1 psicologo, 2 educatori professionali.</p> <p>Parte Consultorio: 1 ostetrica, 1 ginecologa, 1 psicologo interni all'Az. U.S.L – 1 Docente referente interno alla scuola –</p>

Totale preventivo 2018: € 258.500,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **117.615,05 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **130.884,95 €**
- Altri fondi regionali : **10.000,00 €**

Indicatori locali: 6

1°: Attività di animazione – formazione

Descrizione: Interventi nelle scuole e nei dopo scuola

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** n. 35 interventi

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

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività se

finanziata

2°: Attività di animazione relazionale

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

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** n. 15 interventi
- **Obiettivo 2019:** Mantenimento attività se finanziata
- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività se finanziata

3°: Peer education

Descrizione:

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Studio fattibilità
- **Obiettivo 2019:** Gruppi
- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività se finanziata

4°: Progetti dei centri educativi ed aggregativi

Descrizione: Numero centri che attivano progetti di prevenzione per adolescenti.

Numero di interventi/progetti di prevenzione dedicati

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** ricognizione progetti attivati
- **Obiettivo 2019:** Sperimentazione di almeno 1 nuovo intervento
- **Obiettivo 2020:** Monitoraggio e verifica esiti

5°: Contrasto dispersione scolastica

Descrizione: Numero scuole che attivano progetti anti-dispersione e numero progetti/interventi

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Ricognizione progetti attivati
- **Obiettivo 2019:** Sperimentazione di almeno 1 nuovo intervento
- **Obiettivo 2020:** Monitoraggio e verifica esiti

6°: Sostegno genitorialità

Descrizione: Numero interventi di sostegno ai genitori con figli adolescenti

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0
- **Obiettivo 2019:** 10
- **Obiettivo 2020:** 10

scheda 14- 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

Riferimento scheda distrettuale: scheda 13- APP - Progetto Adolescenza., Promozione e Prevenzione : interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti

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

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

	<p>malformazioni uterine, criptorchidismo, infiammazioni delle vie seminali, varicocele, alterazioni ormonali;</p> <ul style="list-style-type: none"> • effettuare una consulenza contraccettiva al fornire gli strumenti idonei alla pianificazione familiare consapevole. <p>Tale spazio attualmente è stato identificato all'interno del consultorio familiare di Piazzale Milano, 6 a Piacenza, ad accesso libero (senza impegnativa del medico) tramite appuntamento. Le/gli utenti da ogni sede consultoriale dei distretti periferici sono indirizzati dall'ostetrica (con prenotazione contestuale) all'ambulatorio specifico per richiesta diretta oppure dopo una visita ginecologica dopo una valutazione iniziale, in casi definiti da un protocollo concordato.</p> <p>In questo spazio si offre l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nei seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malattie sessualmente trasmissibili e prevenzione AIDS; • Pianificazione familiare; • Stili di vita e salute riproduttiva; • Preconcezione; • Patologie ginecologiche specifiche (endometriosi, PCOS); • Patologie andrologiche più frequenti in età giovanile; • Problematiche sessuali/relazionali e di coppia; • Infertilità di coppia. <p>I professionisti che costituiscono l'équipe base sono ginecologa/o, psicologa/o e ostetrica/o; l'andrologo garantisce periodicamente la sua presenza per le consulenze maschili. E' prevista la possibilità dell'invio diretto a professionisti dedicati quali dermatologo, infettivologo, urologo e al secondo livello diagnostico in casi specifici.</p>
Destinatari	Giovani di età compresa tra 20 e 34 anni
Azioni previste	<p>-Studio di fattibilità relativamente alla creazione di uno spazio Giovani Adulti c/o il consultorio di Fiorenzuola</p> <p>-Organizzare interventi informativi rivolti alla popolazione generale per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità, della prevenzione della sterilità e la pubblicizzazione del servizio.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda USL/Centro per le famiglie /Centri di aggregazione giovanile/Terzo settore
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Molinaroli Maria Cristina
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 4

1°: . realizzazione di almeno

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

Descrizione: evento formativo sul tema

infertilità, MST, endometriosi in integrazione con i professionisti del dipartimento materno-infantile rivolto

ai medici di medicina generale e agli operatori della casa della salute

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Pianificazione della formazione aziendale sui rischi da MST e sulla diagnosi di endometriosi
- **Obiettivo 2019:** Svolgimento della formazione
- **Obiettivo 2020:** -

2°: progettazione di una campagna informativa per la cittadinanza sulla tutela della fertilità maschile e femminile;

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

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Campagna informativa e conferenza stampa per l'apertura dello spazio
- **Obiettivo 2019:** Campagna informativa per la cittadinanza sui temi specifici
- **Obiettivo 2020:** -

3°: apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto;

Descrizione: Istituzione dello spazio Giovani Adulti a Piacenza protocolli clinici per i principali temi trattati con percorsi facilitati per le consulenze specialistiche e per l'accesso ai secondi livelli diagnostico-terapeutici.

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Apertura spazio Giovani Adulti a Piacenza con accesso da tutti i distretti. MONITORAGGIO delle/gli utenti del Distretto che accedono direttamente e indirizzati da ogni sede consultoriale del Distretto
- **Obiettivo 2019:** Consolidamento protocollo concordato e valutazione casi intercettati dalla rete dei servizi
- **Obiettivo 2020:** Valutazione studio fattibilità spazio giovani nel Distretto di LEVANTE o in rete con altri servizi

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

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

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 6003/20694=

29% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 30%
- **Obiettivo 2019:** 32%
- **Obiettivo 2020:** 32%

scheda 15- PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Approvato

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Riferimento scheda distrettuale: scheda 8– SPRINT- STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E RINNOVAMENTO PER IL TERRITORIO A FAVORE DELL'INCLUSIONE SOCIALE E CONTRO LA VULNERABILITÀ

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

Razionale	<p>Il gioco d'azzardo patologico si configura come una delle problematiche sociali più complesse e sommerse, che tuttavia possono innescare conseguenze, in ambito sociale, patrimoniale e familiare di amplissima portata, sia per chi ne è coinvolto direttamente che per i suoi familiari. Si stima che almeno l'1% della popolazione (circa 3000 a livello provinciale) sia affetta da questa dipendenza, con i conseguenti riflessi in sfere dell'esistenza fra loro molto diverse e il potenziale intrecciarsi di tematiche di carattere psicologico (perdita di autostima e del proprio ruolo sociale, menzogna patologica, isolamento), relazionale (rischio della dissoluzione dei legami familiari, insorgere di conflitti familiari gravi e di difficile soluzione), economico (perdita e dissoluzione di interi patrimoni), legale (nomina amministrazioni di sostegno, insorgenza di reati di tipo patrimoniale commessi da chi ne è affetto, conseguenze relative di tipo giudiziario e risarcitorio) . La percezione sociale della gravità del fenomeno è ridotta e sicuramente sottostimata , stante la tendenza del giocatore a tener nascosto, anche ai suoi più stretti familiari, il suo problema, che spesso diventa palese solo quando è troppo tardi.</p> <p>A livello territoriale, si assiste ad una disomogeneità sia dal punto di vista delle possibili risposte attivate ed attivabili che dal punto di vista delle risorse messe a disposizione e finora utilizzate, per condurre operatori sociali e sanitari ad un aumento delle proprie competenze in merito, alla ottimizzazione di quanto esistente, allo studio e alla realizzazione in maniera sinergica e partecipata con interlocutori (istituzionali e non) di attività ed interventi significativi sia sul versante della sensibilizzazione che su quelli della prevenzione, della cura e del supporto ai pazienti e ai loro familiari, con particolare attenzione ai fenomeni dell'isolamento e della marginalizzazione oltre che del rischio di ricadute. L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo ha prodotto un aumento del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza. Occorre programmare ed attuare sia azioni di informazione sia di formazione sui rischi potenziali sia interventi di cura per giocatori e familiari</p>
Descrizione	<p>Nel 2016 i cittadini residenti in Emilia Romagna hanno speso in gioco d'azzardo 6.234 i milioni di euro, limitandosi solo ai punti venditi fisici, senza considerare le spese in questo ambito realizzate online, in crescita costante nel corso del tempo (con un incremento di circa il 5% rispetto al 2015). Si contano in regione quasi 1.400 persone seguite dai servizi per dipendenza patologica da gioco d'azzardo, in netto incremento rispetto alle 512 persone in cura nel 2010 per le stesse patologie. A livello nazionale, il fatturato del gioco d'azzardo (102 milioni di euro) si avvicina al totale della spesa per la sanità pubblica (108 milioni di euro). A Piacenza sono presenti 17 sale slot, contro le 6 presenti in tutta Parigi. L'Emilia Romagna ha varato il Piano d'azione regionale triennale contro la ludopatia, approvato dalla Giunta, dopo il via libera ottenuto dall'Osservatorio nazionale per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo. Il Piano Territoriale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico definisce una serie di interventi attuabili in sinergia con gli altri Distretti della provincia di Piacenza in</p>

	<p>attuazione del Piano Regionale. La sinergia di rete, sia fra istituzioni (enti locali, servizi sociali e servizi sanitari) che con il coinvolgimento del privato sociale e del mondo della società civile e dell'associazionismo risulta determinante per la realizzazione delle azioni previste, anche in termini di incremento della piena consapevolezza sulla portata del fenomeno, per lo più sconosciuto al grande pubblico e ampiamente sommerso, benché si stimi che circa l'1% della popolazione sia affetta da dipendenza da gioco d'azzardo patologico. Il SerT di Levante garantisce una presa in carico del giocatore e dei familiari a livello aziendale. In collaborazione con la Associazione "La Ricerca" Ce.I.S. di Piacenza e con la Cooperativa L'Arco di Piacenza organizza e gestisce corsi di prevenzione negli istituti scolastici superiori e formazione agli operatori dei Servizi Sociali.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Cittadini, studenti ed insegnanti, personale sanitario, sociale, educativo e delle Associazioni, Giocatori con dipendenza da azzardo e loro familiari, esercenti di locali con gioco d'azzardo; amministratori degli enti pubblici; operatori sociali ed educatori, operatori sanitari, operatori economici, anche del settore gioco d'azzardo (con valorizzazione del marchio SLOT FREE ER), di volontari e cittadini impegnati a favore della comunità, gruppi aperti a cittadini in difficoltà, misti; Operatori del settore con "malattia professionale"</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>In coerenza e in attuazione della DGR 831/2017 (che detta le modalità attuative rispetto ai divieti di offerta di gioco a meno di 500 metri dai luoghi sensibili) e del Piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo, si intende dar vista alle seguenti azioni di carattere locale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione degli interventi nel territorio per raggiungere una omogeneità di risposta al bisogno e di sensibilizzazione dei cittadini in stretta connessione con il programma aziendale GAP del Dipartimento Salute Mentale di Piacenza; - Realizzazione di una ricerca-azione sul gioco d'azzardo, i suoi effetti e le azioni che le comunità possono intraprendere per supportare i propri membri che affrontano le difficoltà legate al gioco d'azzardo problematico o alla dipendenza e per avviare progetti di comunicazione pubblica attraverso i seguenti step: <ol style="list-style-type: none"> a) attivazione di gruppi di incontro e di dibattito per favorire il confronto e l'approfondimento degli aspetti peculiari del gioco d'azzardo problematico, momenti che porteranno alla costituzione di un tavolo di rete a livello locale; b) creazione e realizzazione di un percorso sulla comunicazione e sulla diffusione sul territorio di messaggi sul gioco d'azzardo, finalizzato alla progettazione di azioni comunicative e di supporto che coinvolgeranno i familiari e la comunità, c) sviluppo delle competenze operative e abilità progettuali per utilizzare i media digitali e i social network nella costruzione di campagne di informazione e di prevenzione sull'azzardo che siano efficaci, sostenibili e disseminabili sul territorio d) promozione di eventi pubblici distrettuali oppure provinciali realmente partecipati, per promuovere la maturazione della comunità e della consapevolezza dei cittadini rispetto al tema. <p>La "ricerca-intervento" consentirà di interessare e coinvolgere le diverse componenti della comunità locale (amministratori, operatori socio – sanitari, operatori economici anche legati alle attività dell'azzardo e cittadini) per costruire un tavolo per ogni distretto finalizzato a progettare e coordinare azioni comunicative e di supporto per favorire la consapevolezza rispetto ai rischi dell'azzardo. Un esperto di media-education aiuterà i partecipanti dei tre tavoli a realizzare progetti di comunicazione pubblica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione di operatori sul tema del gioco d'azzardo patologico con il coinvolgimento di esperti italiani e stranieri e supervisione in itinere post-formazione; - Contrasto al sovra-indebitamento: Attivazione di un gruppo di lavoro specialistico tra operatori ed esperti finalizzato a consigliare e supportare le scelte finanziarie dei pazienti del servizio: comprendere come ripianare i debiti è spesso centrale per permettere l'inizio di un vero percorso di terapia e astensione dal gioco d'azzardo, con il coinvolgimento di risorse professionali e volontarie; - Giocatori e Familiari: attività ambulatoriale nelle sedi Ser.T. di Cortemaggiore e Piacenza. La diffusione del fenomeno e l'incremento della attività preventiva e di aumento di consapevolezza auspicata provocherà un ulteriore (rispetto al già elevato trend osservato negli ultimi anni) incremento di richiesta di aiuto. Si intendono pertanto potenziare le funzioni cliniche e di accoglienza e trattamento nei tre punti di erogazione ambulatoriale (Piacenza, Cortemaggiore e Borgonovo) presso gli attuali ambulatori Ser.T. con un potenziamento delle competenze psicologiche ed educative dedicate.

	<p>Realizzazione di attività di sostegno ai familiari dei pazienti , nella consapevolezza dell’impatto devastante che il gioco d’azzardo patologico ha sia sui legami familiari che sul patrimonio familiare :</p> <p>a) implementazione di punti di ascolto territoriali per i familiari dei giocatori problematici e patologici che non ammettono di avere un problema e che non accettano la terapia, che siano l’esito di una progettazione partecipata a cui contribuiranno gli operatori sociali, socio-sanitari ed educativi, le istituzioni pubbliche e private, i volontari e i cittadini</p> <p>b) promozione di una rete territoriale che coinvolga operatori dei servizi sociali, dei servizi sanitari, associazioni e privato sociale, oltre alle Case della Salute (in prima battuta, Carpaneto, Cortemaggiore, Bettola) per la realizzazione di iniziative e risposte coordinate;</p> <p>- Attività di sostegno ai familiari: completa l’intervento clinico e lo precede nel caso in cui il giocatore non intenda, al momento, rivolgersi ad interventi di cura. La consapevolezza che la maggior parte dei giocatori non si rivolge alle strutture dedicate se non dopo ripetute esperienze di perdite economiche, espone i familiari a sofferenze economiche e morali. La necessità di organizzare punto di ascolto e gruppi di sostegno diventa quindi fondamentale sia supportare gli operatori sociale e costruire con loro una “rete integrata” per raccogliere e canalizzare i giocatori problematici e patologici, sia per supportare i familiari. Il percorso si articolerà in cinque step (dal riconoscimento dell’impatto dell’azzardo nel nucleo familiare alla ricerca degli aiuti e dei supporti necessari a ritrovare il benessere familiare) e vedrà una figura di coordinamento degli interventi per garantirne la continuità e la formazione.</p> <p>Promozione di gruppi territoriali:</p> <p>a) Cicli di gruppi di counselling per familiari che hanno un parente in cura al Ser.T.;</p> <p>b) Gruppi tematici dedicati a temi quali il denaro e il controllo del denaro, l’inizio del percorso, le ricadute;</p> <p>c) Gruppi dedicati ai familiari giovani, sui quali spesso si ripercuotono pesantemente le conseguenze del gioco patologico, compromettendone i progetti di vita;</p> <p>d) Gruppi di pacificazione familiare utili ad accompagnare i familiari e giocatori d’azzardo al termine del percorso terapeutico.</p> <p>- Interventi nelle scuole: realizzazione di una ricerca intervento basata sulla collaborazione fra l’associazione “AND” (Azzardo e Nuove Dipendenze) e il Centre du jeu excessif della Università di Losanna in 50 classi delle scuole superiori piacentine. I questionari che sostengono e attivano l’intervento sono frutto di una collaborazione con l’Università di Firenze, l’Università di Losanna e gli esperti della associazione AND. Si tratta del primo strumento basato sulla letteratura scientifica del settore specifico, finalizzato a focalizzare contesto di vita e abitudini dei ragazzi, a sensibilizzarli e suggerire idee su come aiutare chi è in difficoltà per il gioco d’azzardo, con il coinvolgimento delle dirigenze scolastiche e degli insegnanti.</p> <p>-Operatori del settore: intervento specifico per chi tra gli operatori del settore diventa dipendente, contraendo una sorta di “malattia professionale” legata all’intensità di esposizione al gioco d’azzardo legale. Ovviamente oltre allo specifico locale previsto si attuerà una piena adesione alla programmazione regionale prevista negli atti attuativi del PSSR 2017/19</p> <p>- Distribuzione e diffusione a livello distrettuale dell’opuscolo informativo “Il banco vince sempre”</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Il Distretto sanitario-Zona sociale è il luogo privilegiato per la programmazione territoriale. Negli ultimi anni sono state avviate numerose attività a livello locale, con il contributo di tavoli cui partecipano tutti i portatori di interessi (Istituzioni ma anche terzo settore, società civile, gruppi di autoaiuto ecc..). Il Piano regionale e quello territoriale saranno realizzati con il coinvolgimento del Comitato di Distretto, dell’Ausl, dei servizi sociali dei Comuni/Unioni.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>ASL di Piacenza, Uffici di Piano , associazioni e cooperative</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Dott. Maurizio Avanzi</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	<p>Personale formato attualmente impiegato nelle ore previste per l’ambulatorio: 1 dirigente medico, 1 psicologo, 4 educatori professionali.</p>

Totale preventivo 2018: € 60.140,16

- Programma gioco d'azzardo patologico: 60.140,16 €

Indicatori locali: 5

1°: Obiettivo

1/a

Descrizione: Ricerca-
intervento e tavoli di coordinamento

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** attivazione

di un tavolo per ogni distretto

- **Obiettivo 2019:** Mantenimento

attività

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento

attività

2°: Obiettivo

1/b

Descrizione: Interventi
in contrasto al sovra indebitamento

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Attivazione

di un gruppo di consulenza provinciale

- **Obiettivo 2019:** Mantenimento

attività

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento

attività

3°: Obiettivo

1/d

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

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Attivazione

centro di ascolto e di un gruppo familiari

- **Obiettivo 2019:** Mantenimento

centro di ascolto e gruppo familiari. Proposta di due gruppi tematici
semiresidenziali / anno

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento

centro di ascolto e gruppo familiari. Proposta di due gruppi tematici
semiresidenziali / anno

4°: Obiettivo

2/a

Descrizione: Ricerca

intervento negli istituti superiori di Piacenza

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Interventi
puntiformi a richiesta - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Attivazione

intervento in almeno 5 classi

- **Obiettivo 2019:** Implementazione

attività in 15 classi

- **Obiettivo 2020:** Implementazione

attività in 25 classi

5°: Obiettivo 4/ a

Descrizione: Potenziamento sistema
curante in atto:

.

Attività clinica di intervento sui giocatori problematici e
patologici e i loro familiari

Interventi su operatori del
settore

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Attività
ambulatoriale attivata da prima del 2016

attività in atto:

Educatori 20 ore /mensili;

Psicologo 8 ore mensili - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Incremento:

12 ore settimanali figure educative;

40 ore settimanali figure psicologiche

- **Obiettivo 2019:** Mantenimento attività

- **Obiettivo 2020:** Mantenimento attività

scheda 16- INVECCHIAMENTO ATTIVO, TUTELA DEGLI ANZIANI FRAGILI E INNOVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI AGLI ANZIANI

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: scheda1-CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D’INIZIATIVA

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	Comune di Fiorenzuola d’Arda
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;C;D;E;

Razionale	<p>Le politiche a sostegno della terza e quarta età risultano fondamentali, vista l’alta percentuale della popolazione ultrasessantacinquenne e ultrasettantacinquenne in rapporto al resto della cittadinanza in età attiva, per la promozione di una qualità di vita che sia all’altezza della quantità di vita e per garantire alle fasce più anziane della popolazione tutela e assistenza adeguate. Da questo punto di vista gli interventi in quest’area si suddividono in due ampie categorie, tra loro connesse:</p> <p>1) gli interventi a supporto dell’invecchiamento attivo, che mirano a procrastinare l’incombere dei problemi assistenziali legati all’avanzare dell’età, intervenendo sulla prevenzione dell’invalidità e della malattia, sull’integrazione sociale e sull’adozione di stili di vita corretti;</p> <p>2) gli interventi assistenziali, distinti in interventi domiciliari e interventi in strutture extradomiliari, per i quali risultano fondamentali sia il rispetto di standard qualitativi idonei sia la formazione e il sostegno dei caregivers e degli operatori coinvolti sia l’integrazione sociosanitaria e multi professionale per poter fornire una risposta adeguata e tutelante.</p> <p>L’area dell’invecchiamento attivo necessita dell’attivazione e del coinvolgimento di un’ampia gamma di interlocutori territoriali, che vanno dal volontariato e associazionismo di promozione sociale, attraverso la valorizzazione e la messa a sistema dei loro interventi, al nuovo ruolo che può essere svolto dalle Case della Salute in ambito prevenzione, al coordinarsi con progetti già avviati nei territori più isolati del Distretto. In questo senso, particolarmente importante può essere l’esperienza dei gruppi di cammino. Il moto migliora le capacità cognitive. Combatte malattie cardiovascolari, infezioni, tumori, aiuta a prevenire le malattie collegate al diabete, riduce ansia stress e depressione, aumenta la consapevolezza del proprio corpo e dell’ambiente circostante e favorisce le relazioni nei contesti. In Italia il 30% degli adulti tra i 18 e 69 anni svolge, nella vita quotidiana, meno attività fisica di quanto raccomandato e può essere definito sedentario. Promuovere la cultura dell’attività fisica e l’adozione di stili di vita sani è infatti uno degli obiettivi dell’Organizzazione Mondiale della Sanità che punta, entro il 2025, a ridurre del 10% l’insufficiente attività fisica. L’inattività è infatti considerata come il quarto fattore di rischio più importante per la mortalità a livello globale, con un impatto negativo sulla sanità più alto di quanto si potrebbe pensare. Inoltre l’attività fisica migliora il decadimento cognitivo, la salute mentale e le relazioni sociali. Si è infatti visto che il sostegno reciproco in situazioni ludico/sportive tra i membri che vi partecipano porta effetti benefici sulla salute mentale, contrasta l’isolamento e migliora la qualità di vita. Uno degli obiettivi del prossimo triennio sarà quello di promuovere l’esercizio fisico come strumento preventivo e terapeutico; non</p>
------------------	---

	<p>solo rispetto all'insorgenza di patologie, ma anche come occasione di socializzazione e di contrasto all'isolamento, in una logica di benessere bio-psico-sociale.</p> <p>L'area della non autosufficienza, attraverso l'impiego del FRNA (L.R. 27/2004 , Dgr 509/07, Dgr 1206/07 e smi) , integrato dall'FNA, ha sviluppato e consolidato nel tempo una serie di servizi volti a garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarità, l'equità di accesso ai cittadini, l'equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi, affiancandosi in maniera complementare con le procedure di accreditamento regionale delle strutture diurne e residenziali: occorre continuare nello sviluppo e nell'innovazione della rete dei servizi esistenti, per poter rispondere ai bisogni segnalati da anziani e famiglie in un momento, quale quello della perdita di autosufficienza, estremamente delicato sia per chi la subisce che per il suo nucleo familiare, che spesso vive situazioni di difficoltà di conciliazione tra le esigenze di cura e il resto degli impegni familiari e lavorativi. Una assistenza di qualità ed una rete efficiente può garantire che le famiglie non vengano lasciate sole nella gestione delle emergenze e della quotidianità, che gli operatori non si imbattano in episodi di burn out, che vi sia continuità tra ospedale e territorio con particolare rilevanza e attenzione data al momento delle dimissioni protette. Un target di particolare attenzione è quello dei caregivers: l'aiuto prestato dal caregiver familiare, in base al bisogno della persona assistita, può avere diverse declinazioni. In particolare, il caregiver familiare si prende cura della persona e del suo ambiente domestico, la supporta nella vita di relazione, concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative, si rapporta con gli operatori dei servizi. Tuttavia il caregiver familiare, risorsa essenziale nel percorso di cura della persona non autosufficiente è al contempo soggetto portatore di propri bisogni specifici. Occorre pertanto individuare e realizzare percorsi formativi che abbiano obiettivo principale quello di facilitare, attraverso interventi di informazione ed educazione, l'attività di cura del caregiver.</p> <p>Gli obiettivi saranno pertanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Contrastare il crescente fenomeno di vulnerabilità sociale degli anziani garantendo tempestivamente risposte integrate ai bisogni attraverso una cultura diffusa di solidarietà e il coordinamento delle politiche e degli interventi -pianificare e realizzare interventi interprofessionali integrati con il concorso del volontariato e del privato sociale di presa in carico dei soggetti anziani fragili e vulnerabili a rischio di marginalità e accompagnare alla fruizione appropriata delle opportunità di aiuto (misure di sostegno al reddito, agevolazioni abitative, fornitura di generi primari) -Promuovere una cultura della salute favorendo la rete integrate Ospedale -Territorio e la continuità e l'appropriatezza della presa in carico sanitaria e socio assistenziale -Garantire all'utenza soggetta a processi invalidanti irreversibili una risposta personalizzata al bisogno in termini multidimensionali e interprofessionali anche tramite la rete residenziale di servizi socio-sanitari -Potenziare i processi di autonomia nel proprio domicilio per i cittadini non autosufficienti -Sostenere i caregivers famigliari nella gestione del carico psico-affettivo, relazionale, economico assistenziale conseguente alla gestione a domicilio del congiunto anche attraverso una qualificata rotazione delle figure di cura a domicilio e la definizione /realizzazione di di progetti transitori e reversibili di residenzialità e semiresidenzialità in continuità con il progetto di vita -Sperimentare forme integrate di formazione , di progettazione, organizzazione di servizi e pianificazione e realizzazione di interventi interprofessionali volti a supportare i caregivers nella gestione dell'attività di aiuto e nelle sue conseguenze (valorizzazione associazionismo qualificato e gruppi di mutuo aiuto)
<p>Descrizione</p>	<p>Per quanto riguarda la realizzazione a livello locale del Piano Regionale della Prevenzione per quanto attiene all'ambito anziani, nel Distretto di Levante si è dato vita alla promozione, tramite le Case della Salute di gruppi di cammino (7 già attivi) con 2 volontari a turno . Il progetto intende realizzare interventi di promozione dell'attività fisica/motoria non agonistica rivolti al miglioramento della qualità della vita e quindi del benessere personale e sociale in una logica di benessere complessivo della persona individuando come luogo privilegiato i contesti di vita già noti, anche strutturando le iniziative spontanee e favorire come punti di riferimento, per la co- progettazione di comunità delle iniziative, le Case della Salute, in sinergia tra operatori sanitari e sociali dei territori di riferimento, prendendo a modello il processo di programmazione locale partecipata in corso nella CDS di Carpaneto. Ai gruppi di cammino, potranno partecipare anche adulti in età compresa tra i 18 e 65 anni di età in condizione di fragilità personale e sociale afferenti ai servizi di salute mentale e disabilità, in una ottica di integrazione sociale.</p> <p>A gennaio 2018 sono stati attivati 7 ambulatori infermieristici della cronicità che hanno iniziato la presa in carico dei pazienti diabetici secondo il modello della medicina d'iniziativa</p>

attraverso interventi di chiamata attiva dei pazienti in integrazione con i MMG ed offrendo alle persone gli interventi diagnostici, di valutazione ed educazione aggregati in un unico accesso al fine di rendere più semplice e fruibile il percorso da parte degli assistiti e dei loro familiari

E' prevista l'attivazione, presso la CdS di Cortemaggiore ed entro il mese di luglio 2018, dell'ambulatorio di prevenzione delle cadute previsto dal PRP Programma 3.8 e gestito dai fisioterapisti afferenti all'UO GTNA e la progressiva estensione a tutte le CdS dell'ambulatorio infermieristico che effettua attività sanitaria programmata.

Il percorso di presa in carico per quanto attiene gli anziani non autosufficienti o bisognosi di SAD, prende le mosse con una prima valutazione da parte dei servizi sociali del Comune di residenza che dopo un'analisi dei bisogni e delle necessità ipotizzano un percorso di aiuto, concordato con l'utente e la sua famiglia.

Quindi la richiesta viene inviata al Sia distrettuale, relativamente ai casi che necessitano di inserimento in struttura diurna o residenziale, continuativa o temporanea, o ai casi che necessitano di assistenza domiciliare. Le modalità di accesso a questi servizi sono definite e dettagliate all'interno dei contratti di servizio con i gestori accreditati.

In ordine all'assistenza domiciliare, il soggetto gestore deve assicurare l'attuazione delle modalità di collaborazione ed integrazione con le AUSL (in particolare gli accordi e protocolli con l'Ausl riguardo alla modalità di relazione e collaborazione con il Dipartimento di cure primarie ed i Medici di medicina generale su base distrettuale), favorendo una organizzazione del servizio di assistenza domiciliare con sub articolazione operativa coincidente con gli ambiti di intervento dei Nuclei di cure primarie, sulla base di quanto concordato tra Comuni ed AUSL. Il soggetto gestore SAD ACCREDITATO documenta, attraverso un accordo condiviso, la collaborazione con i soggetti istituzionali competenti per assicurare la tempestiva, appropriata e personalizzata fruizione dell'assistenza protesica (di cui al D.M. 332/99 e succ. mod. e int.), favorendo il benessere complessivo delle persone e dei loro caregiver. Il soggetto gestore concorre all'individuazione dei bisogni manutentivi degli ausili specifici in dotazione all'utente e supporta l'utente stesso ed i familiari nell'attivazione dei relativi interventi da parte dei soggetti tenuti ad assicurare la manutenzione.

Nell'anno 2017 le equipe infermieristica e riabilitativa afferenti al territorio del Distretto di Levante hanno effettuato:

31214 accessi infermieristici a domicilio degli utenti
 2071 pazienti prese in carico complessivamente
 1804 accessi riabilitativi domiciliari
 605 pazienti presi in carico per trattamento riabilitativo domiciliare
 42 percorsi di educazione al caregiver sui temi di prevenzione gestione della stipsi, delle lesioni da pressione, prevenzione delle cadute e assistenza al paziente con deterioramento cognitivo complessivamente

Il Coordinatore referente per le strutture socio sanitarie ha effettuato attività di monitoraggio ed affiancamento semestrale in tutte le strutture socio sanitarie accreditate per anziani e per disabili con posti contrattualizzati.

Inoltre, il Coordinatore per le Strutture e gli infermieri domiciliari hanno effettuato 743 valutazioni UVM di 1° e 2° livello.

Le valutazioni per Dimissione protetta effettuate dall'equipe per le Dimissioni Protette, composta da Infermiere e Assistente Sociale, dei tre distretti sono state complessivamente 3238 (ad oggi non è possibile estrarre il dato per distretto in quanto i cittadini residenti nel Distretto di Levante afferiscono in caso di acuzie a tutti i PO dell'Azienda).

Presso gli ambulatori Infermieristici che effettuano attività sanitaria programmata, attualmente presenti presso le CdS di Podenzano, Cortemaggiore e Bettola, nell'anno 2017 i cittadini del distretto di levante hanno effettuato 1219 accessi.

A livello distrettuale i dati di attività al 31.12.2017 Area Anziani evidenziano:

- n. 445 ricoverati in CRA di cui 316 nuovi ingressi (191ricoveri temporanei da dimissioni protette e da domicilio e 125 ricoveri definitivi), in linea con l'anno precedente
- n.85 ingressi in ricoveri temporanei di sollievo, in incremento di 14 unità rispetto al 2016
- n.5 utenti inseriti in Progetti individualizzati (punto 5 DGR 1378/99) nel corso del 2017 di cui 1 concluso
- n.144 utenti (di cui 55 nuovi ingressi) in turnover nei CDA su 89 posti accreditati, in diminuzione rispetto al 2016 (nel quale gli utenti erano stati 162)
- n.483 utenti SAD di cui 175 nuovi ingressi su 131 cessati (con incremento nuovi ingressi rispetto al 2016)
- 181 assegni di cura attivi nell'anno 2017 (di cui 38 A, 130 B, 13 C, 7 Plus), in aumento rispetto all'annualità precedente (158 al 31.12.2016)

Nel Distretto risultano presenti le seguenti strutture:

- Case Residenza Anziani accreditate:

	<ul style="list-style-type: none"> . Alta Valnure di Farini . Archieri Moruzzi Boriani Rapuzzi (A.M.B.R.) di Monticelli d'Ongina . Balderacchi di Ponte dell'Olio . Breviglieri di Carpaneto . Biazzi di Castelvetro P.no . Ceresa di San Giorgio P.no . La Madonnina di Caorso . Perini di Cortemaggiore . RSA di Monticelli d'Ongina . Verani di Fiorenzuola . Vassalli di Castell'Arquato . Cra di Vernasca -Centri Diurni Anziani accreditati : . Breviglieri di Carpaneto . Biazzi di Castelvetro P.no . Cadeo . Fiorenzuola . Lugagnano . Diurno specialistico demenze Verani di Fiorenzuola <p>Per quanto riguarda Il Centro Diurno Dedicato (CDD) del Verani, prevede 20 posti per ospiti affetti da demenza con disturbi del comportamento. Si tratta di un servizio che permette alle famiglie di disporre di diverse ore in orario diurno in cui dedicarsi alla propria attività lavorativa o al recupero delle energie psico-fisiche spese nell'assistenza di tali pazienti. La finalità primaria del CDD è contenere i disturbi del comportamento del paziente e mantenere le abilità residue personali, evitando il peggioramento delle performance. Il CDD fornisce consulenze psicologiche e formazione, sia rivolte al personale, sia ai famigliari o caregiver delle persone ospiti. I familiari coinvolti in incontri di gruppo sono 12.</p>
Destinatari	Tutta la popolazione anziana e le loro famiglie.
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione a livello locale del Piano Regionale Prevenzione 2015-2018 con riferimento alle azioni di empowerment dei cittadini, educazione su stili di vita salutari, esercizio fisico, alimentazione. -Raccordo con le attività e gli interventi svolti dalle Case della Salute nel territorio distrettuale con particolare riferimento alle aree integrate di intervento "prevenzione e promozione della salute" e "prevenzione e presa in carico della cronicità". - Promozione della creazione a livello di Unione/Comune di gruppi anziani per iniziative di invecchiamento attivo, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> a) promozione gruppi di cammino con volontari per passeggiate periodiche (con funzione di promozione rete sociale, senso appartenenza a comunità, tutela e conoscenza del territorio); b) promozione palestre per la salute e palestre per attività motoria adattata c) realizzazione di attività di prevenzione anticaduta, declinabili in maniera diversa a seconda delle difficoltà delle persone -Raccordo con i progetti Montagna Solidale, Anziani Protagonisti, con il potenziamento delle UOM nei comuni di Ferriere e Morfasso, - Valorizzazione e coinvolgimento del privato sociale (associazionismo, volontariato, nuove cooperative di comunità nelle zone montane del distretto). -Attivazione servizi di prossimità, quali portierato sociale, custode sociale, interventi animazione sociale e socializzazione rivolti all'utenza anziana fragile all'interno di contesti protetti e tramite operatori qualificati, e finalizzati alla promozione e riattivazione delle capacità residue e alla rivitalizzazione di legami sociali, con particolare attenzione alle persone che versano in condizione di solitudine (assenza di reti familiari, carenza o inadeguatezza reti familiari); -Sviluppo e potenziamento di servizi di prossimità esistenti rivolti all'utenza anziana fragile in contesti protetti -Attivazione di sinergie con il privato sociale , il terzo settore e il volontariato per quanto attiene al sostegno alla vulnerabilità degli anziani -Consolidamento e potenziamento della presa in carico attraverso il Servizio Sociale professionale attraverso lo sviluppo di Servizi Domiciliari a sostegno dei Progetti Individualizzati di cura nella accezione della domiciliarità aperta, che diventa il perno della

	<p>rete dei servizi, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.</p> <p>-Costruzione di una la Filiera dell'innovazione sociale sull'ambito domiciliarietà: il supporto al caregiver, l'assistente familiare inserita nella rete dei servizi, l'abbattimento delle barriere architettoniche e la domotica, i contributi economici per il mantenimento a domicilio, i servizi semiresidenziali e di sollievo a supporto, nuove forma di domiciliarietà protetta, garanzia di percorsi di dimissione protetta, programmi di contrasto all'isolamento e costruzione di reti di solidarietà sociale.</p> <p>-Attivazione di percorsi educativi strutturati rivolti ai caregivers dei pazienti presi in carico dall'Assistenza Infermieristica Domiciliare (valutazione del bisogno formativo del caregiver, effettuazione dell'intervento formativo, affiancamento al caregiver nell'attuazione dell'attività,Valutazione dell'acquisizione delle competenze, Supervisione ed eventuali interventi di re training) .</p> <p>-Realizzazione di Incontri periodici di confronto e monitoraggio e verifica delle attività da parte committenza con i gestori delle strutture diurne e residenziali e con i gestori dei servizi di assistenza domiciliare, nell'ambito dei contratti di servizio</p> <p>-Realizzazione di Incontri periodici di confronto e monitoraggio e verifica delle attività da parte della committenza congiunta con i gestori dell'assistenza domiciliare, con particolare riferimento a andamento rette e attività, obblighi gestore,monitoraggio qualità percepita da utenza e famigliari e carta dei servizi, debiti informativi</p> <p>-Promozione corretta alimentazione nelle strutture residenziali (sia per quanto attiene ai menu che per la sensibilizzazione degli anziani ancora autosufficienti)</p> <p>All'interno della nuova rivalutazione del fabbisogno dei posti accreditati nel Distretto di Levante occorre una rideterminazione dei posti accreditati a favore della struttura CRA di Vernasca (10 posti)</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Il Piano di Azione Regionale (PAR) per la popolazione anziana costituisce l'ambito di coordinamento delle politiche e degli interventi intersettoriali per la popolazione anziana e deve assicurare il monitoraggio dell'attuazione degli interventi e le azioni realizzate in modo da consentire la valutazione sull'efficacia del percorso e la coerenza degli obiettivi.</p> <p>Sono essenziali i seguenti punti :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Integrazione dei servizi sociali, sanitari, abitativi. -Riorganizzazione delle cure intermedie e degli ospedali di comunità nel distretto. - Centralità del distretto.
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Per ambito Non Autosufficienza: Ufficio di Piano, Ausl, cooperazione, volontariato, gestori accreditati, assistenti sociali.</p> <p>Per Ambito Invecchiamento attivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • AUSL: U.O. Epidemiologia e Promozione della salute - U.O. Medicina dello sport e Promozione dell'attività fisica • Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche; • Dipartimento Cure Primarie, UU.OO. specialistiche (Cardiologia, Diabetologia; Neurologia; medicina fisica e riabilitazione, e altre seguendo i percorsi che saranno via via attivati)
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Per ambito Non Autosufficienza: Dott.ssa Sabina Dordoni ; Dott.ssa Giovanna Dolcini</p> <p>Per ambito Invecchiamento attivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dott.Giorgio Chiaranda, U.O. Epidemiologia e promozione della salute, Responsabile medicina dello sport e attività fisica -Elisabetta Ghigini, Coordinatore Psichiatria di Collegamento referente Progetto Benessere -Vanghi Paola per progetto OTAGO Referente Organizzativo CDS Cortemaggiore
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € 8.325.518,25

- FRNA: 7.577.048,72 €
- FNNA: 748.469,53 €

Indicatori locali: 5

1°: n.

occasioni di attività motoria di libero

Descrizione: Comuni

con occasioni di attività motoria a libero accesso/ totale Comuni del Distretto

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 25%
- **Obiettivo 2019:** 30%
- **Obiettivo 2020:** 30%

2°: Case

della Salute in cui è attivo il progetto OTAGO- programma di prevenzione delle cadute nell'anziano a domicilio e per piccoli gruppi

Descrizione: n. Case

della Salute con progetto attivo

Tipo: Numerico

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

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

3°: N.

Ingressi Centri Diurni Assistenziali

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 55 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 55
- **Obiettivo 2019:** 55
- **Obiettivo 2020:** 55

4°: N.

ricoveri temporanei da dimissioni protette e da domicilio

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 191 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 195
- **Obiettivo 2019:** 200
- **Obiettivo 2020:** 205

5°: N.

ricoveri temporanei di sollievo

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 85 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 90
- **Obiettivo 2019:** 95
- **Obiettivo 2020:** 100

scheda 17- PROMOZIONE DI STRATEGIE CONDIVISE PER LA PREVENZIONE E IL CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI GENERE

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: scheda 24 - CARE- Cura e Accoglienza in RetE : QUALIFICARE LA RETE DEI SERVIZI PER LA RILEVAZIONE, L'ACCOGLIENZA E IL TRATTAMENTO DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E DELLA TUTELA

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	Comune di Piacenza
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	Si intende promuovere, consolidare e potenziare le collaborazioni stabili tra servizi, istituzioni e soggetti del privato sociale per rafforzare la rete dei servizi e renderla sempre più in grado di affrontare, pur nella specificità delle funzioni di ciascuno, il fenomeno della violenza contro le donne, con obiettivi comuni e modalità condivise a livello provinciale, nel quadro del Piano regionale contro la violenza di genere approvato con DAL n. 69/2016.
Descrizione	<p>I Comuni capo distretto, l'Ausl e il Centro Antiviolenza Associazione Città delle Donne – Telefono Rosa sottoscriveranno uno specifico protocollo d'intesa volto a identificare gli impegni di ciascuno, le risorse necessarie e le modalità di collaborazione tra il Centro Antiviolenza e i servizi sociali territoriali, nonché a promuovere le azioni coordinate finalizzate al monitoraggio, alla prevenzione, emersione e contrasto del fenomeno della violenza di genere, alla formazione permanente degli operatori impegnati a vario titolo e con varie professionalità sul tema. A seguito di tale Protocollo, Il Comune di Piacenza, individuato come capofila, stipulerà la nuova convenzione per il sostegno economico, con il concorso di tutti i distretti del territorio provinciale, all'attività del Centro Antiviolenza, comprensivo della Casa Rifugio.</p> <p>A conferma di tale percorso, Ausl, comuni capofila, centro antiviolenza Associazione Città delle Donne – Telefono Rosa, Tavolo provinciale contro la violenza alla donna, CIPM sezione piacenza, parteciperanno fattivamente al percorso di formazione "Accoglienza e assistenza nelle reti dei servizi di emergenza urgenza e nelle reti dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza", finanziato con delibera n. 1890 del 29 /11/2017, con cui la Regione promuove interventi formativi a sostegno dell'implementazioni delle reti locali in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere</p>
Destinatari	Donne vittime di violenza, operatori dei servizi sociali e sanitari
Azioni previste	<p>Sono previste le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rinnovo protocollo di intesa provinciale e coordinata collaborazione al PDTA–S aziendale (vedi scheda 33) per la valorizzazione della rete provinciale, sia dei percorsi di tutela in emergenza che di prevenzione del fenomeno violenza di genere; - Centro Antiviolenza, comprensivo della gestione della Casa Rifugio (per un totale di 17 posti nelle varie articolazioni di ospitalità in emergenza, seconda accoglienza, casa ad indirizzo secretato) e del servizio di reperibilità telefonica

	- Attività di formazione degli operatori sociali, sanitari dell'associazionismo locale e delle forze dell'ordine
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche e interventi contro le discriminazioni Interventi di contrasto alla povertà e inclusione sociale e lavorativa
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Distretti Città di Piacenza, Levante e Ponente, Ausl, Questura, Prefettura, Terzo Settore
Referenti dell'intervento	
Risorse non finanziarie	ASP Città di Piacenza mette a disposizione, a costi calmierati, adeguata struttura per la Casa Rifugio.

Totale preventivo 2018: € 25.251,01

- Centri Antiviolenza: **25.251,01 €**

Indicatori locali: 2

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

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

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

2°: Numero di iniziative formative rivolte agli operatori

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

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

scheda 18 - HEALTH LITERACY NELLE CASE DELLA SALUTE

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: scheda1-CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA

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

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

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

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 8

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

Descrizione: Realizzazione di almeno un evento formativo nell'anno

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

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

Descrizione: N° cumulativo di professionisti sanitari formati/totale sanitari (dipendenti e specialisti convenzionati)

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 32/2705

- **Obiettivo 2019:** 260/2705

- **Obiettivo 2020:** 350/2705

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

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

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 25/210
- **Obiettivo 2019:** 120/210
- **Obiettivo 2020:** 210/210

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

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

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 11/330 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 16/330
- **Obiettivo 2019:** 19/330
- **Obiettivo 2020:** 25/330

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

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

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2/14
- **Obiettivo 2019:** 8/14
- **Obiettivo 2020:** 14/14

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

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

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 90%
- **Obiettivo 2019:** 40%
- **Obiettivo 2020:** 50%

7°: N° eventi formativi aziendali sull'Health Literacy con valutazione di impatto pre- e post- formazione con somministrazione di questionari

Descrizione: N° eventi formativi aziendali sull'Health Literacy con valutazione di impatto pre- e post- formazione realizzati nell'anno

Tipo: Numerico

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

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

- **Obiettivo 2020:** 3

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

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

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 7

scheda 19 - RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA NASCITA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE CURE E AUMENTARE LA SICUREZZA PER I CITTADINI/PER I

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

Riferimento scheda distrettuale: scheda 12- HOPES- Health, Orienting, Planning, Education and Spaces : sostegno alla genitorialità e potenziamento degli interventi nei confronti dei minori (0-10 anni)

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Ausl Piacenza
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;E;

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

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

Risorse non finanziarie

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 3

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

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

Verbali delle riunioni trimestrali

Tipo: Testuale

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

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

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

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

2°: %

parti cesarei nella classe 1 di Robson

Descrizione: % di parti cesarei nella classe 1 di Robson;

N° parti cesarei con travaglio spontaneo NTSV/N°

parti con travaglio spontaneo

Tipo: Testuale

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

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

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

3°: % allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi;

Descrizione: percentuale di bambini allattati in modo completo rilevato durante l'accesso per le vaccinazioni

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: Il tasso di allattamento completo rilevato nel corso delle vaccinazioni obbligatorie è in costante aumento e si colloca al di sopra della media regionale

63% a tre mesi

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

- **Obiettivo 2018:** >dei valori degli anni precedenti
- **Obiettivo 2019:** Da definire
- **Obiettivo 2020:** Da definire

scheda 20– PROMOZIONE DELL'EQUITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Approvato

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

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

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

	<ul style="list-style-type: none"> - continuo monitoraggio e governo della produzione - incremento dell'offerta di prestazioni disponibili a CUP , con ampliamento dell'accesso sia in termini di fasce orarie giornaliere che all'occorrenza delle giornate del sabato / domenica - integrazione della produzione con le Case di Cura Accreditate e con le altre Strutture Private Accreditate - acquisizione di risorse umane a fronte di diverse assenze e posti resisi vacanti a diverso titolo - sviluppo di soluzioni informatiche a supporto della prenotazione: <ul style="list-style-type: none"> o Invio sms di ricordo appuntamenti agli utenti prenotati o Ampliamento dei canali di disdetta appuntamenti (nuovo numero verde aziendale che consente la disdetta on demand h24 e 7/7gg con rilascio di notifica automatica) o Cruscotto Offerta specialistica CUP prestazioni monitorate
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl di Piacenza
Referenti dell'intervento	Dott. Stefano Fugazzi, Responsabile unitario dell'accesso e tempi di attesa, s.fugazzi@ausl.pc.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

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

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

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: <=90 (anno 2015)>=90% (anni 2016/2017) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** <=90

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

scheda 21 – Miglioramento dell’accesso ai percorsi di emergenza urgenza

Approvato

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell’accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

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

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

	<p>assistenza nelle rete dei servizi di emergenza urgenza e nelle rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza”, finanziato con delibera n. 1890 del 29 /11/2017, con cui la Regione promuove interventi formativi a sostegno dell’implementazioni delle reti locali in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere</p>
Destinatari	Tutta la popolazione
Azioni previste	<p>Come si può evincere dal Piano delle Azioni approvato dalla CTSS nel 2018, alla rete dell’emergenza urgenza sono assegnate diverse priorità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ il potenziamento di 2 équipe infermieristiche di pronta partenza per trasporti da ospedale a ospedale ☐ Trasporti interni PS Castel San Giovanni ☐ Potenziamento triage notturno PS Piacenza ☐ PS pediatrico: 1 infermiere durante il weekend per iperafflusso (assenza PLS) - da venerdì notte a domenica notte + 1 oss notte 7gg su 7. ☐ Incremento posti letto a disposizione della Medicina d’Urgenza ☐ Turno notturno auto infermieristica sede PPI Farini 7gg su 7 <p>Ampliamento copertura elisoccorso per trasporti notturni (dipendente da approvazione Programma regionale: entro il 2019 previste 17 nuove aree di atterraggio)</p> <p>Inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valorizzare il ruolo dei Ps nei percorsi aziendali, di gestione della cronicità quali PDTA Diabete e BPCO, ma anche percorsi specialistici, come per esempio con il sert etc..., per cui , nel momento in cui si intercettano pazienti che sono in PS per un problema riconducibile a specifiche patologie , oltre ad assicurare cure urgenti, abbiamo percorsi che ci permettono dimissioni veloci ed appropriate - continuare gli investimenti di questi anni in tema di comunicazione e umanizzazione del percorso del paziente - continuare nell’implementazione collaborazioni con i CCM aziendali e con le associazioni di volontariato presenti in tutti i PS aziendali (esempio GAPS) - aggiornamento PDTA violenza di genere
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Nell’ambito delle Strategie AREE INTERNE appennino Piacentino e Parmense in fase di approvazione definitiva, il RAFFORZAMENTO DELL’EMERGENZA/URGENZA realizza nella parte Piacentina il potenziamento in termini di presenza giornaliera di due UOM (unità operative mobili), attraverso l’assunzione di n. 2 autisti soccorritori dipendenti che si affiancano ai militi volontari nei comuni di Morfasso e Ferriere, rafforzando l’attuale sistema di pronta disponibilità garantito dai volontari di ANPAS, tramite convenzione con AUSL PC.</p> <p>L’intervento si integra con il piano regionale per l’elisoccorso per trasporti notturni che prevede il potenziamento della capacità di risposta all’emergenza-urgenza nelle aree interne, tramite allestimento di nuove aree di atterraggio delle eliambulanza. Le aree di atterraggio sono previste anche nei comuni di Bedonia, Bardi, Bore, Tornolo, Varsi, Pellegrino Parmense, Varano de’ Melegari nell’area parmense, Farini, Ferriere, Morfasso, Vernasca, Ottone, Corte Brugnatella, Zerba, Cerignale nel Piacentino</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl Piacenza
Referenti dell’intervento	Dr. Andrea Magnacavallo – Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)

Descrizione: N.

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

Tema :

violenza di genere

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

scheda 22– L’ICT -TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE - COME STRUMENTO PER UN NUOVO MODELLO DI E-WELFARE

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>Nel contesto del piano sociale e sociosanitario regionale l’ICT (Information and Communications Technology) può aiutare a promuovere, con gli strumenti tecnologici di cui dispone, la partecipazione attiva alla società dell’informazione attraverso la pianificazione e il sostegno di una serie di iniziative fra vari settori.</p> <p>In questo ambito si fa riferimento in particolare ai Servizi di telemedicina nelle aree disagiate della nostra Regione ovvero nelle zone montane, e più specificatamente, secondo la definizione del Ministero della Salute di aree disagiate, nelle aree “ubicate ad una distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di primo livello”.</p>
Descrizione	<p>Il Progetto è finalizzato all’implementazione di Servizi di Telemedicina nelle aree disagiate della Regione Emilia- Romagna. Nelle aree geograficamente meno accessibili, soprattutto a causa delle difficoltà nei collegamenti, l’offerta dei servizi sanitari può risultare non adeguata rispetto alle necessità dei residenti con il conseguente rischio di creare discriminazioni nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza.</p> <p>Il ricorso a strumenti tecnologici avanzati, quali l’Information and Communication Technologies (ICT) appare la soluzione migliore per garantire il diritto alla salute dei cittadini soprattutto in termini di prevenzione, diagnosi e monitoraggio.</p> <p>“I Servizi di Telemedicina nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso della Regione Emilia Romagna” prevedono di erogare tali servizi a pazienti residenti in aree montane e affetti da malattie croniche (diabete, BPCO, scompenso cardiaco), in via prioritaria attraverso le Case della Salute quale luogo privilegiato per la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d’iniziativa e la continuità assistenziale.” L’azione sperimenta particolari percorsi assistenziali, condivisi con i servizi di medicina generale, che prevedono l’impiego di strumenti di monitoraggio a distanza delle principali patologie croniche, prevenzione delle complicanze, gestione domiciliare delle terapie. È realizzata sia nel Distretto Levante della AUSL di Piacenza sia nel Distretto Valli Taro e Ceno della AUSL di Parma.</p> <p>La Giunta Regionale con propria deliberazione n. 648/2015 ha approvato il Progetto dal titolo “Implementazione dei Servizi di Telemedicina nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso della Regione Emilia Romagna” denominato più semplicemente Progetto Regionale di Telemedicina. In estrema sintesi il Progetto regionale prevede l’implementazione dei servizi di telemedicina nelle zone caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso che per la nostra regione coincidono con le aree montane. Nel dettaglio i servizi di telemedicina verranno erogati a favore dei pazienti residenti in aree montane e affetti da malattie croniche quali diabete, BPCO e scompenso cardiaco. I servizi di telemedicina, quali servizi di assistenza sanitaria erogati attraverso l’ICT appaiono la migliore soluzione per garantire alla popolazione che risiede in zone disagiate equità di accesso alle cure, miglioramento della qualità dell’assistenza del paziente e appropriatezza delle prestazioni. L’implementazione dei Servizi di Telemedicina nelle zone disagiate</p>

	<p>permetteranno di muovere le informazioni diagnostiche e i dati sanitari anziché il paziente, migliorandone la qualità di vita. I servizi di telemedicina che verranno implementati nelle aree disagiate saranno finalizzati prevalentemente all'attività di monitoraggio dei parametri vitali e bioindicatori. L'erogazione dei servizi di telemedicina (per diagnosi e prevenzione secondaria) avverrà in via prioritaria per il tramite delle Case della Salute quale luogo privilegiato in cui si realizza la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la continuità assistenziale, e che tali servizi siano erogati a favore di pazienti con patologie croniche, più frequenti nella popolazione anziana e fragile. Nello specifico verranno monitorate le seguenti patologie croniche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabete mellito • Scompenso cardiaco • Broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO <p>L'attuazione del progetto regionali si articola in 4 fasi che sono: Fase I – Individuazione popolazione target (attraverso l'uso della tecnica di analisi denominata "Location Analytics"), Fase II – Identificazione del fabbisogno sanitario (all'identificazione dei bisogni sanitari espressi dalla popolazione target individuata si è provveduto tramite la metodologia statistica dello strumento del Risk-ER, elaborata dalla Regione Emilia- Romagna, che permette di predire nella popolazione adulta (>=18 anni) il rischio di ospedalizzazione per problemi di salute, la cui ospedalizzazione o progressione sono potenzialmente evitabili attraverso cure appropriate a livello territoriale; Fase III – Progettazione e attuazione dei servizi di Telemedicina; Fase IV – Analisi e indicatori.</p>
Destinatari	Cittadini, professionisti delle Case della Salute
Azioni previste	<p>Per completare la Fase I e II del progetto regionale, nel corso dell'anno 2017 l'Azienda USL di Piacenza ha provveduto a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identificare quale CdS partecipante al progetto la Casa della salute di Bettola 2. identificare l'ambulatorio da attrezzare per accogliere la strumentazione e renderlo idoneo a garantire l'implementazione dei servizi di telemedicina verificare la dotazione minima di arredi e attrezzature 3. verificare la connettività di rete identificare almeno un l'infermiere dell'ambulatorio infermieristico della cronicità 4. sui criteri di coinvolgimento degli assistiti in base agli elenchi forniti è stato programmato l'iniziale coinvolgimento dei diabetici e poi a seguire scompensati e affetti da BPCO 5. individuare come ospedale di riferimento a cui inviare i dati diagnostici monitorati nell'ambulatorio della CdS, il "Guglielmo da Saliceto" di Piacenza <p>Per l'attuazione della Fase III – Progettazione e attuazione dei servizi di Telemedicina è stato condiviso dal Gruppo Operativo regionale (istituito con Determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Welfare e Salute n. 16900/2017) e approvato con determinazione n. 5394/2018 il Piano Operativo del Progetto regionale di Telemedicina; lo stesso è stato presentato nel corso dell'incontro con i Referenti Aziendali del progetto del 21 febbraio 2018.</p> <p>La finalità principale di questo Piano Operativo è quella di definire le attività da implementare per l'attuazione del Progetto regionale di Telemedicina e definire ruoli e funzioni di tutti gli attori coinvolti.</p> <p>Nel dettaglio le attività previste sono l'acquisizione dell'infrastruttura tecnologica e dei dispositivi (marzo 2018) da parte dell'Azienda USL di Parma a cui è stato affidato il coordinamento tecnico-amministrativo del progetto e successivamente la dotazione e consegna degli stessi dispositivi (settembre 2018) con sottoscrizione di un contratto di comodato tra l'Ausl di Parma e le Aziende sanitarie partecipanti al progetto.</p> <p>Per ciò che concerne l'implementazione dei servizi e dei percorsi assistenziali, si ribadisce che il setting organizzativo individuato per la presa in carico della fragilità è la Casa della Salute, nello specifico l'equipe della gestione integrata della cronicità (MMG e Infermieri dell'ambulatorio della cronicità).</p> <p>In sintesi, le azioni successive riguarderanno (inizio attività - settembre 2018): L'Individuazione degli assistiti eleggibili; ➤ La formazione/addestramento dei professionisti della Casa della Salute (Infermieri, MMG, altri);</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La redazione o integrazione del PAI degli assistiti coinvolti, in cui tra gli interventi individuati ci sia l'indicazione al telemonitoraggio, teleassistenza e/o telerefertazione condiviso con i pazienti e familiari/caregiver; ➤ La formazione e l'addestramento agli assistiti e familiari/caregiver coinvolti nel progetto; ➤ L'avvio all'utilizzo di tali strumenti; ➤ Il monitoraggio previsto dal PAI e dal presente Piano Operativo. <p>Lo scopo dell'intervento formativo sarà triplice:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. una presa di contatto con le strumentazioni ed i device che verranno utilizzati nel progetto, sulle loro prestazioni e sulle condizioni di utilizzo (profilo tecnico); b. la definizione del disegno organizzativo del progetto e dei ruoli dei diversi attori coinvolti (profilo organizzativo); c. la condivisione degli output attesi e delle ricadute sui percorsi assistenziali agiti nelle Case della Salute (profilo clinico). <p>Spetterà poi alle figure di riferimento di ciascuna Casa della Salute diffondere e consolidare nozioni e procedure con i vari soggetti coinvolti nel progetto (professionisti sanitari, assistiti, caregivers, famigliari, ...).</p> <p>Successivamente a questa fase di formazione avverrà (ottobre 2018) la profilazione e la configurazione della piattaforma con individuazione dei Key user aziendali.</p> <p>La fase IV - Analisi e indicatori che corrisponde sostanzialmente alla fase di monitoraggio sarà implementata a partire dal gennaio 2019 fino alla conclusione del progetto fissata a marzo 2019.</p> <p>Nello specifico il Progetto è finalizzato in via prioritaria alla sperimentazione di un modello organizzativo capace di valorizzare l'apporto della Telemedicina nell'ambito dei servizi sanitari territoriali incentrati sulle Case della Salute; in questa prospettiva l'azione di monitoraggio si centererà non tanto su indicatori di efficacia clinica (poco adeguati in ragione della limitata durata temporale e della limitata numerosità della casistica coinvolta) quanto piuttosto su indicatori capaci di fornire indicazioni utili in merito alla trasferibilità del modello in altri contesti territoriali regionali.</p> <p>La Casa della Salute sperimentatrice di Bettola sarà dotata di appositi strumenti per la raccolta delle informazioni utili al monitoraggio del progetto.</p> <p>Verranno poi somministrati due questionari di gradimento, uno rivolto agli utenti coinvolti nel progetto e l'altro ai professionisti sanitari di riferimento (equipe multidisciplinari). Obiettivo dei questionari sarà cogliere e valorizzare l'esperienza vissuta dai partecipanti al progetto, per cercare di cogliere attraverso il punto di vista qualificato dei due gruppi di protagonisti ulteriori elementi per valutare compiutamente la trasferibilità del progetto (attività di competenza dell'Azienda USL di Piacenza).</p> <p>Verranno effettuati incontri periodici con il Gruppo Operativo ed i referenti Aziendali finalizzati a verificare lo stato del avanzamento del Progetto, anche al fine trovare soluzioni e azioni migliorative alle eventuali criticità che dovessero emergere.</p> <p>Entro la scadenza fissata dal Ministero della Salute per la conclusione del Progetto fissata a Marzo 2019 l'Azienda USL di Piacenza dovrà predisporre una Relazione sulle attività svolte e sui risultati ottenuti.</p> <p>Sulla base di tali relazioni la Regione predisporrà la Relazione finale dando evidenza delle scelte organizzative fatte e del disegno complessivo del Progetto, nonché della rendicontazione delle spese sostenute.</p> <p>In considerazione della valenza strategica che questo Progetto riveste per la Regione, la sperimentazione verrà mantenuta oltre la scadenza di Marzo 2019 per un ulteriore anno al fine di monitorarne le attività in modo più approfondito ed esaustivo. Pertanto il termine ultimo di questa fase sperimentale sarà il 31 Marzo 2020.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>La progettualità è stata condivisa con la Responsabile Organizzativa della Casa della Salute e con tutti gli MMG del Nucleo Cure Primarie che fa riferimento alla CdS di Bettola.</p> <p>La stessa progettualità è sostenuta con le azioni previste dal progetto Montagna Solidale per i comuni di Ferriere, Farini, Bettola, che sarà esteso a Ponte dell'Olio, e dalla scheda intervento n.1.1 Area interna Appennino Piacentino Parmense con l'introduzione dell' Infermiere di comunità con funzioni di informazione e orientamento dell'utenza nel relazionarsi col sistema dei servizi territoriali, in particolare quelli dedicati agli anziani e di assistenza domiciliare ai</p>

	pazienti cronici presso le loro abitazioni, in rete con tutto il sistema dei servizi sanitari e sociali territoriali (rafforzati dai nuovi interventi della Strategia).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Nell'ambito del distretto di Levante: Sindaci dell'Unione dei Comuni Alta Val Nure, Servizi Sociali Territoriali dell'Unione Alta Val Nure, Associazioni del territorio.
Referenti dell'intervento	Flavio Bisotti, U.O. Sistemi Informativi, Telecomunicazione e Reingegnerizzazione di processo; Referente Dipartimento Cure Primarie Distrettuale Dr. Gaetano Cosentino; Infermiera Coordinatore della CdS Giuliana Masera; Referente Sistemi Informatici Tiziano Grassi; Referente Ingegneria Clinica Ing. Sara Menini
Risorse non finanziarie	Personale sanitario della CdS di Bettola, arredi e attrezzature della CdS di Bettola

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

scheda23 – RIORGANIZZAZIONE DELLA GOVERNANCE TERRITORIALE E CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Approvato

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Fiorenzuola D'Arda
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>Di fronte all’evolversi dei bisogni sociali, i servizi sociali sono chiamati ad un costante ripensamento di propri funzioni e ruoli, oltre che degli approcci all’utenza e delle modalità operative adottate. Inoltre, il cambiamento della legislazione, gli assetti di governance adottati, la molteplicità di soggetti che si trovano a dover collaborare nella definizione delle politiche locali e nella loro realizzazione, fa sì che occorra adattare progressivamente i modelli teorici alla realtà, in chiave di miglioramento del sistema visto nel suo complesso, di maggiore e più efficace risposta alle sollecitazioni normative, politico-istituzionali, ma anche quotidiane, provenienti dagli stessi utenti e dalla necessità di strutturare risorse economiche e risorse umane in maniera più adeguata e proficua.</p> <p>Occorre inoltre che il NUP sia in grado di svolgere le proprie funzioni al meglio, con una struttura funzionale e articolata, in linea con i numerosissimi compiti, in continuo ampliamento, che vengono assegnati ai Distretti.</p> <p>Accanto a ciò, si impone la necessità di rafforzare i SST. La precarizzazione contrattuale crescente negli organici dei servizi sociali, sempre più sottoposti a complessi vincoli istituzionali nazionali, la mancanza di sostituzione degli operatori verso il pensionamento, la mancanza di ricambio generazionale, contribuiscono infatti ad un’accentuazione della frammentazione delle azioni che vengono messe in campo ed alla difficoltà ad investire nell’innovazione e nel lavoro di rete tra operatori di diverse aree, i quali rimangono piuttosto schiacciati sulla gestione delle situazioni emergenziali.</p> <p>I mutamenti sociali e le emergenze più volte richiamati rinforzano invece l'idea che il sistema degli Enti locali e del Servizio Sanitario regionale debbano sostenere e sviluppare l'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno e della messa in campo di azioni specifiche attivando maggiori sinergie tra i punti di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari. La fragilità, le differenti età e appartenenze culturali delle persone e dei nuclei che oggi si rivolgono ai servizi sanitari e sociali richiede un'attenzione e una capacità di valutazione del bisogno e di accompagnamento verso i servizi che solo il soggetto pubblico può garantire in maniera capillare, inclusiva delle differenze, omogenea e non filtrata da interessi di appartenenza. Questa funzione deve quindi rimanere in capo al soggetto pubblico e presidiata da operatori esperti e adeguatamente formati, che abbiano uno sguardo sul sistema generale dei servizi e sull'offerta territoriale.</p> <p>All’interno del sistema, un ruolo di particolare rilievo è assegnato anche al SIA-Sistema Integrato per l’Accesso, snodo di fondo per l’accesso ai servizi accreditati per anziani e disabili. Il SIA, assicura l’equità d’accesso alle strutture e al SAD per persone non autosufficienti), attiva il percorso di valutazione della UVM per i bisogni complessi, garantisce il rapporto con i servizi sociali territoriali e governa la graduatoria distrettuale per l’accesso alle strutture, esercitando le sue funzioni presso la sede distrettuale dell’Ausl su mandato dei Comuni e delle Unioni.</p>
------------------	---

<p>Descrizione</p>	<p>Per quanto attiene ai Servizi sociali territoriali , il loro ruolo sta nella predisposizione di specifici programmi di lavoro nell'ambito di tutela, accoglienza e dell'integrazione sociale. Numerosi sono gli interventi attuati e vanno da aiuti di natura economica, azioni di inserimento lavorativo e formazione professionale, contenimento del disagio familiare e sostegno alle relazioni di carattere educativo, sostegno scolastico e promozione del tempo libero, esecuzione di procedimenti amministrativi, civili e penali. Il Servizio Sociale Territoriale, come da Linee Guida, ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. In questo contesto il SST partecipa attivamente alla promozione della salute e del benessere dei cittadini del territorio, alla tutela della persona e al rispetto dei diritti, attraverso un complesso di interventi finalizzati a garantire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la valutazione, la ricerca, il counselling, la progettazione e l'accompagnamento in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno e la promozione di nuove risorse sociali nonché a realizzare interventi per la promozione e lo sviluppo del capitale sociale della comunità. Garantisce altresì l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari, laddove previsto, in stretto raccordo con l'Ausl del territorio. La mission dei SST può essere definita in questi termini:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Garantire l'ascolto ai cittadini, l'informazione e l'orientamento; -Sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi -Attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale -Promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere -Favorire e sostenere politiche e interventi che riducono il grado di esposizione della popolazione al rischio di esclusione, di emarginazione o di disagio sociale -Far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili <p>Per quanto riguarda il Distretto di Levante, sono attivi, nel 2018 ,17 sportelli sociali complessivi. Nel 2016 i 13 sportelli attivi hanno garantito complessivamente 240 ore settimanali di front office a livello distrettuale, con una media di 18,5 ore settimanali d'apertura.</p> <p>I SST distrettuali nel loro complesso impiegano, tra dipendenti comunali e figure esternalizzate a cooperative sociali, 46 assistenti sociali, di cui 30 a tempo pieno e 16 part-time, con differente copertura in relazione ai territori rispetto agli standard regionali. A seguito del completamento del ritiro delle deleghe, tutti i Comuni/Unioni hanno potuto sperimentare una presa in carico a 360°degli utenti afferenti ai loro territori, in una logica di prossimità e di sussidiarietà che al contempo permette maggior sinergia tra gli interventi erogati, l'eliminazione di possibilità di doppi interventi non giustificati, l'omogeneità di erogazione dei servizi e una unitarietà di visione e di gestione in capo ai servizi sociali territoriali. Si è trattato di un passaggio epocale per il Distretto e tutt'altro che semplice da governare, ma che sta cominciando a dare esiti positivi.</p> <p>L'Ufficio di Piano dovrà nel prossimo triennio riappropriarsi della funzioni di programmazione degli interventi nel territorio, mantenendo un forte presidio sulla destinazione e l'impiego delle risorse destinate storicamente ad alcuni interventi e promuovendo al contempo l'innovazione dell'intera rete dei servizi sociali.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>I cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità che devono poter beneficiare di un servizio sociale territoriale diffuso capillarmente sul territorio che individui nello sportello sociale il punto unitario prevalente d'accesso, nel quale venga dato ascolto e risposta ai bisogni di: informazione, ascolto, orientamento, registrazione e primo filtro della domanda di accesso ai servizi.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>Per quanto riguarda la governance, rispetto al processo di riordino territoriale tuttora in atto nel Distretto e relativamente alla forma pubblica di gestione dei servizi sociali, nel rispetto degli orientamenti del PSSR, è stato condiviso sia dal punto di vista sia politico che tecnico la necessità di operare una scelta consapevole e sostenibile che tenga altresì conto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ruolo del Comune Capofila, non come occasione di concentrazione di servizi ma baricentro di un sistema a servizio dell'insieme dei Comuni coinvolti. Il PSSR dell'Emilia Romagna 2017-2019 richiama l'importanza di ridisegnare il sistema di governance locale (gestione associata delle funzioni sociali, preferibilmente a mezzo delle Unioni); -Esistenza di ambiti ottimali che hanno optato per la gestione diretta dei servizi pur avvalendosi di diverse esternalizzazioni. L'esperienza maturata dagli ambiti evidenzia la

necessità di individuare forme di coordinamento distrettuale, in modo particolare sull'area disabili e minori, al fine di limitare il processo di frammentazione dei servizi;

- Esistenza sul territorio di esperienze virtuose nella gestione dei servizi, che possano essere valorizzate all'interno di un nuovo sistema di governance locale, sperimentando innovative modalità gestionali che possano fungere altresì da progetto pilota per il Distretto;
- Esperienza dei Comuni della Via Emilia Piacentina che hanno sottoscritto una convenzione per la gestione associata, quale sperimentazione propedeutica all'individuazione di formule più strutturate che possano rispondere in modo più coerente alla programmazione regionale, nell'ambito della programmazione distrettuale;
- Necessità di ricollocarsi all'interno di un processo dinamico, volto ad attuare il principio di adeguatezza mediante una varietà di forme e di strumenti, uscendo dallo stile dell'imposizione normativa, e individuando la soluzione ritenuta più opportuna ed efficace alle esigenze del nostro territorio.

Le azioni da realizzare nel prossimo triennio saranno :

- ridefinire i contenuti della convenzione che regola la governance distrettuale, tenuto conto del processo in atto di riordino distrettuale;
- attivare la collaborazione di servizi di supporto al complesso processo istituzionale sia distrettuale che di ambito ottimale dei Comuni della Via Emilia Piacentina
- tutelare, valorizzare e consolidare il patrimonio di competenze e di esperienza presente nei servizi, e perfezionare l'integrazione delle risorse professionali, economiche e progettuali in essi presenti nell'ottica di sostenere e proseguire le modalità di lavoro innovative che hanno contraddistinto l'ambito
- integrare le politiche sociali con quelle sanitarie, del lavoro, educative, scolastiche, formative, della casa come previsto dal PSSR.

Il ruolo dell'Ufficio di Piano, garantito dal Comune di Fiorenzuola D'Arda, capofila del Distretto di Levante, come motore centrale del sistema, quale organismo tecnico imprescindibile per supportare le scelte del Comitato di Distretto e come snodo strategico tra approccio politico e approccio tecnico, determina la necessità impellente di organizzare una struttura funzionale e articolata con risorse umane dedicate in grado di provvedere sia alla complessa attività amministrativa sia un dialogo costante con i vari territori e il mantenimento del processo partecipativo rivitalizzato con la predisposizione del Piano di Zona.

Inoltre si procederà a:

- realizzazione di una banca dati presso il NUP che consenta una mappatura costante del territorio e dei servizi , per garantire omogeneità di offerta ed equità di accesso, contribuendo inoltre alla rilevazione dei bisogni emergenti;
- stesura di una nuova convenzione sulla governance territoriale tra enti locali e azienda Ausl;
- promuovere il lavoro di rete come metodo per operare una più integrata accoglienza e presa in carico delle situazioni complesse;
- rafforzare le dotazioni dei servizi sociali per far fronte adeguatamente al carico di lavoro
- sviluppare una maggiore integrazione con i servizi di area formativo/lavorativa e delle politiche abitative, per l'attuazione della L.R. 14/2015, della DGR politiche abitative, del SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva) ed il RES (L.R. 24/2016);
- rinforzare l'area dell'accoglienza attraverso la rete degli sportelli sociali anche per garantire la prevalutazione dell'accesso al REI ed al RES e sostenere il lavoro necessario per attivare i Progetti di attivazione sociale ed inserimento lavorativo sottoscritti tra cittadini beneficiari e Servizi;
- promuovere l'integrazione della rete degli sportelli sociali con gli altri sportelli specialistici ed informativi a carattere tematico;
- attivare sempre di più la co-costruzione dei percorsi assistenziali con gli altri servizi coinvolti, le famiglie e i diretti destinatari degli interventi;
- sostenere con formazione e accompagnamento la diffusione del metodo del lavoro di comunità, promuovendo e partecipando attivamente ad iniziative e progetti di prevenzione delle situazioni di disagio e di riduzione del grado di vulnerabilità sociale di persone e famiglie;
- promozione di sperimentazioni aventi ad oggetto modelli gestionali innovativi che possano anche prevedere forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, volti all'erogazione congiunta di azioni di promozione sociale.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Il SST dovrà sempre più connotarsi come punto della rete che si integra e collabora con servizi di area sanitaria, socio sanitaria, Uffici Scolastici Territoriali, Istituti scolastici, Servizi Educativi rivolti all'infanzia, servizi per il lavoro, Enti e Uffici preposti alle politiche abitative, servizi giuridici. Il sistema integrato dei servizi deve essere in grado di ascoltare ed accogliere le richieste dei cittadini e indirizzarle verso i percorsi più adeguati ai bisogni emersi.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ufficio di Piano, Ausl Levante, assistenti sociali
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Sabina Dordoni Dott.ssa Rossana Ferrante Dott.ssa Giovanna Dolcini
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 122.224,26

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **57.848,74 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **64.375,52 €**

Indicatori locali: 1

1°: Realizzazione di protocolli operativi inerenti ad attività a forte integrazione sociosanitaria

Descrizione:

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

scheda 24 - CARE- Cura e Accoglienza in RetE : QUALIFICARE LA RETE DEI SERVIZI PER LA RILEVAZIONE, L'ACCOGLIENZA E IL TRATTAMENTO DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E DELLA TUTELA

Approvato

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

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

16 Sostegno alla genitorialità

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

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

Riferimento scheda distrettuale: scheda 8– SPRINT- STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E RINNOVAMENTO PER IL TERRITORIO A FAVORE DELL'INCLUSIONE SOCIALE E CONTRO LA VULNERABILITÀ

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

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

	<p>regionale: minori con disabilità accertata, minori con diagnosi psicopatologica, minori vittime di maltrattamento fisico, sessuale e psicologico , trascuratezza grave e violenza assistita. Il miglioramento delle collaborazioni professionali nell’ambito delle ETI ha inoltre lo scopo di intercettare precocemente le situazioni di rischio familiare con interventi di sostegno alla genitorialità e di supporti psico-educativi ai minori individuali e di gruppo . La funzione dell’UVM concerne l’analisi e la validazione dei progetti presentati dalle ETI anche per l’ammissione alle prestazioni economiche da parte degli Enti.</p> <p>Per quanto attiene ai casi valutati relativi alla DGR 1102/2014, nelle 9 sedute tenutasi nel 2017 dall’UVM, sono stati valutati complessivamente 306 casi, di cui 242 relativi a minori : 96 risultano afferenti al Distretto di Levante (27 dell’Unione Valnure-Valchero; 9 dell’Unione Alta Val Nure; 28 dei Comuni della Via Emilia; 1 dell’Alta val D’Arda e 31 dell’Unione Bassa Val D’Arda Fiume Po). Dei 306 casi, ne sono stati respinti 26, sospesi 15 e rivalutati 29. Gli interventi attivati sono i seguenti: 50 incontri protetti; 73 interventi educativi; 98 affidi familiari;104 inserimenti in comunità residenziale. La spesa relativa al Distretto di Levante è stata pari a 420.098,69 €</p> <p>Durante la vigenza del precedente Piano di Zona, è stato attivato un fondo comune distrettuale per la programmazione , progettazione e realizzazione di servizi e azioni integrate in prospettiva interprofessionale finalizzate all’accoglienza e sostegno affettivo educativo di minori con diritti violati, in particolare per quelli che possono essere interessati da misure di allontanamento dal proprio nucleo familiare. Il consuntivo 2016 delle attività svolte attraverso il fondo mostra un totale complessivo di 44 inserimenti in struttura e 55 affidi su base distrettuale, a cui si aggiungono istruttorie di affido, istruttorie di adozione e percorsi di accompagnamento.</p> <p>Per quanto riguarda l’integrazione socio-sanitaria avente quale target i minori e i neo-maggioresenni con bisogni socio-sanitari complessi, l’UOS Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza Distretto di Levante garantisce la diagnosi medica e/o psicologica, la formulazione di un progetto di cura e la presa in carico terapeutica e/o riabilitativa. Per i minori portatori di handicap assicura valutazione clinico-diagnostica e attestazione legale (per certificazione L.104/92) e progetti Riabilitativi integrati con inserimento scolastico e percorsi formazione-lavoro. Il totale degli utenti nel 2017 per il Distretto di Levante è stato di 1327; le prestazioni erogate sono state 387, i nuovi casi presi in carico sono stati 259, i nuovi casi in trattamento multidisciplinare 252, i pazienti dimessi 333, le consulenze a PLS e MMg 84, le consulenze a strutture educative 736, le certificazioni L.104 472, di cui 53 nuovi casi certificati per supporto scolastico. I casi di Disturbi psichici e di comportamento sono 485, quelli neuropsicologici 772, i deficit cognitivi 241, i disturbi organici 253, i casi di fattori psicosociali di rischio 233. Nel tempo si è assistito ad un incremento dei casi in carico (8,13% nel 2017), un aumento delle psicopatologie, un abbassamento dell’età di esordio di sintomi psicopatologici, un aumento dei fattori di rischio psicosociale. I futuri interventi prevedono: la riorganizzazione dell’attività clinica psichiatrica 0-25 anni e lo sviluppo della clinica transculturale.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Psicologi, assistenti sociali ,educatori ,neuropsichiatri dirigenti dei servizi socio-sanitari, scuola, operatori della Giustizia.</p> <p>Minori con situazioni complesse e loro famiglie</p>
<p>Azioni previste</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziare l’integrazione socio-sanitaria prevista dalla DGR 1102/14 attraverso una formazione condivisa tra le varie figure professionali coinvolte. 2. Ridefinizione/aggiornamento di protocolli di collaborazione tra i Servizi , con la scuola e le Forze dell’Ordine al fine di potenziare l’efficacia della rete di protezione istituzionale a tutela dei minori in situazioni di maltrattamento e abuso. 3. Monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) trami-te integrazione multiprofessionale e nello specifico dei minori allontanati e a rischio di allontanamento (reportistica della casistica trattata in integrazione , reportistica UVM minori) 4. Gestione unificata degli oneri relativi all’accoglienza di minori temporaneamente allontanati dai nuclei familiari di appartenenza attraverso fondo distrettuale costituito ad hoc 5. Raccordo costante con DSM-Neuropsichiatria infantile
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ufficio di Piano, Ausl, NPIA, Forze dell'ordine, Tribunale
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Emanuela Fanzini, Dott.ssa Lucia Signaroldi- Dott.ssa Samanta Repetti
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 150.191,55

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **71.085,66 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **79.105,89 €**

Indicatori locali: 3

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

Descrizione: Attività formativa che qualifichi le modalità di collaborazione e gli strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi, psicologia di base, neuropsichiatria infantile, altri servizi sanitari territoriali e ospedali

Tipo: Testuale

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

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

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

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

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

Descrizione: Compilare/aggiornare documenti di collaborazione tra i diversi soggetti, pubblici e privati, che compongono la rete di protezione, nell'analisi del bisogno e nella programmazione di obiettivi di miglioramento del sistema di protezione, tutela ed accoglienza

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** aggiornamento protocolli

- **Obiettivo 2019:** aggiornamento protocolli

- **Obiettivo 2020:** Concludere aggiornamento protocolli

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

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

Tipo: Testuale

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

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

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

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

scheda 25 - NUOVO CALENDARIO VACCINALE E ATTIVITÀ A SUPPORTO E MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

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

delle donne in gravidanza (27esima settimana di gestazione) secondo gli accordi presi nel 2017 con i ginecologi territoriale e ospedalieri.

-l'offerta attiva della la vaccinazione antitetanica-antidifterica alle donne nate nel 1953 e 1958, del vaccino MPR alle donne in età fertile con rubeo test negativo e ai ragazzi suscettibili nati nel 2000, della vaccinazione antitetanica-antidifterica-antiptossica e antimeningococcica con vaccino ACW135Y agli adolescenti della coorte del 2004 e 2005, della vaccinazione antinfluenzale agli ultra 65enni e ai soggetti affetti da patologie croniche:

-l'avvio dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni e ai soggetti dai 50 anni di età ad alto rischio.

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

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

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

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

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

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

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

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

Per favorire l'informazione e migliorare l'adesione alle vaccinazioni è stato utilizzato e distribuito ai genitori il materiale informativo preparato dalla regione "Le vaccinazioni nell'infanzia e nell'adolescenza. Perché, quando e come: informazioni per i genitori". Abbiamo inoltre aggiornato con informazioni e link utili il sito aziendale nella parte dedicata alle vaccinazioni pediatriche.

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

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

Per il 2018 è necessario rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie

Destinatari	Età pediatrica 0-16 anni; donne in gravidanza; coorte 65enni, adulti, soggetti affetti da patologie croniche
Azioni previste	Chiamata attiva delle coorti interessate; offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni; incremento delle sedute vaccinali; allestimento e mantenimento di ambulatori vaccinali dedicati alle vaccinazioni ai soggetti affetti da patologie croniche e all'attuazione della campagna vaccinale contro l'Herpes Zooster ai 65 enni; recupero dei soggetti 0-16 anni non correttamente vaccinati e mantenimento di ambulatori con sedute dedicate
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Case della salute, continuità ospedale-territorio, politiche rivolte alla popolazione anziana, soggetti gestori di servizi sociosanitari accreditati
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	PLS; MMG; Medici specialisti ospedalieri e del territorio
Referenti dell'intervento	dr.ssa Crevani Cristiana – direttore U.O. complessa di Igiene e Sanità Pubblica dr.ssa Barella Cristina - coordinamento e sviluppo delle attività dipartimentali della Pediatria di Comunità
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 7

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

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

Tipo: Testuale

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

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

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

2°: attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA

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

Tipo: Testuale

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

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

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

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

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

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** >= 20%

- **Obiettivo 2019:** Da definire

- **Obiettivo 2020:** Da definire

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

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

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 95%
- **Obiettivo 2019:** Da definire
- **Obiettivo 2020:** Da definire

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

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

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 60%, da incrementare fino al 75% progressivamente nel triennio
- **Obiettivo 2019:** Da definire
- **Obiettivo 2020:** Da definire

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

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

copertura vaccinazione

contro HPV maschi coorte 2006

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 75%
- Da valutare in base all'adesione
- **Obiettivo 2019:** Da definire
 - **Obiettivo 2020:** Da definire

7°: monitoraggio delle vaccinazioni previste dalla norma vigente

Descrizione: Monitoraggio semestrale

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** n. di minori della coorte del 2002 non in regola con gli obblighi vaccinali (DTPa e MPR e dosi)
- n. di minori non in regola con gli obblighi vaccinali con vaccinazioni in corso
- **Obiettivo 2019:** Da definire
 - **Obiettivo 2020:** Da definire