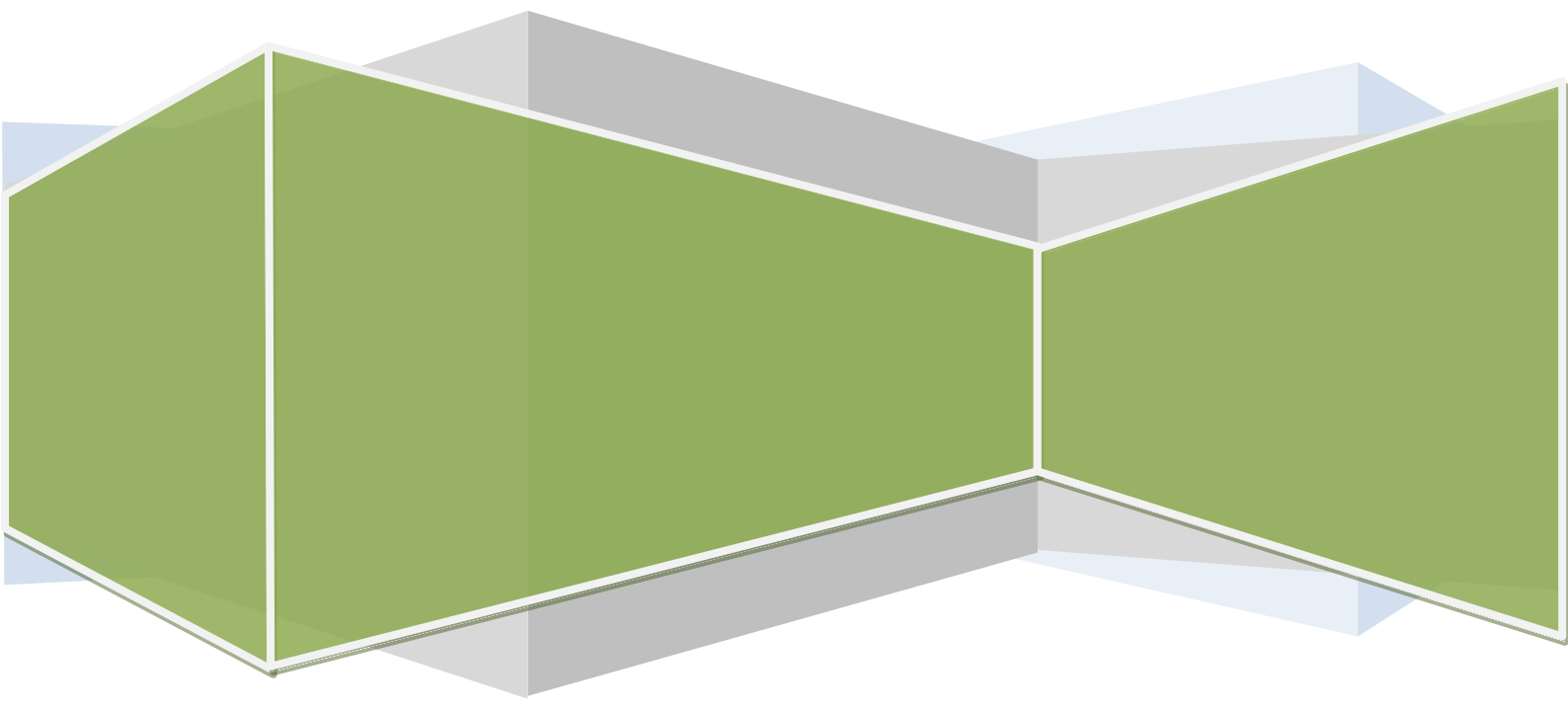


**PIANO DI ZONA PER LA SALUTE ED IL BENESSERE
SOCIALE 2018/2020**

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO
RENO LAVINO E SAMOGGIA**



INDICE

1. FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO
2. SCELTE STRATEGICHE E PRIORITÀ
3. SCHEDE INTERVENTO E LISTA INDICATORI DA MONITORARE
4. POVERTÀ E VULNERABILITÀ SOCIALE
5. PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO
6. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO
7. PREVENTIVO DI SPESA 2018

Allegati al Piano : Profilo di Comunità a cura Città metropolitana

1. Accordo sindacale sulla riorganizzazione del sistema sociosanitario territoriale
2. Accordo di concertazione sindacale Piano di zona
3. Profilo di comunità area Metropolitana
4. Convenzione per il conferimento delle funzioni dai Comuni all'Unione
5. Statuto e Atto Costitutivo ASC
6. Piano programma 2018 Asc Insieme
7. Piano Integrato Territoriale legge 14/2015: accordo di programma e relativi Piano annuale e triennale
8. Accordo sindacale badando 3.0
9. Fabbisogno Servizi Socio sanitari accreditati



Per le schede Regionali e della Città metropolitana si rimanda a quanto contenuto nell'apposito portale che si intende interamente qui richiamato ed allegato quale parte integrante e sostanziale.

Coordinamento politico: Assessore alle politiche sociali e socio sanitarie: dell'Unione Sindaco Stefano Rizzoli

Hanno "lavorato" alla proposta di Piano di zona:

Servizio Sociale Associato e Coordinamento pedagogico dell'Unione: Dirigente Responsabile Cati la Monica, Responsabile U.D.P Massimiliano Di Toro Mammarella, Responsabile Ufficio sociale Mara Ferroni Responsabile Coordinamento pedagogico Giovanni Amodio, Laura Lazzaroni Tiziana Assante Giorgia Simoni

Asc Insieme: Direttrice Cira Solimene, Responsabile Area anziani e disabilità Michele Peri, Responsabile Area minori e famiglia Cristina Vignali, Responsabile Area adulti Fiorenza Ferri, Commissione Mosaico ed esperta in materia di pari opportunità Letizia Lambertini, Lorenzo Torri, Giusy Annicchiarico

Azienda Sanitaria Distretto Reno Lavino e Samoggia: Direttrice di distretto Fabia Franchi, Responsabile Unità Attività Socio Sanitaria Giovanna Manai, Responsabile Amministrativa Sabrina Bernini grazie anche alla collaborazione dei tanti professionisti AUSL che sono coinvolti nei diversi ambiti di interesse delle schede.

Comuni del distretto: Responsabili/e Eros Legnani Viviana Tarozzi Simona Maccaferri Gabriele Passerini Fabiana Battistini Giovanni Amodio



Premessa

Nella stesura del PdZ si è tenuto conto dei PdZ precedenti che, in un certo senso, rappresentano la storia di questo distretto, e dell'accordo intervenuto tra le OO.SS., la direzione distrettuale dell'AUSL e il distretto Reno Lavino Samoggia; accordo i cui contenuti appaiono e sono coerenti con gli obiettivi del Piano e che viene allegato al presente PdZ (All.1 – Accordo Distretto/OO.SS -Riorganizzazione del sistema socio-sanitario territoriale), entrando a pieno titolo a farne parte.

Il presente PdZ è stato costruito col contributo di una molteplicità di attori: OO.SS., associazioni di volontariato, cooperative sociali ed è frutto di una concertazione, di un confronto, che ha portato alla condivisione di alcune priorità d'azione che possono costituire alcuni dei punti forza del Piano:

- lo sviluppo della medicina d'iniziativa e di un modello proattivo di intervento socio-sanitario;
- la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- il riconoscimento e la valorizzazione del lavoro di cura dei caregiver professionali e familiari;
- l'attuazione piena delle misure di contrasto alla povertà imperniate su RES/SIA/REI/L14 e con la creazione di un albo delle aziende socialmente responsabili;
- la valorizzazione delle competenze ed autonomie delle persone con disabilità;
- la creazione di una White list di case famiglia, così da coinvolgerle nella rete dei servizi rivolti alla non autosufficienza.

Tutto questo è contenuto nel documento proposto e sottoscritto dalle OO.SS. che si allega al Piano (All.2 – Accordo Concertazione Sindacale – Piano di Zona 2018/2020).



CAPITOLO 1 Fotografia del territorio

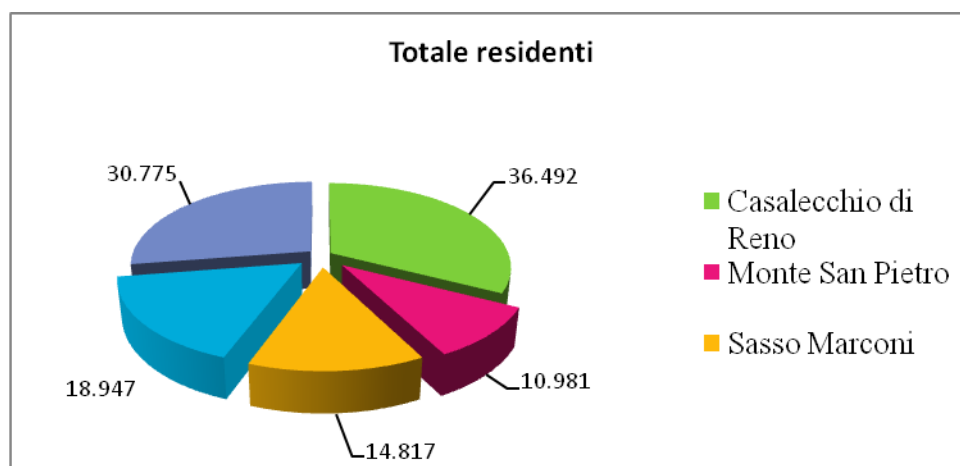
Di seguito viene evidenziata la fotografia del territorio comprensiva dell'analisi del contesto distrettuale di appartenenza nelle sue diverse dimensioni, dell'analisi dei bisogni della popolazione del distretto in quanto componente fondamentale e necessaria alla definizione di scelte e priorità del Piano di zona e del modello di governance locale e assetto organizzativo dell'ambito distrettuale –attuale ed in prospettiva-esplicitando in particolare gli obiettivi di governance richiamati dal PSSR (unioni di ambito distrettuale, unica forme di gestione, SST di ambito distrettuale...) e l'integrazione tra politiche sociali, sanitarie, del lavoro, educative, scolastiche, formative, della casa

Si riportano alcuni dati ufficiali (Fonti ISTAT e ER Statistica) relativi al contesto territoriale del Distretto Reno Lavino e Samoggia.

Per i dati di area metropolitana si rimanda al “Profilo di comunità” predisposto dall'Ufficio di supporto CTSS della Città Metropolitana Area Sviluppo sociale allegato al Piano come parte integrante e sostanziale (All.3 Profilo di comunità- area metropolitana).

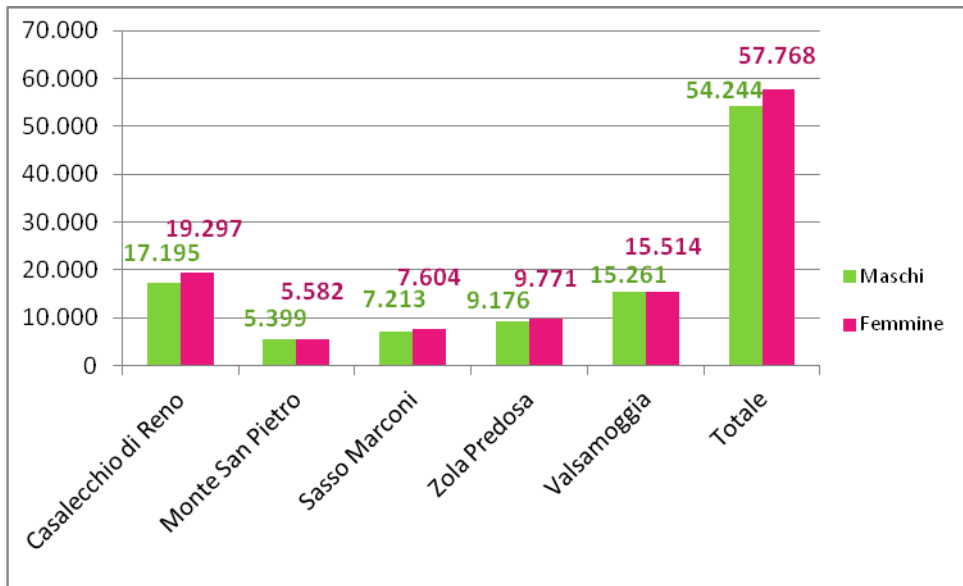
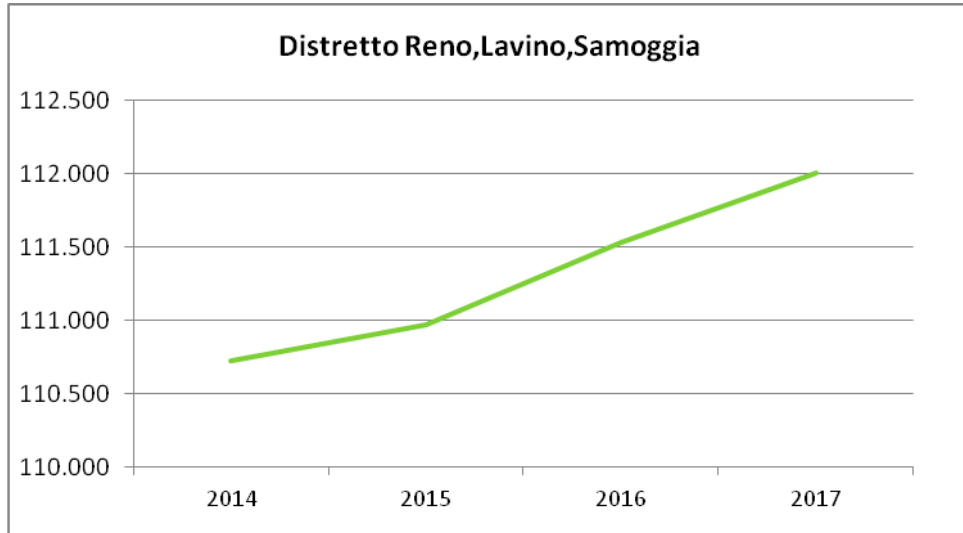
- 1.1 Analisi del contesto socio demografico e dei bisogni della popolazione del distretto

Totale residenti al 31/05/2017 - 112.012



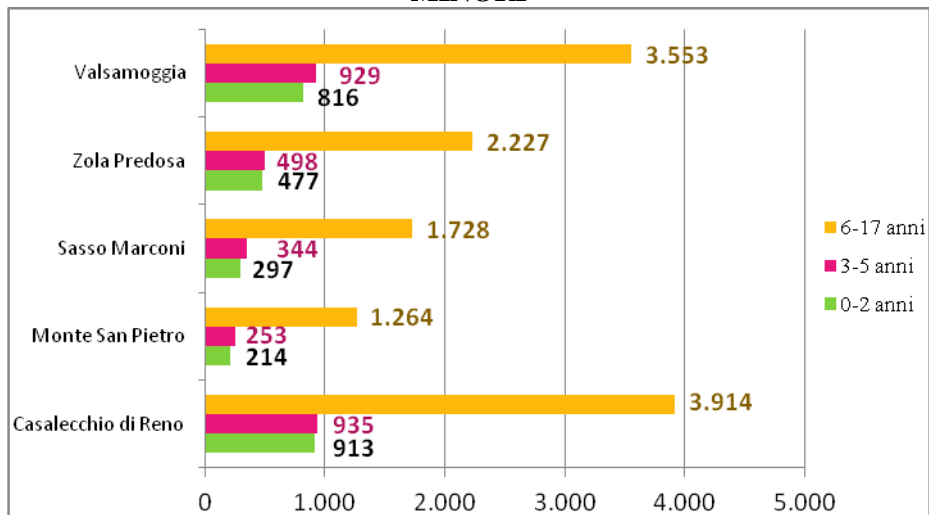
La popolazione del distretto e dei singoli comuni che lo compongono risulta in continuo e progressivo aumento

	01/01/2014	01/01/2015	01/01/2016	01/01/2017
Distretto Reno,Lavino,Samoggia	110.725	110.971	111.531	112.012

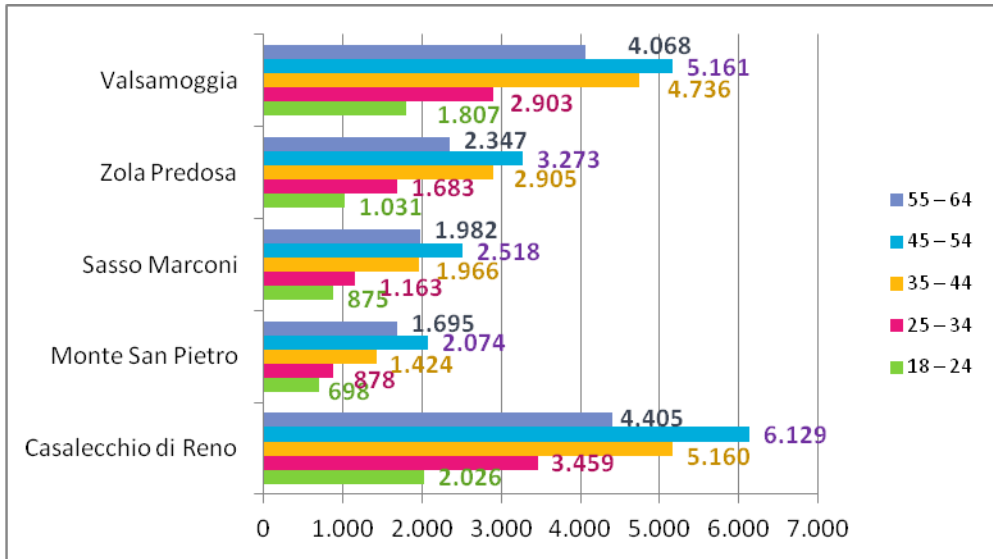


Popolazione totale per fasce d'età, per comune. Dati al 1° gennaio 2017

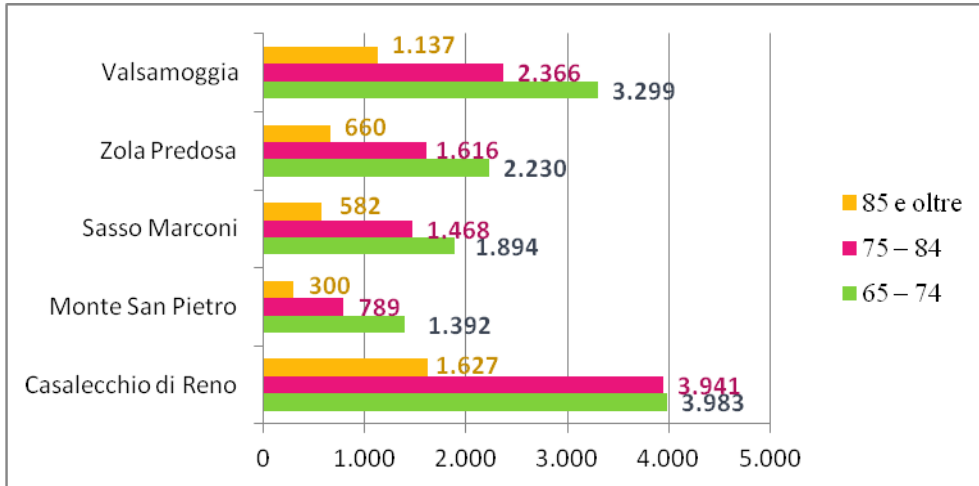
MINORI



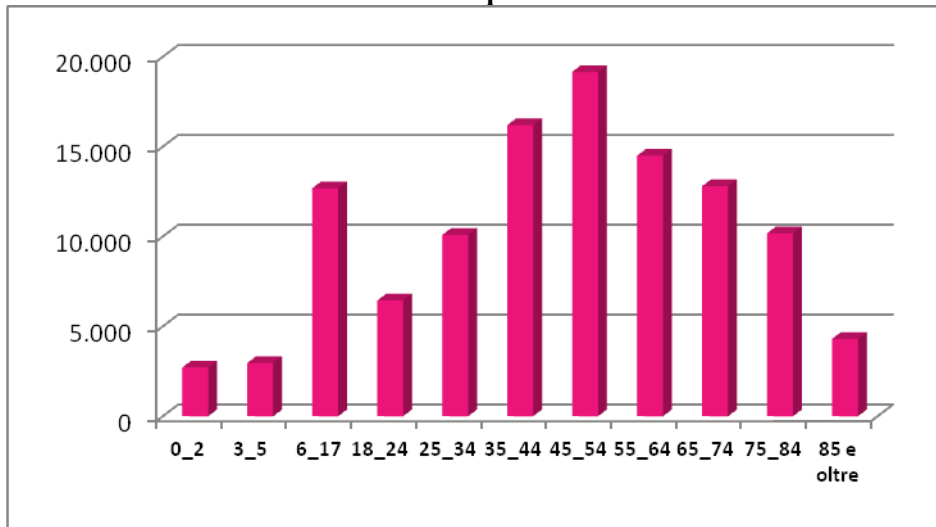
ADULTI



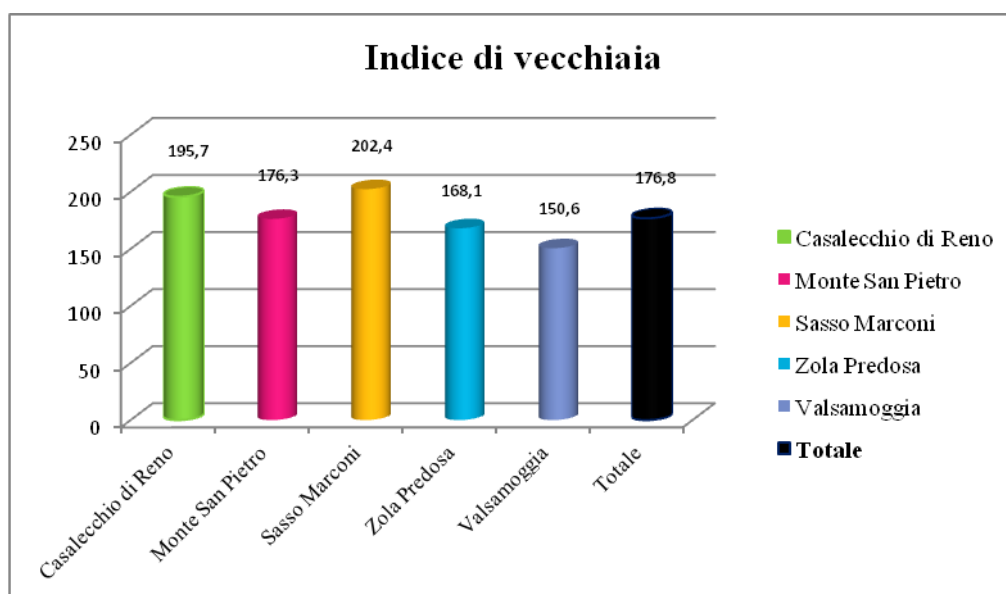
ANZIANI



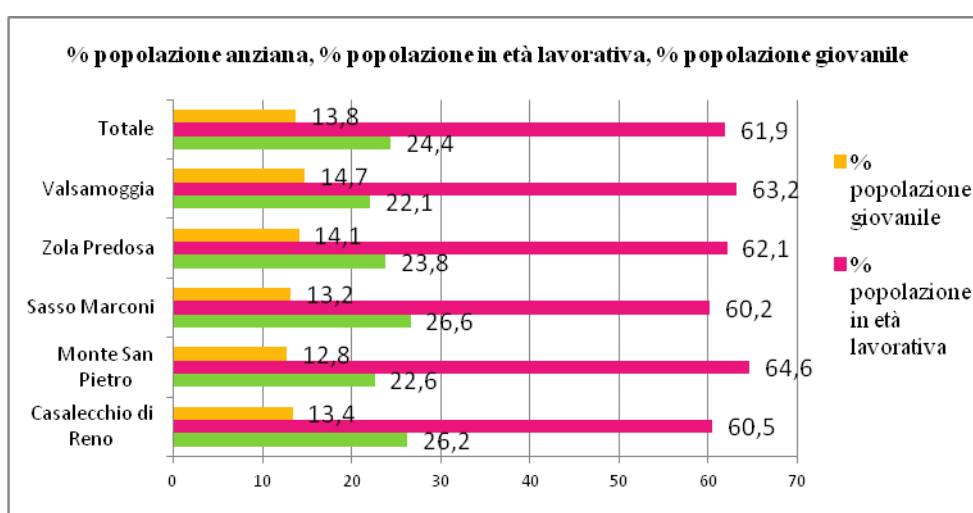
Totali Distretto per fasce d'età



L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani, permettendo di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio. La variazione dell'indice nel tempo dipende dalla dinamica sia della popolazione anziana che di quella giovane. Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani.



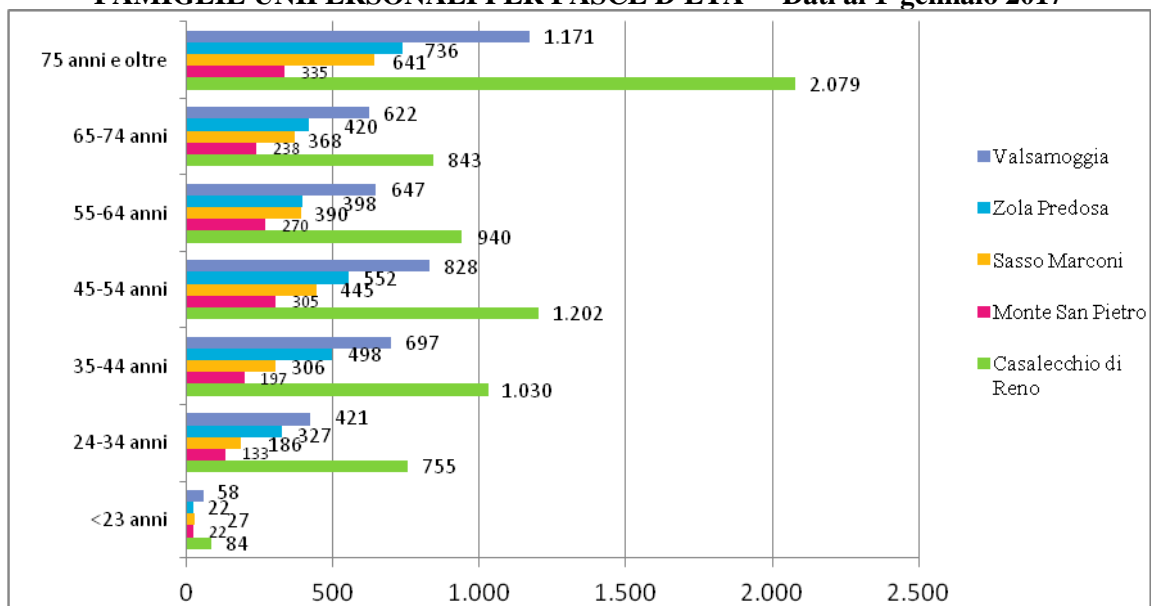
Comune di residenza	% popolazione in età lavorativa	% popolazione giovanile	% grandi anziani
Casalecchio di Reno	60,5	13,4	15,3
Monte San Pietro	64,6	12,8	9,9
Sasso Marconi	60,2	13,2	13,8
Zola Predosa	62,1	14,1	12,0
Valsamoggia	63,2	14,7	11,4
Totale	61,9	13,8	12,9



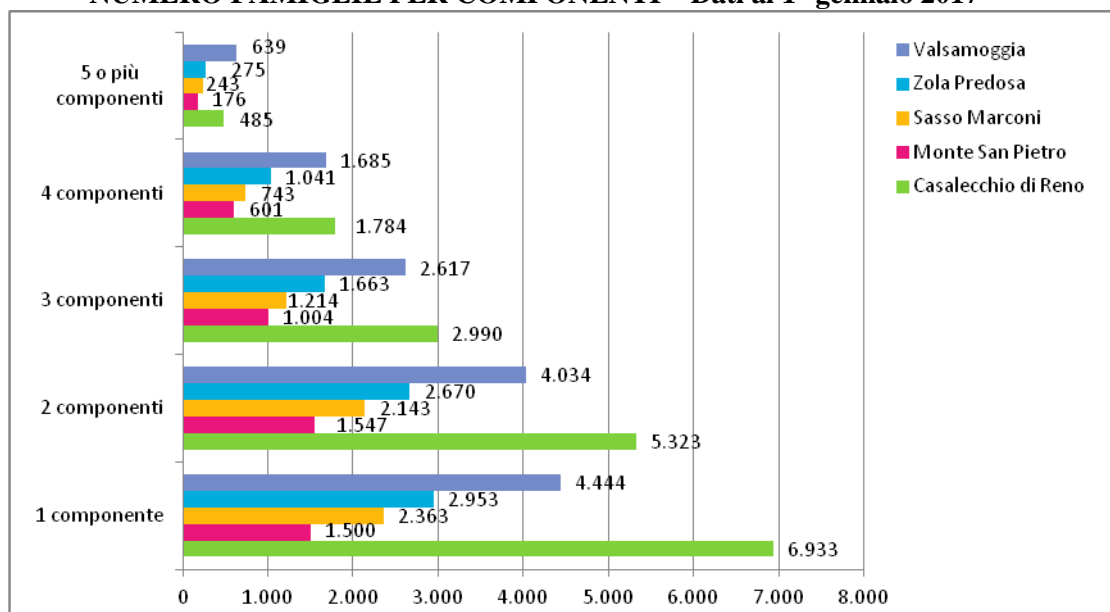
STRUTTURE FAMILIARI

Comune di residenza	Numero di famiglie	% famiglie unipersonali	Numero medio di componenti per famiglia
Casalecchio di Reno	17.515	39,58	2,07
Monte San Pietro	4.828	31,07	2,27
Sasso Marconi	6.706	35,24	2,17
Zola Predosa	8.602	34,33	2,2
Valsamoggia	13.419	33,12	2,28
Totale	51.070	35,62	2,18

FAMIGLIE UNIPERSONALI PER FASCE D'ETA' – Dati al 1° gennaio 2017



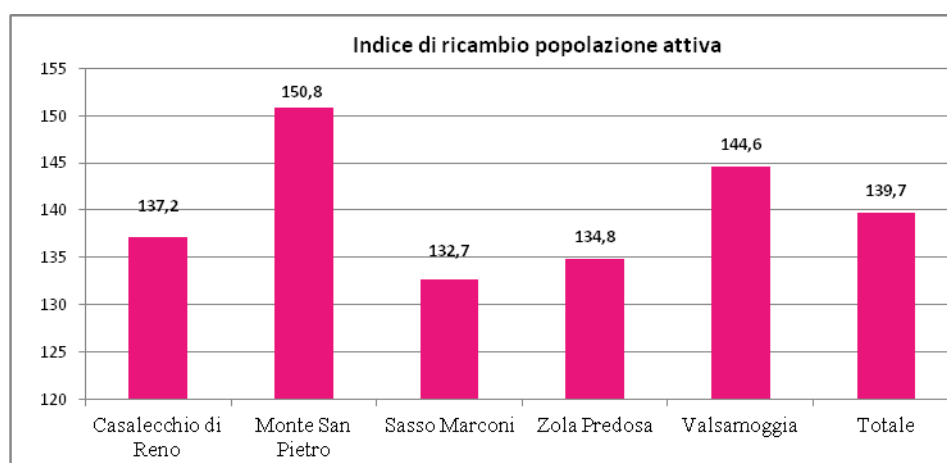
NUMERO FAMIGLIE PER COMPONENTI – Dati al 1° gennaio 2017



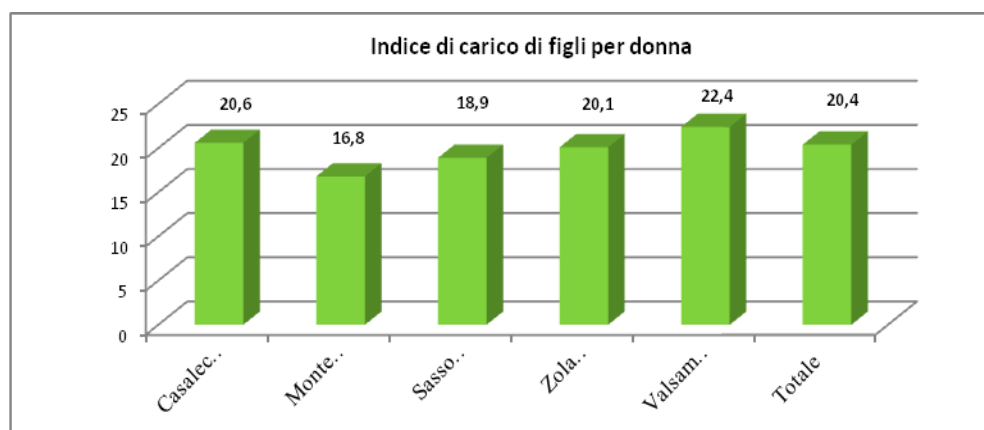
Indice di ricambio popolazione attiva indica il rapporto percentuale tra la popolazione di età compresa tra 60-64 anni e la popolazione di età compresa fra 15-19 anni.

In altri termini è il rapporto percentuale tra la popolazione potenzialmente in uscita dal mondo del lavoro e quella potenzialmente in entrata. Valori distanti dalla condizione di parità indicano in ogni caso una situazione di squilibrio: indici molto al di sotto di 100 possono indicare minori opportunità per i giovani in cerca di prima occupazione, mentre valori molto superiori a 100 implicano anche una difficoltà a mantenere costante la capacità lavorativa di un paese.

Comune di residenza	Indice di ricambio popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna	% popolazione anziana
Casalecchio di Reno	137,2	20,6	26,2
Monte San Pietro	150,8	16,8	22,6
Sasso Marconi	132,7	18,9	26,6
Zola Predosa	134,8	20,1	23,8
Valsamoggia	144,6	22,4	22,1
Totale	139,7	20,4	24,4



Indice di carico di figli per donna indica il rapporto percentuale tra il numero di bambini in età inferiore ai 5 anni e il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.



L'indice di dipendenza

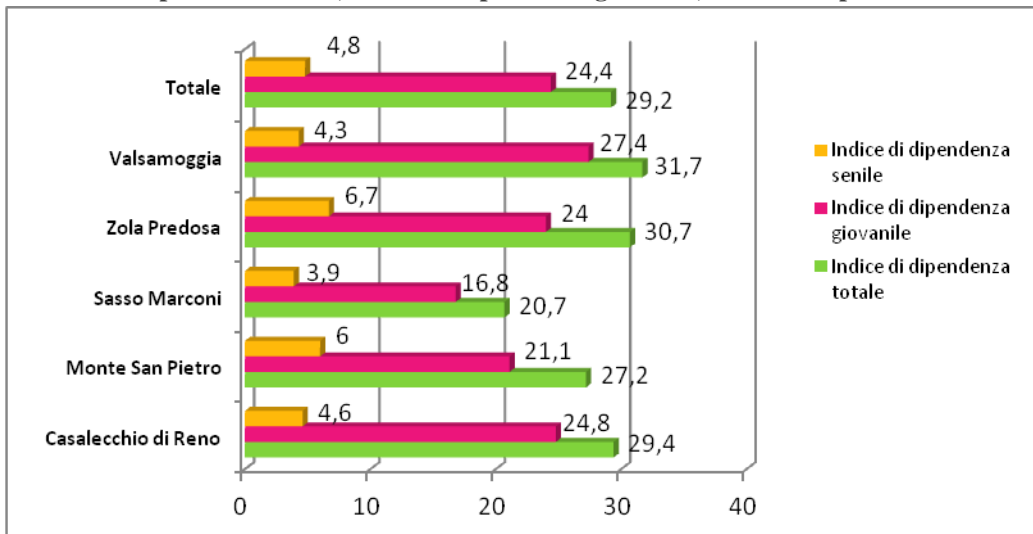
Calcola quanti individui ci sono in età non attiva ogni 100 in età attiva, fornendo indirettamente una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione.

Il denominatore rappresenta la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia indicata al numeratore.

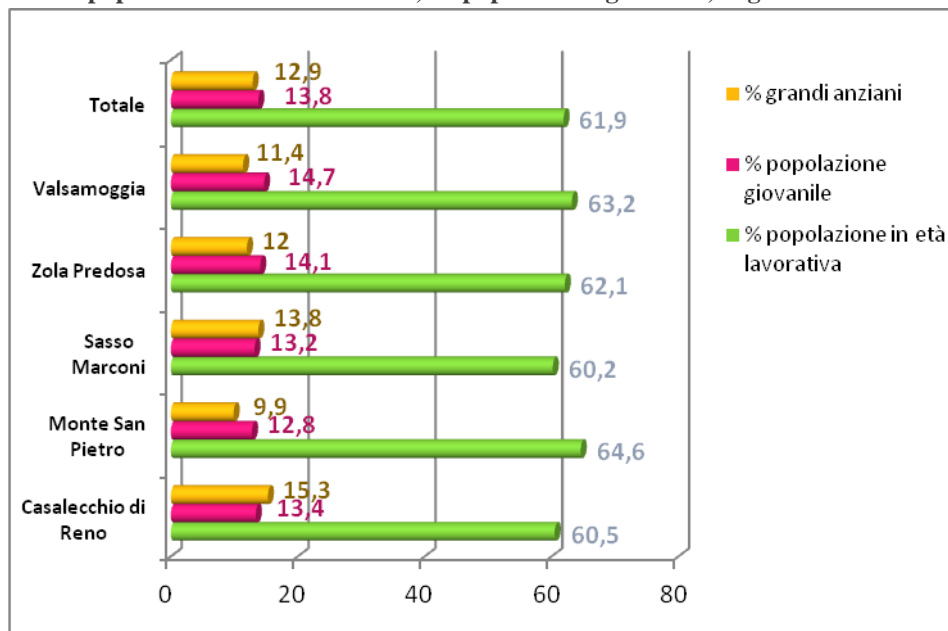
Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale.

Un altro aspetto rilevante dell'indicatore è la composizione della popolazione dipendente: a parità di ammontare di questa possiamo avere un maggior peso della componente giovanile o di quella senile.

Indice di dipendenza totale, Indice di dipendenza giovanile, Indice di dipendenza senile

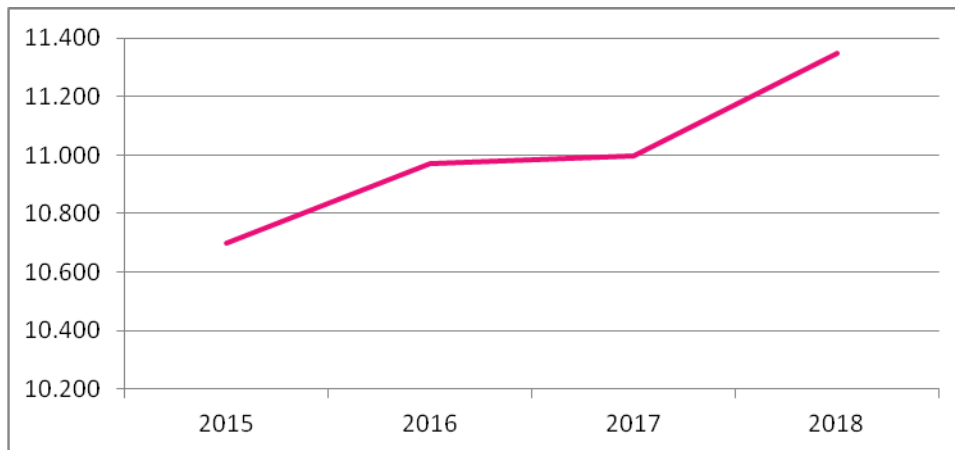


% popolazione in età lavorativa, % popolazione giovanile, %grandi anziani



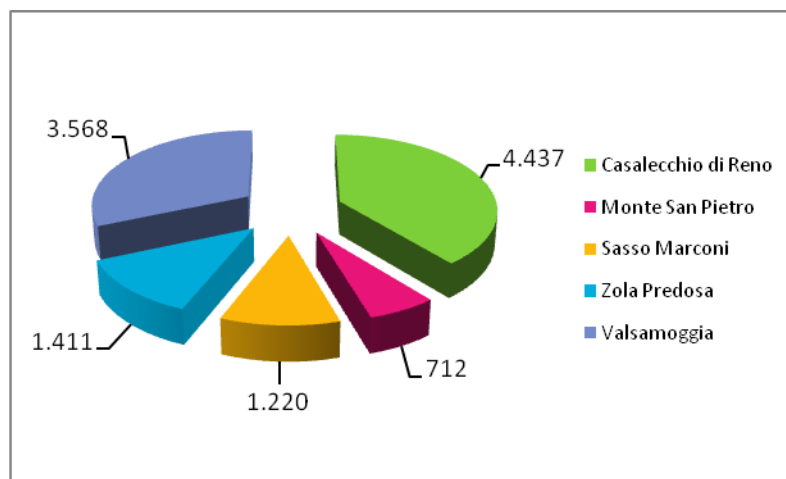
POPOLAZIONE STRANIERA

Distretti sanitari di residenza	1-1-2015	1-1-2016	1-1-2017	1-1-2018
Distretto Reno,Lavino,Samoggia	10.698	10.971	10.998	11.348
Totale	10.698	10.971	10.998	11.348



Ripartizione popolazione STRANIERA per comune di residenza

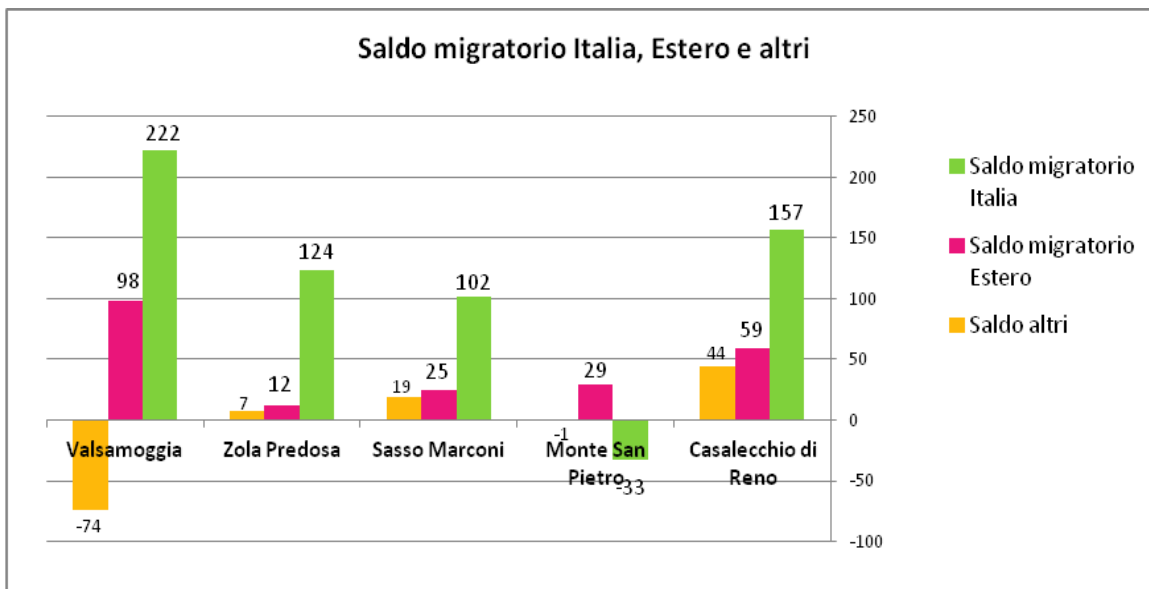
Comune di residenza	Totale residenti
Casalecchio di Reno	4.437
Monte San Pietro	712
Sasso Marconi	1.220
Zola Predosa	1.411
Valsamoggia	3.568
Totale	11.348



Il **saldo demografico** di un paese, di uno stato o di un territorio, viene calcolato facendo la differenza tra i nati vivi e i morti. Il dato è accompagnato da quello del saldo tra il numero degli immigrati e quello degli emigrati.

Comune di residenza	Saldo naturale	Saldo migratorio	Saldo complessivo
Casalecchio di Reno	-121	260	139
Monte San Pietro	-27	-5	-32
Sasso Marconi	-89	146	57
Zola Predosa	-38	143	105
Valsamoggia	-91	246	155
Totale	-366	790	424

Comune di residenza	Saldo migratorio Italia	Saldo migratorio Estero
Casalecchio di Reno	157	59
Monte San Pietro	-33	29
Sasso Marconi	102	25
Zola Predosa	124	12
Valsamoggia	222	98
Totale	572	223



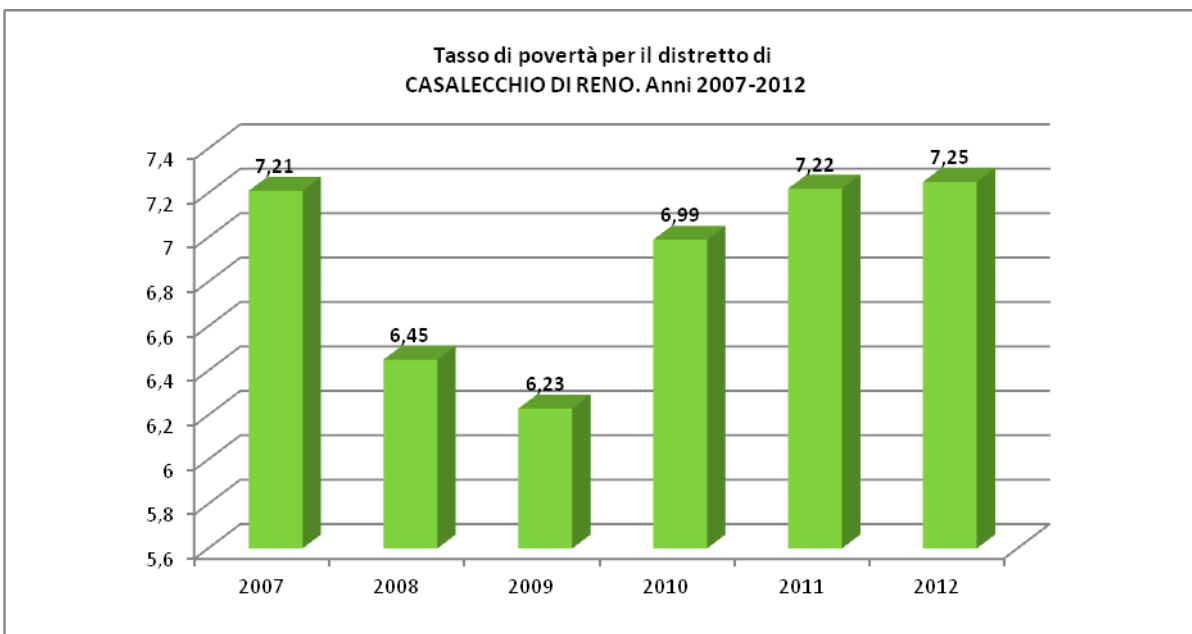
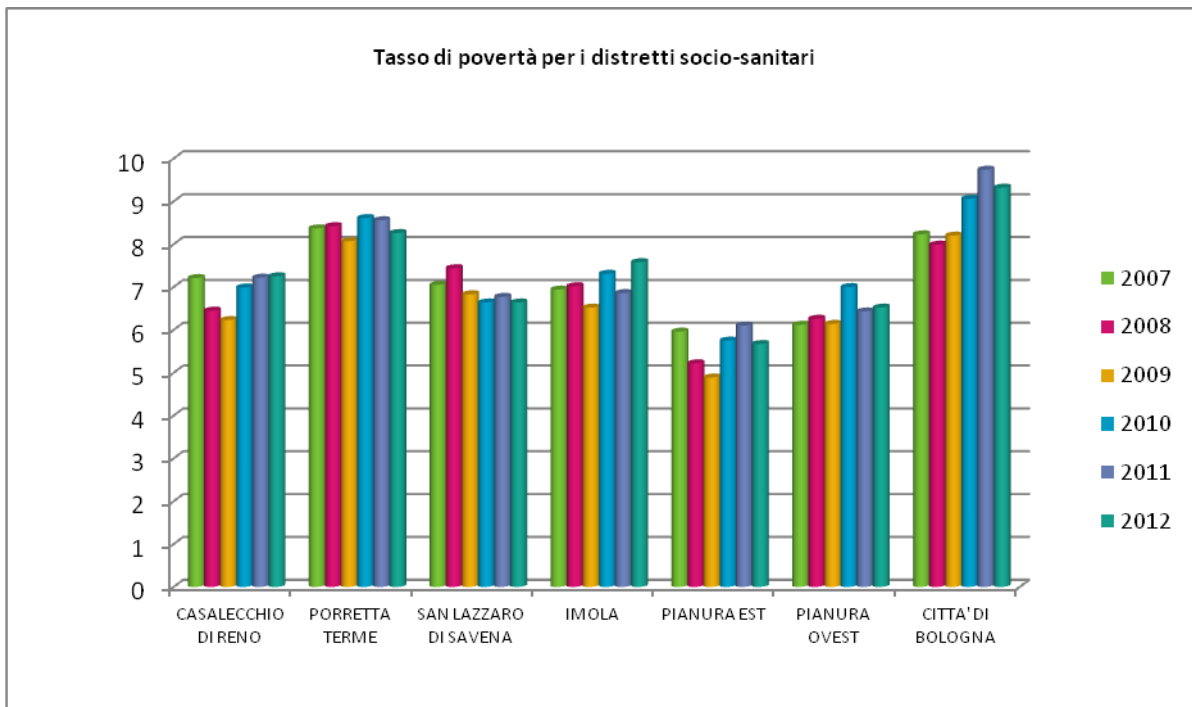
Tema Povertà

Le stime di indicatori di povertà e deprivazione materiale per i distretti socio-sanitari e per le province dell'Emilia-Romagna si ottengono con metodi di stima per piccole aree, sulla base dei dati tratti dalle Indagini su reddito e condizioni di vita (Eu-silc) 2008-2013, con riferimento al reddito 2007-2012.

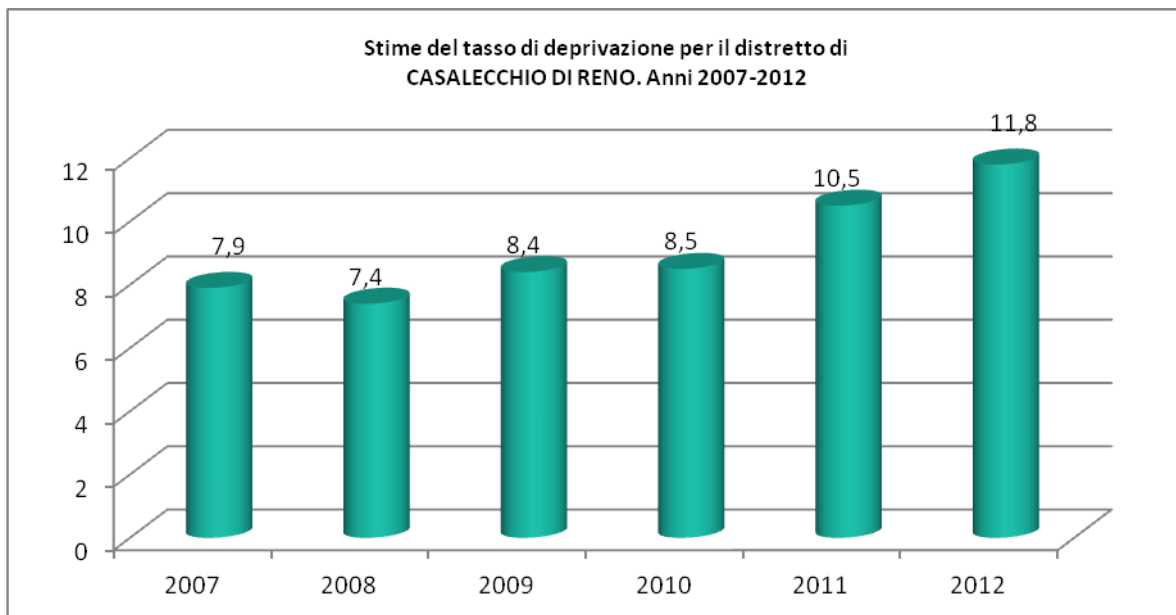
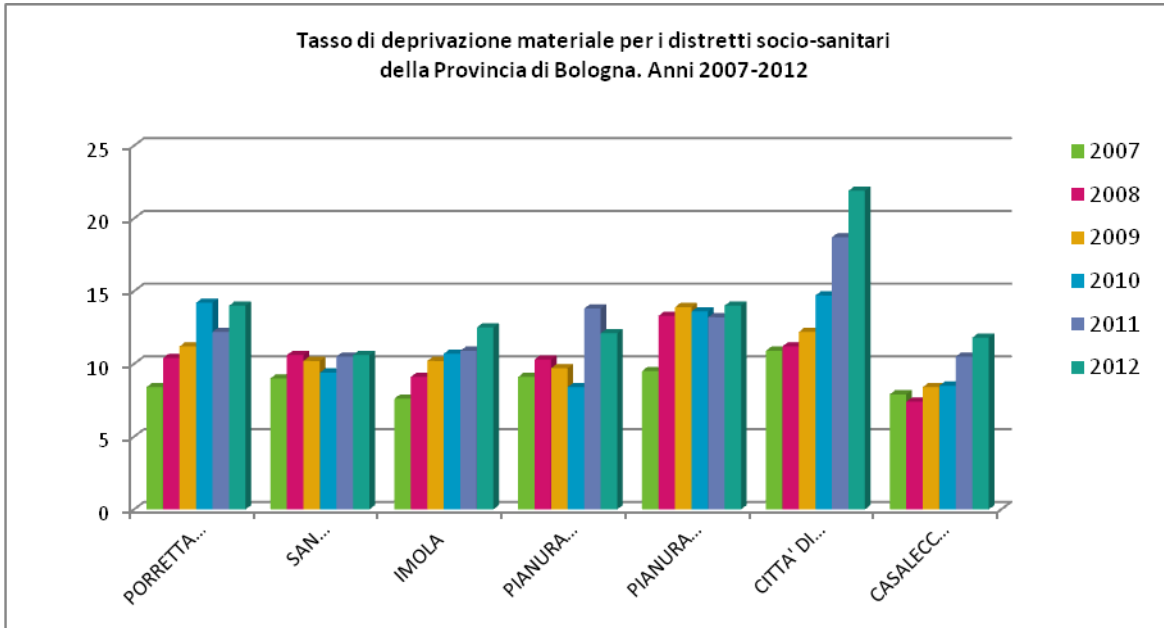
Nello specifico, ci si concentra su tre indicatori di "povertà monetaria", che utilizzano il reddito come variabile di valutazione delle risorse disponibili all'interno delle famiglie, e su un indicatore che si basa invece sui segnali di deprivazione materiale espressi dalle famiglie.

Tali indicatori, previsti dal Consiglio di Laeken, consentono di ottenere misure comparabili con quelle del resto dell'Ue, e quindi di contestualizzare le regioni del nostro Paese nello scenario europeo.

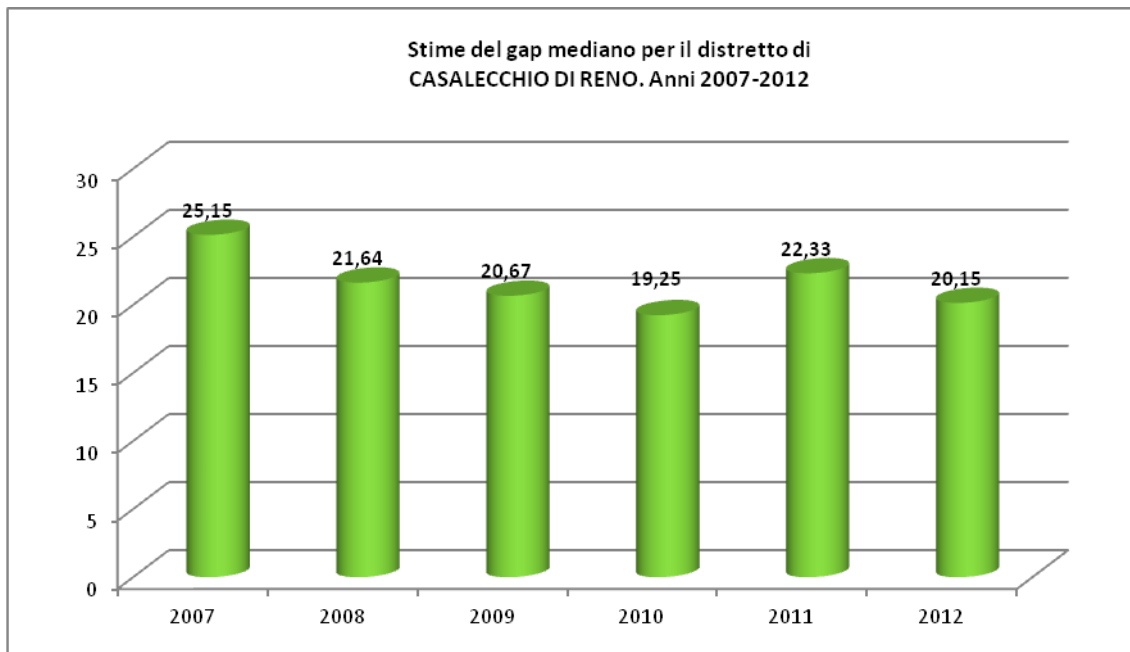
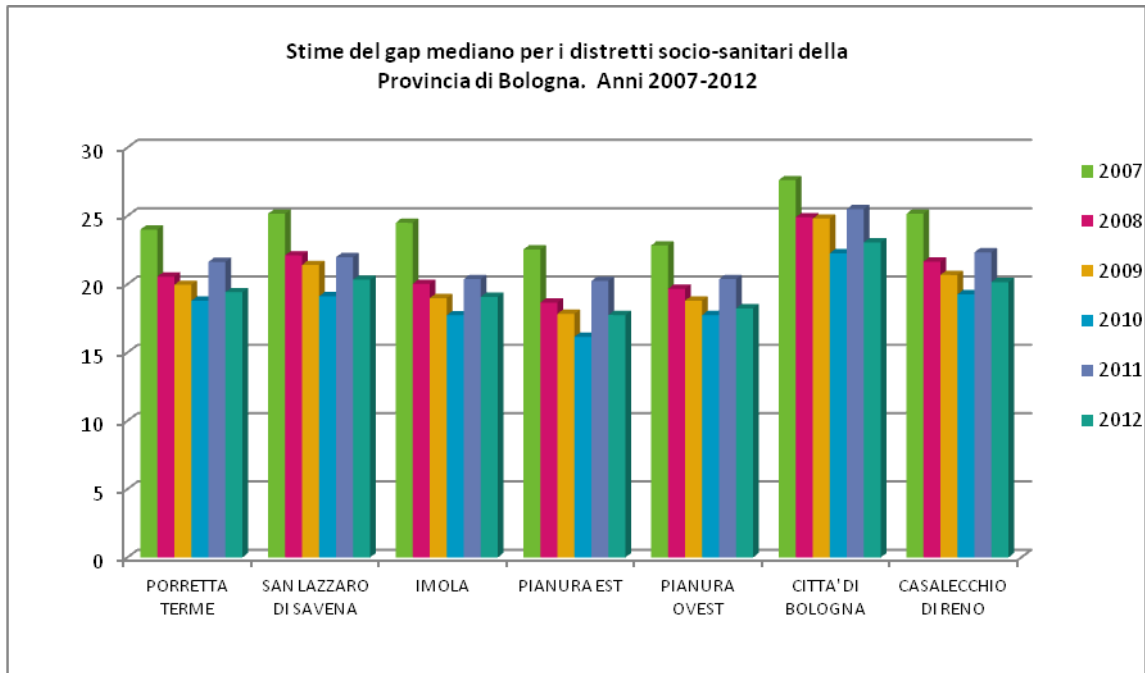
Il tasso di Povertà misura la diffusione della povertà monetaria ed è basato sulla soglia di povertà nazionale, pari al 60% del reddito disponibile equivalente mediano;



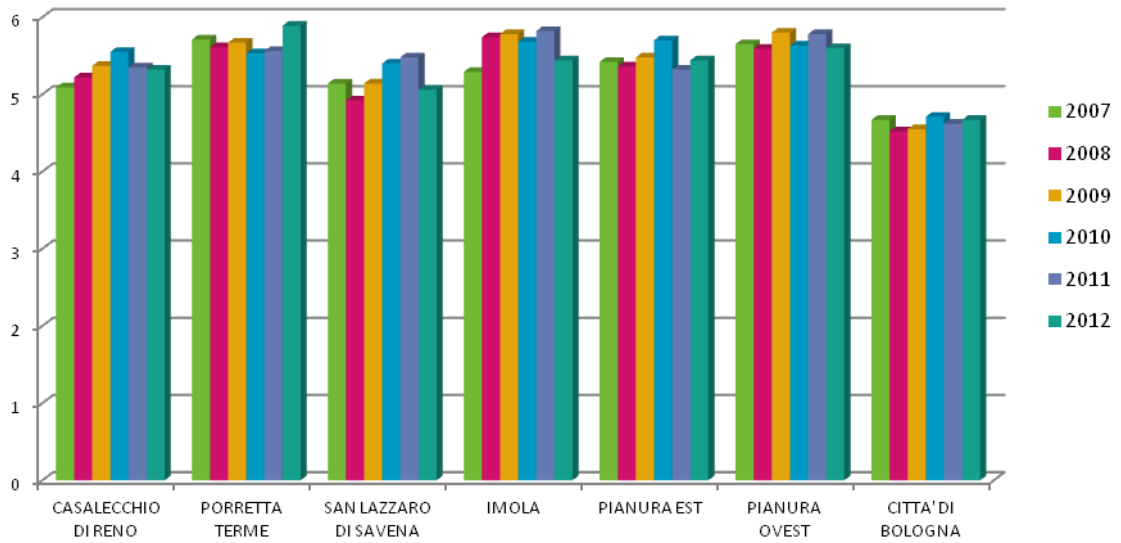
Il tasso di deprivazione materiale, calcolato come quota di persone che vivono in famiglie che si trovano in uno stato di deprivazione materiale.



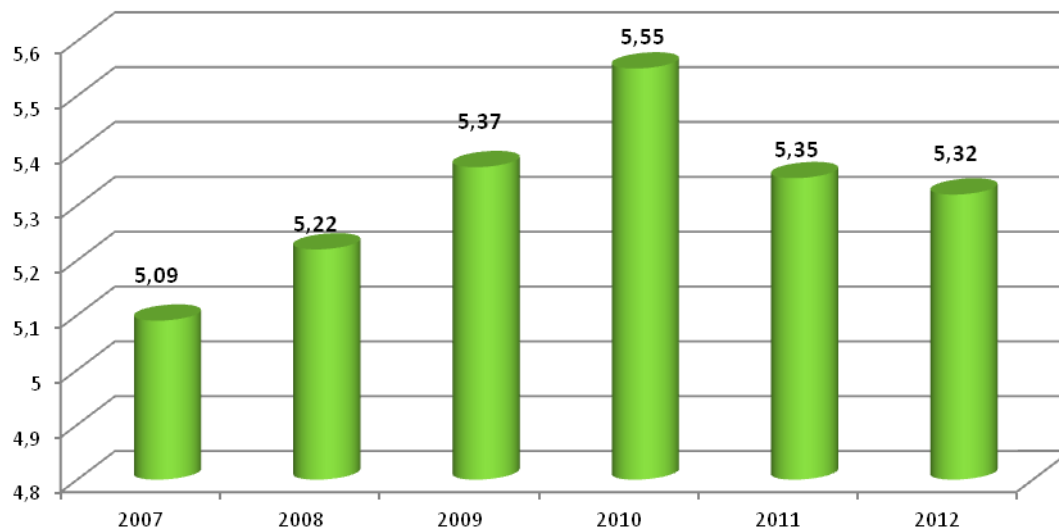
Il **gap mediano**, che misura l'intensità della povertà ed è basato sulla soglia di povertà nazionale;



Coefficienti di variazione delle stime dell'indice di Gini per i distretti socio-sanitari della Provincia di Bologna. Anni 2007-2012



Coefficienti di variazione delle stime dell'indice di Gini per il distretto CASALECCHIO DI RENO. Anni 2007-2012



1.2 Modello di governance locale dell'ambito distrettuale

Il sistema di governance distrettuale **ha già raggiunto tutti gli obiettivi fissati per il prossimo triennio dal Piano Sociale e Sanitario Regionale**, nello specifico:

- è stata realizzata la gestione distrettuale in forma associata, attraverso l'Unione Reno, Lavino e Samoggia, delle funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari. Si allega al presente Piano la Convenzione di conferimento delle relative funzioni all'Unione (All.4 Convenzione per il conferimento delle funzioni dai Comuni all'Unione);
- sono stati individuati e attuati strumenti per delegare all'Unione funzioni complete e organiche;
- l'ambito del Distretto e l'ambito di esercizio associato nell'Unione coincidono all'interno di un sistema stabile e formalizzato di integrazione istituzionale e professionale;
- la funzione di Ente capofila distrettuale, ai sensi dell'art. 29 della L.R. 2/200313, è svolta dall'unica Unione distrettuale;
- l'ente capofila, oltre a promuovere il Piano di Zona, è quello al quale afferisce l'Ufficio di piano ed è destinatario delle risorse ripartite annualmente dalla Regione sul Fondo sociale locale;
- sono stati potenziati gli strumenti istituzionali, professionali, organizzativi per l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie, le politiche educative, della formazione e lavoro, abitative, anche in attuazione della L.R. 14/2015, e della Delibera dell'Assemblea legislativa 16/2015;
- è stata completata la costituzione di Servizi sociali territoriali di ambito distrettuale tramite la riorganizzazione dei servizi sociali e la costituzione del Servizio Sociale Associato che comprende il Servizio Sociale e l'Ufficio di Piano;
- gli Enti locali aderenti all'Unione hanno completato i processi di riorganizzazione dei servizi e dell'unificazione in un'unica azienda multisettoriale di ambito distrettuale, riconosciuto quale ambito ottimale per la gestione dei servizi, portando così a sistema le politiche di razionalizzazione e sviluppo dell'Azienda strumentale dell'Unione "ASC InSieme".

Il Comitato di distretto¹, svolge il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali dell'ambito distrettuale, tramite l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e verifica, garantendo uno stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e avvalendosi dell'Ufficio di Piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni.

Il ruolo del Comitato di distretto è svolto dalla Giunta dell'Unione, coincidente con l'ambito distrettuale; agli incontri del Comitato di distretto partecipa anche il Direttore di distretto per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale.

A livello distrettuale sono state individuate modalità di funzionamento della Giunta dell'Unione che valorizzano e integrano i livelli comunali, innanzitutto attraverso il coordinamento degli assessori comunali delegati al welfare, denominato "Forum socio sanitario", da parte del Sindaco Stefano Rizzoli delegato dall'Unione in qualità di assessore alle politiche sociali e socio sanitarie; a livello tecnico il risultato dell'esercizio associato della programmazione sovracomunale è garantito dal Servizio Sociale Associato dell'Unione, in cui sono compresi l'Ufficio Sociale Associato e l'Ufficio di Piano.

¹ Così come definito dalle leggi regionali 19/1994 e 29/2004



L'Ufficio di Piano è integrato nell'organizzazione dell'Ente capofila distrettuale dell'Unione e costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatica e di governance organizzativo-gestionale del Distretto in merito alle funzioni dell'area welfare, è integrato con l'AUSL, attraverso la partecipazione attiva dei professionisti dell'AUSL.



1.3 obiettivi da raggiungere nell'arco del triennio

Nell'arco del triennio il distretto socio sanitario coincidente con l'ambito ottimale, nel quale sono stati già raggiunti tutti gli obiettivi fissati dal Piano regionale Sociale e Sanitario per il prossimo triennio, intende consolidare, rafforzare e meglio definire i processi di governance, pianificazione, gestione, monitoraggio e controllo, nonché rinnovare il percorso di confronto partecipato con la comunità locale.

Nello specifico:

- verrà data continuità alla gestione distrettuale in forma associata, attraverso l'Unione Reno, Lavino e Samoggia, delle funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari;
- verranno messi a sistema gli strumenti definiti per delegare all'Unione funzioni complete e organiche;
- si proseguirà nell'integrazione istituzionale e professionale in ambito distrettuale coincidente con l'ambito di esercizio associato nell'Unione all'interno di un sistema stabile e formalizzato;
- l'unica Unione distrettuale proseguirà nello nell'assolvimento della funzione di Ente capofila distrettuale, ai sensi dell'art. 29 della L.R. 2/200313, inerenti all'esercizio delle funzioni ad essa delegate dagli Enti Locali;
- all'Unione, oltre la promozione del Piano di zona, afferisce l'Ufficio di piano e sarà destinataria delle risorse ripartite annualmente dalla Regione sul Fondo sociale locale;
- si proseguirà nel potenziamento degli strumenti istituzionali, professionali, organizzativi per l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie, le politiche educative, della formazione e lavoro, abitative, anche in attuazione della L.R. 14/2015, e della Delibera dell'Assemblea legislativa 16/2015;
- i Servizi sociali territoriali di ambito distrettuale saranno rafforzati tramite il Servizio Sociale Associato che comprende il Servizio Sociale e l'Ufficio di Piano;
- sarà data continuità agli interventi di valorizzazione, sviluppo, ottimizzazione dell'Azienda speciale dell'Unione ASC InSieme, unica azienda multisettoriale di ambito distrettuale. che gestisce per conto dell'Unione i servizi sociali e socio sanitari per l'intero ambito distrettuale e di cui si allegano al presente Piano Statuto e Atto Costitutivo ufficiali (All.5 Statuto e Atto Costitutivo e All.6 Piano Programma ASC InSieme)



CAPITOLO 2 Scelte strategiche e priorità

Scelte strategiche e priorità del Piano di zona per la salute ed il benessere sociale triennale 2018/2020, anche in riferimento:

2.1 indirizzi

Il Piano Sociale Sanitario Regionale individua “il distretto quale nodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione socio-sanitaria”.

Questa affermazione della Regione Emilia Romagna è in linea e coerente con gli orientamenti e le decisioni prese già diversi anni or sono dai comuni del distretto Reno Lavino Samoggia che, nel 2010, con lungimiranza, decisero di gestire in forma associata i servizi socio-sanitari creando l'azienda consortile ASC Insieme (oggi azienda Speciale dell'Unione) a cui allora fu affidata la gestione dei servizi degli allora 9 comuni del distretto. E' anche grazie a questa lungimirante scelta politica, confermata con la nascita dell'Unione Reno Lavino Samoggia e l'assunzione da parte di quest'ultima della titolarità delle politiche sociali e socio sanitarie, se quelli che la Regione Emilia Romagna indica come obiettivi da raggiungere nell'arco temporale di valenza del Piano Sociale Sanitario Regionale sono qui, in questo distretto, già oggi raggiunti.

Tutto questo ha consentito una più efficace capacità di rispondere ai bisogni senza aver compromesso o perduto quella di una loro attenta lettura, conoscenza ed individuazione, grazie anche al contributo del “forum degli assessori comunali ai servizi socio-sanitari”, strumento che la governance dell'unione ha voluto affiancasse e supportasse il lavoro del comitato di distretto proprio per la conoscenza del territorio con le sue peculiarità che questo strumento può assicurare.

La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro; l'invecchiamento della popolazione; l'immigrazione, fenomeno che ha assunto dimensioni nuove e rilevanti costituiscono un insieme di fattori che hanno influenzato severamente le condizioni di vita di molte persone a partire da quelle più fragili aggravando od esasperandone i bisogni, mentre ne nascevano di nuovi ed altri, che un tempo rimanevano inespresi perché risolti all'interno della famiglia, e che nel tempo sono emersi anche per il modificarsi della composizione delle famiglie sempre più spesso ridotte a nuclei di una o due persone.

Dunque; invecchiamento della popolazione, crisi economica, crescita degli stranieri, allentamento dei legami famigliari, crisi economica, disoccupazione, tutto ciò pone sotto stress il sistema dei servizi che deve saper reagire, raccogliere e vincere questa sfida.

Per vincere questa sfida è necessario adattare il sistema locale del Welfare alla realtà di oggi, rimodulando il piano delle azioni per rispondere a questa situazione per certi versi nuova, ma certamente diversa dalle precedenti. “Una nuova visione di Welfare che, a partire dalle tantissime cose buone del passato punta all' ammodernamento ed al miglioramento dei servizi” mettendo in campo nuove risorse, nuove idee, nuovi soggetti.

Davanti a questa sfida deve esser l'intera società, non più solo il “pubblico” a farsi carico del benessere dei cittadini coinvolgendo la società civile organizzata: volontariato, associazioni di promozione

sociale, cooperative sociali, rappresentanze sindacali. Passando da *welfare state* a *welfare society* ponendo la responsabilità sociale in capo non solo ad alcuni soggetti, ma al territorio nel suo insieme.

Se questo sarà l'approdo, se si arriverà a questo risultato ciò non avverrà con drastiche cesure o traumatiche trasformazioni, ma con lenti spostamenti, per "osmosi molecolare", con progressivi adeguamenti senza smantellare ciò che c'è e si fa, ma modificandolo, adattandolo, innovandolo.

Questo è l'obiettivo strategico che ci sembra di individuare nel Piano Sociale Sanitario Regionale e che viene fatto proprio dal Piano di Zona distrettuale.

Nel Piano Sociale Sanitario Regionale c'è, non poteva essere altrimenti, il riconoscimento e la conferma del distretto come ambito ottimale per l'integrazione socio-sanitaria, distretto che deve porsi come primo argine alla deriva privatistica che ha portato, negli ultimi anni, ad un consistente aumento della spesa sanitaria privata con una stima, per il 2018, di 40 Mld di euro, con milioni di persone che si sono indebitate per far fronte a questa spesa e altre che rinunciano a curarsi.

Lo stesso sta avvenendo sul versante del sociale; quando non si trovano adeguate risposte nel pubblico le famiglie "inventano" soluzioni private. Negli anni passati si diffuse il fenomeno delle "badanti" ora nascono come funghi le case famiglia.

Come fu, in qualche modo, anche se non completamente, governato e ricondotto almeno in parte in un ambito pubblico il fenomeno delle badanti deve avvenire lo stesso per le case famiglia.

Anche questo è parte dei compiti d'integrazione, controllo, verifica dei servizi a cui il distretto non può sottrarsi.

Punto qualificante dell'azione del distretto deve essere quello di avvicinare i servizi ai cittadini: perché prossimità, territorialità, domiciliarità non restino semplici parole occorre per prima cosa sviluppare e realizzare il piano delle Case della salute come indicato dalla programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera metropolitana.

Nel contempo si devono creare le condizioni per consentire, ogni volta che sia possibile, alle persone anziane e/o disabili di rimanere nel loro ambiente di vita. Questo richiede certamente una attenzione particolare alla assistenza domiciliare, ma anche e forse prima ancora un'azione di supporto, formazione e guida verso i *care givers* professionali e famigliari.

Le sfide che aspettano i servizi sono oltremodo impegnative ed affrontarle sarebbe certamente più agevole se su di loro si allentasse la pressione che deriva dalla situazione ancora di crisi economica, occupazionale e sociale che stiamo vivendo, ecco perché il contrasto alla povertà è forse l'obiettivo più importante, uscire da una situazione di povertà vuol dire aver un lavoro e avere un lavoro riduce la fragilità, crea un percorso relazionale; si lavora con qualcuno per qualcuno, e anche così si esce da quell'isolamento che spesso porta all'emarginazione.

Per questo SIA_RES_REI_L.14 ed anche l'ipotizzato reddito di cittadinanza possono esser strumenti validi ed utili per sollevare le persone dal loro stato di bisogno.

Su questo versante deve essere massimo l'impegno di tutti. Tutti perché il Piano di Zona è frutto di un intenso lavoro di condivisione, concertazione e coinvolgimento. Numerosi sono gli attori invitati ai tavoli che hanno portato alla stesura del piano; terzo settore, associazioni, sindacati; tutti sollecitati nel mettere a disposizione il loro grande potenziale d'idee, risorse materiali e immateriali di creatività di cui dispongono.

Nella situazione non facile che viviamo è importante più che mai mantenere saldo "il tessuto sociale e questo è possibile considerando il welfare pubblico, territoriale e comunitario, come una costruzione collettiva in cui ognuno è chiamato a fare la propria parte. Occorre puntare ad un sistema di welfare più coeso, dinamico e partecipato, che si pone l'obiettivo di aggredire i problemi anche attraverso la costruzione di reti sociali, chiamando alla corresponsabilità e alla proattività gli utenti stessi con politiche abilitanti e iniziative di coprogettazione".

Questo è ciò che si è cercato di fare nella redazione del Piano di Zona nella speranza che tutti gli attori coinvolti possano trovare, scorrendo il documento, i punti in cui sia individuabile lo specifico contributo.

2.2 bisogni emergenti

- la crisi ha prodotto un'ulteriore fragilità nelle famiglie
- impegno sempre più elevato nei compiti di cura
- povertà materiale ed educativa nell'infanzia
- crescente disagio abitativo
- impatto sulla salute di consumi e stili di vita-bisogni emersi dal percorso fatto insieme a Centro Servizi Volontariato con Associazione di Promozione Sociale e Organizzazione di Volontariato:
- assenza di sostegno alle famiglie/persone sole, specialmente dove c'è un "carico di cura" (in particolare con figli adulti con disabilità grave e genitori anziani). In particolare nel weekend. Necessità di proposte che sostengano l'apprendimento di abilità.
- problematica legata al "dopo di noi" per persone con disabilità grave
- isolamento culturale/relazionale di donne straniere analfabete anche nella lingua di origine
- isolamento/ non integrazione di ragazzi stranieri (appena maggiorenni)
- mancanza di: alloggio, accettazione della comunità, lavoro,
- isolamento culturale/relazionale di donne straniere anche per scarsità di trasporti pubblici
- mancanza di proposte culturali, espressive, artistiche accessibili ed inclusive
- assenza di sostegno alle famiglie che vivono in "modo disgregato"

proliferazione del lavoro povero e sue ripercussioni sulla platea complessiva che aderisce all'offerta sociosanitaria

- povertà di nuclei familiari/singoli (sulla soglia della povertà) sia per quanto riguarda i bisogni primari, che per quanto riguarda l'emarginazione sociale/relazionale/culturale
- difficoltà a rispondere in rete a problematiche complesse legate alla povertà ed alla fragilità, sia da parte delle organizzazioni che da parte delle persone
- aumento della fragilità e della fragilità in età senile.

2.3 priorità:

Le priorità d'intervento del piano triennale, e dell'attuazione tramite la programmazione annuale, sono:

2.3.1) Lotta a povertà/esclusione alla fragilità

- garantire condizioni di accesso ai servizi e modi di fruizione equi e appropriati, rispettosi cioè delle differenti condizioni individuali, familiari e di gruppo;
- promuovere interventi precoci e diffusi volti a rendere più ampie, approfondite e "attive" le conoscenze delle persone sulle proprie potenzialità;
- potenziare gli interventi a sostegno dell'infanzia, degli adolescenti e della genitorialità;
- integrare le politiche sociali con le politiche del lavoro attraverso l'attuazione di L.R. 14/2015, SIA e RES;
- integrare le politiche sociali con le politiche abitative;
- creare e favorire le opportunità di sviluppo e nuovo protagonismo del Terzo settore ed in particolare il mondo del volontariato e dell'associazionismo;
- valorizzare le politiche attive sul lavoro attraverso l'albo delle aziende inclusive.

2.3.2) Distretto/ambito territoriale ottimale/Unione quale snodo strategico

- integrare le politiche e le azioni sociali e sanitaria e tutte le politiche che incidono sullo stato di salute e le condizioni di benessere della comunità;- dare continuità alla gestione distrettuale in forma associata, attraverso l'Unione Reno, Lavino e Samoggia, delle funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari;
- razionalizzare e laddove sia possibile integrare i diversi dispositivi di valutazione multidimensionale previsti nei differenti percorsi;
- costruire e migliorare gli strumenti di valutazione integrata;
- condividere con i cittadini un percorso di assunzione reciproca di impegni e responsabilità nella costruzione del percorso individualizzato.

2.3.3) Prossimità e territorialità

- sviluppare strumenti nuovi di prossimità;
- potenziare e valorizzare l'integrazione sociale e sanitaria nello sviluppo delle Case della Salute e dei modelli integrati e multidisciplinari di intervento;
- attivare percorsi e servizi utili a consentire alle persone di rimanere nell'ambiente originario di vita, se lo desiderano, e a renderlo più vicino e fruibile: non solo la casa ma il contesto della quotidianità fatto di attività, di spazi e tempi, di relazioni e conoscenze, che hanno senso per loro;
- coinvolgere, qualificare e supportare le risorse dei caregiver, considerando anche la presenza diffusa di assistenti familiari private, del contesto informale, del privato sociale e della comunità;
- sviluppare e potenziare la collaborazione e il coordinamento tra i diversi servizi sociali, socio-sanitari e sanitari;
- potenziare gli strumenti in uso (l'unità di valutazione multidimensionale, il lavoro in équipe);
- consolidare i nuovi strumenti di integrazione socio-sanitaria per progetti di cura e di autonomia possibile, come il budget di salute;
- sperimentare e potenziare i servizi dedicati: l'educativa di strada, i centri per le famiglie, i centri adolescenza, il "Dopo di noi", gli appartamenti di transizione;
- porre attenzione alla figura dei caregiver (L.R. 2/2014), riconosciuti come risorse indispensabili alla rete dei servizi;
- promuovere una campagna informativa rivolta alle famiglie che hanno familiari nelle CRA e CD su agevolazioni fiscali collegata alla presenza in struttura a cura di ASC Insieme.

2.3.4) Interazione con l'attuazione del piano prevenzione regionale 2015/2018.

Le scelte strategiche e priorità saranno perseguite a livello territoriale in interazione con i 10 macro obiettivi individuati nel Piano Nazionale Prevenzione:

1. Ridurre il carico di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani
4. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
6. Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti
7. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

10. Attuare il Piano nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Coerentemente con il Piano regionale dell'Emilia-Romagna la progettazione territoriale sarà focalizzata nei 6 ambiti (o setting) su cui agire:

- ambienti di lavoro
- comunità (programmi rivolti alla popolazione)
- comunità (interventi per fasce di età)
- comunità (interventi per condizioni specifiche)
- scuola
- ambito sanitario (inteso come prevenzione e contrasto dei fattori di rischio nei cittadini e nella comunità, con interventi proattivi da parte dei servizi sanitari)

Si rinvia per il dettaglio ai documenti disponibili sul sito della Regione Emilia Romagna (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/piano-regionale>):

- Piano Regionale Prevenzione 2015/2018
- Rimodulazione Piano Regionale Prevenzione 2018/2019



01 Case della salute e Medicina d'iniziativa - COORDINAMENTO AUSL

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Riferimento scheda distrettuale: 01 Case della salute e Medicina d'iniziativa - COORDINAMENTO AUSL_

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

Razionale	<p>REGIONALE: Gli orientamenti internazionali ribadiscono la necessità di rafforzare l'assistenza primaria per rispondere in maniera efficace ai mutamenti epidemiologici e sociali. Nel 2014 la Commissione Europea ha definito l'assistenza primaria come l'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, in risposta alla maggioranza dei problemi di salute. La Legge Balduzzi (L.189/2012) e il Patto per la Salute 2014-2016 sono allineati a tali orientamenti, evidenziando la necessità di organizzare le cure primarie secondo modelli multiprofessionali e interdisciplinari, che vedono, quali professionisti deputati all'erogazione dell'assistenza primaria, il personale dipendente delle aziende sanitarie e degli enti locali in integrazione con il personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali), presso specifiche strutture. In Emilia-Romagna le Case della Salute traducono empiricamente gli orientamenti internazionali e nazionali, ponendosi in continuità ed a completamento del percorso regionale di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, avviato a partire dagli anni 90. Le Case della Salute rappresentano una delle priorità del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.</p>
Descrizione	<p>Le Case della Salute rappresentano una delle priorità del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015. 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. Il Distretto è idealmente suddiviso in due ambiti di riferimento dove insistono le relative Case della Salute: -ambito Reno Sasso- sviluppato sulla valle del Reno (50.845 abitanti) - ambito Lavino Samoggia- lungo valli del Lavino e del Samoggia (60.016 abitanti). Le case della Salute Reno-Sasso e Lavino-Samoggia saranno organizzate, secondo il sistema Hub e Spoke. Le due sedi principali, Casalecchio di Reno e Zola Predosa, sono collegate alle sedi di Sasso Marconi , Bazzano, Monte S.Pietro, Crespellano , Monteveglio, Castello di Serravalle, Savigno nonché a tutti i nodi sociali e sanitari che si prendono cura della popolazione di quell'ambito. La Casa della Salute di Casalecchio prevede già un servizio mensa .Ci si adopererà per verificare la possibilità di estendere la stessa anche alle altre Case della salute. Le Case della Salute si pongono come il luogo ideale per la medicina di iniziativa, un modello</p>

assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento. 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.

Per poter procedere concretamente è necessario preparare una comunità professionale che possa incontrare la comunità in cui opera e questo non può prescindere dalla costruzione di percorsi formativi. Per questo sono state attivate iniziative formative INTEGRATE ed INTERATTIVE che hanno supportato l'avvio della Casa della Salute di Casalecchio (2015-2016). Hanno preso l'avvio inserite nei programmi di Community Lab Regionali e sono proseguite a livello locale. Gli obiettivi principali sono stati la conoscenza del "sistema salute" e la reciproca conoscenza tra UUOO a favore di una efficace integrazione professionale e organizzativa tesa alla costruzione della Comunità Professionale e al cambiamento dei modelli di presa in carico. Le iniziative si sono ripetute ed hanno coinvolto circa 200 professionisti (sanitari e sociali, ospedalieri e territoriali) e i rappresentanti istituzionali dell'Unione dei Comuni. In particolare nel corso del 2017 sono state coinvolte anche Associazioni, Sindacati e Terzo settore. Nel corso del triennio il contenuto formativo è diventato sempre più concreto fino a render tangibili interventi e soluzioni. Le iniziative INTEGRATE di formazione organizzate sono state:

Anno 2015:
La Casa della Salute come luogo di integrazione professionale a servizio del cittadino 88 Professionisti coinvolti Casa della di Salute Casalecchio)

Anno 2016:
Laboratorio Community Lab di scambio e confronto con esperienze di percorsi partecipati sulle case della Salute della RER con confronto e partecipazione della realtà Brasiliana (7 ore Presenti un centinaio di persone tra professionisti.rappresentanti delle Comuni ed Unione Associazioni e liberi cittadini)
Definiamo il contesto e condividiamo il mandato istituzionale della Casa della Salute di nel territorio del Distretto di Casalecchio di Reno 146 professionisti coinvolti
Costruire la Comunità professionale e accogliere il cittadino nella Casa della Salute Ambito Reno Sasso (68 professionisti) Ambito Lavino Samoggia (73 professionisti)

Anno 2017 :
Patti di Comunità per la Salute Casa della Salute ambito Reno-Sasso suddiviso in due fasi. Fase 1 (52 professionisti) Fase 2 (38 Professionsiti)
Costruire salute con la Comunità(Open Space Technology) L'integrazione orizzontale è davvero un miraggio a Lavino-Samoggia? Suddiviso in quattro fasi. Fase 1 (Uprofessionisti) Fase 2 (5 professionsiti) Fase 3(26 professionisti) Fase 4(39Professionisti)

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. Le Case della Salute si pongono come il luogo ideale per la medicina di iniziativa. Per Medicina d'iniziativa si intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta che sia il cittadino a raggiungere i servizi, ma si attiva per intercettarlo prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sulla educazione.

In questa direzione e in coerenza con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione, presso le Case della Salute del Distretto sono stati attivati percorsi di presa in carico dei pazienti Cronici nel setting ambulatoriale e domiciliare e si sono moltiplicate le iniziative proposte/realizzate di informazione, educazione e promozione edlla salute.

- o "Endometriosi: una patologia poco nota... Perché male invisibile?" Un incontro informativo con chi soffre o chi non sa di soffrirne. Come riconoscere i sintomi e qual è il panorama terapeutico
- o Punto d'ascolto rivolto a pazienti oncologici dei volontari dell'Associazione "Gli Onconauti" aperto per 2 giorni alla settimana.
- o "Corso Yoga", attività di riabilitazione oncologica integrata a cadenza settimanale rivolta ai malati e ai loro caregiver organizzata dall'Associazione di Volontariato "Gli Onconauti" (30 incontri)
- o "Il mio amico Parkinson" mattinate formative/informative a cadenza settimanale rivolte a persone con sindromi parkinsoniane e ai loro familiari. A questi appuntamenti le persone che partecipano hanno la possibilità di confrontarsi in modo informale sui temi legati

alla malattia e alla sua gestione, con una psicologa. Gli incontri vogliono essere uno spazio di socializzazione e sostegno, ma anche di ricreazione ed attivazione a livello emotivo e corporeo per questo alternano la loro presenza una musicoterapeuta e una psicomotricista. (59 incontri)

- "Giornata delle malattie Rare" Incontro rivolto alla cittadinanza con Medici di Medicina Generale, il Direttore dell'U.O Epidemiologia, promozione della Salute e comunicazione del rischio dell'AUSL di Bologna e la testimonianza di un'esperienza diretta
 - o "Insieme Mamme e bambini" un'esperienza di 10 d'incontri per mamme e bambini tra 0 e 9 mesi. Un percorso verso la mutualità facilitato da due volontarie ; all'interno di questa attività sono previsti 4 appuntamenti con un'ostetrica, un pediatra, un'infermiera e una pedagista del nido.
 - "Il Comunale in città" La Casa della Salute festeggia ad un anno dalla sua inaugurazione con un appuntamento musicale nella sala d'aspetto del CUP diventando una delle sedi della rassegna che nasce dall'esigenza di ripensare alla musica come luogo d'incontro e intessendo un dialogo tra musica e salute
 - o "Pane e internet" un progetto finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, nell'ambito dell'Agenda Digitale Regionale, per favorire lo sviluppo delle competenze digitali dei cittadini al fine di garantire una piena cittadinanza digitale e l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
 - "Insieme Mamme e bambini" un'esperienza di 10 d'incontri per mamme e bambini tra 9 e 18 mesi. Un percorso verso la mutualità facilitato da due volontarie ; all'interno di questa attività sono previsti 4 appuntamenti con un'ostetrica, un pediatra, un'infermiera e una pedagista del nido.
 - "Settimana Mondiale della Tiroide" (ogni mese di maggio) con banchetti informativi ed una esperta presente in alcune occasioni per rispondere alle domande dei cittadini organizzati dall'Associazione Patologie Endocrine (nei quattro punti del Distretto)
 - Progetto "Salut Over", 7 appuntamenti a cadenza settimanale sulle patologie che sono la causa principale dei decessi, di perdita di anni in buona salute e di spesa sanitaria, le quali hanno come denominatore comune fattori di rischio modificabili:
 - "La prevenzione e i sani stili di vita: armi vincenti di tutte la malattie della società moderna"
 - "Gli psicofarmaci: come e quando. Qualche utile informazione"
 - "Impariamo a fare la spesa: scelte quotidiane, alimentari e sociali"
 - "Il diabete, prevenzione e cura"
 - "Piede diabetico, prevenire è davvero meglio che curare!"
 - "Prevenzione del rischio osteoporotico ambientale"
 - "La prevenzione cardiovascolare aggiunge anni alla nostra vita"
- organizzati dall'Associazione di Volontariato ANTEAS "Giuseppe Fanin" Bologna
 - o 5°Flashmob regionale "Allattiamo insieme!" indossa una maglietta bianca e vieni anche tu ad allattare. Presenza del gruppo AMA "Allattiamo & Cresciamo" che si incontra mensilmente presso la Casa della Salute di Casalecchio di Reno.
 - o "Insieme Musical-Mente" iniziativa organizzata per i festeggiamenti della Giornata Mondiale della Salute Mentale. Presenti un punto d'informazione sui progetti realizzati in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale e delle Associazioni della Salute Mentale aderenti al CUFO (Comitato Utenti Familiari e Operatori), di alcune associazioni del territorio con banchetti espositivi, l'allestimento di una mostra realizzata dal Collettivo Artisti Irregolari Bolognesi.
 - o "Mi piace se ti muovi... allora muovi!" incontro di promozione/informazione dell'Attività Fisica Adattata organizzata da operatori della Casa della Salute con la partecipazione della Polisportiva Masi.
 - o "AMA per ritrovarti" incontro rivolto a familiari e pazienti con patologie neurologiche degenerative per la costruzione e l'avvio di un gruppo di Auto Mutuo Aiuto
 - o "Diabete, cibo e salute" per la Giornata Mondiale del Diabete con diversi momenti:
 - Misurazione della glicemia, test di valutazione del rischio a sviluppare la malattia (pedana baropodometrica per le posture del piede)
 - Incontro pubblico con i cittadini con informazione /formazione da parte di un diabetologo, di una dietista/nutrizionista, di un docente di scienza e cultura dell'alimentazione e di uno chef.
 - Buffet specifico con alimenti adatti a pazienti diabetici preparato dall' Istituto Alberghiero Scappi
 - Spettacolo per la cittadinanza
 - o "L'endometriosi??? Roba da donne!!!" incontro con un Medico di medicina generale, l'Associazione Arriane endometriosi onlus uno specialista di Ginecologia di AOSP
 - o "Liberi di Guidare Sempre", organizzata dall'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Stradale il cui obiettivo è contribuire ad aumentare la sicurezza stradale degli over 65, a ridurre di conseguenza i fattori di rischio, a prevenire gli incidenti che coinvolgono queste categorie di popolazione e a promuovere la mobilità sostenibile. Per molte di queste persone la possibilità

di guidare ha un importante significato di autonomia.

- o “Culture del cibo” Ciclo di eventi con la presentazione di libri:
- “Vegetaliana” dialogo sul tema della scelta vegetariana tra Paola Navacchia (Dirigente medico Igiene Epidemiologia e sanità Pubblica) e l’autrice del libro Giuseppina Siotto
- “Il tao e l’arte dei fornelli” dialogo sul tema dell’alimentazione energetica tra Grazia Lesi (Ginecologa Dipartimento Cure Primarie) e l’autrice del libro Lena Tritto
- Degustazione di alcune delle ricette dei due libri presentati preparate e presentate dall’Istituto Alberghiero Scappi
- o In occasione della Giornata mondiale contro l’AIDS, indetta ogni anno il 1° dicembre, e dedicata ad accrescere la coscienza della epidemia mondiale di AIDS dovuta alla diffusione del virus HIV sono stati organizzati:
 - ☒ un corner informativo per sensibilizzare la popolazione a fare prevenzione e diagnosi precoce con la distribuzione di materiale informativo sull’offerta dei servizi sul territorio
 - ☒ degli incontri per le scuole con la Responsabile dell’Ambulatorio MTS (Malattie Trasmesse Sessualmente) di AOSP, la Responsabile dello Spazio Giovani del Distretto e un infermiere
 - ☒ esecuzione gratuita dei test rapidi a prelievo a capillare per l’HIV. Gli esperti sono rimasti a disposizione dei cittadini per rispondere alle loro domande e fornire informazioni sulla prevenzione e sull’offerta di cura e assistenza
- o “Alimentare la prevenzione”, incontro con laboratorio di cucina che ha proposto un menù salutare che fa tesoro della tradizione mediterranea alle signore operate al seno con la collaborazione della UOC Igiene alimenti e nutrizione del Dipartimento sanità
- APE incontra l’arte – Clinica e arte insieme” incontro con medici endocrinologi dell’azienda UsI di Bologna e una storica dell’Arte sul gozzo tiroideo- Tiroidite post-partum e Acromegalia. I riferimenti ad opere artistiche del passato arricchiscono di suggestioni e della prospettiva storica le rigorose comunicazioni degli specialisti. L’Arte, con il suo valore documentale, ricorda non solo la persistenza delle patologie endocrine nel tempo, ma anche l’urgente necessità di combatterle (organizzata dall’Associazione Patologie Endocrine che al termine dell’evento ha offerto a tutti sale iodato e un buffet preparato dall’Istituto Alberghiero Scappi)
- o “Lezione informativa sulle manovre di disostruzione, primo soccorso e sonno sicuro” organizzata dall’associazione “Le querce di Mamre” in collaborazione con i volontari della Croce Rossa Italiana. Poche e semplici manovre che possono salvare la persona in difficoltà spiegate teoricamente e poi testate praticamente sotto la guida esperta dei volontari della CRI
- o “Una donna per le donne” nella giornata internazionale delle ostetriche. Un incontro e una targa alla Casa della Salute in ricordo di Amedea Serra, ostetrica condotta. Occasione per ricordare il ruolo dell’ostetrica per la salute delle donne.
- o “L’Auto Mutuo Aiuto – Promuovere la cultura della mutualità per favorire la nascita di gruppi nel territorio”; due giornate di formazione rivolte ai cittadini, membri di Associazioni e/o enti di volontariato, ai professionisti dell’AUSL, degli Enti Locali e agli Amministratori Locali dell’Area Metropolitana.
- o “40 anni di Basaglia”, tre giorni di riflessioni e iniziative sulle esperienze realizzate per cambiare gli approcci alla salute mentale.
- ☒ “Il Bianco e il Nero, percorsi di cura possibili?” Presentazione del libro Il bianco e il nero. Esperienze di etnopsichiatria nel servizio pubblico
- ☒ “40 anni di legge Basaglia: lo sport come inclusione sociale”
- ☒ “super Magic Crazy Sport” 6° Trofeo Moses Wizo “Correttezza e lealtà”. Meeting sportivo promosso dalle polisportive per l’inclusione sociale con la partecipazione di studenti delle scuole, volontari, cittadini attivi nell’ambito del programma PRISMA
- o “Settimana Mondiale della Tiroide” (ogni mese di maggio) con banchetti informativi ed una esperta presente in alcune occasioni per rispondere alle domande dei cittadini organizzati dall’Associazione Patologie Endocrine
- o Banchetto informativo per la “XVII Giornata Nazionale del Sollievo” (Legge 38) per la diffusione delle risposte sul territorio
- o “Progetto di alternanza scuola-lavoro “Buone pratiche nei punti prelievo”. Studenti di due licei bolognesi impegnati per una settimana in un’indagine sulle buone pratiche nei punti prelievo.

Uno spazio particolare viene rivolto all’Auto Mutuo Aiuto (AMA) la cui filosofia è quella di mettere in contatto persone che condividono lo stesso problema, facilitando il dialogo, lo scambio vicendevole e il confronto. All’interno di questi gruppi i rapporti si fondano sulla reciprocità e l’accesso è aperto a tutti e gratuito.

Negli ambiti territoriali del Distretto trovano accoglienza 16 gruppi differenti che si occupano di varie tematiche che vanno dal disagio psichico al deterioramento cognitivo, dalle dipendenze alle esperienze di lutto, dalle problematiche di salute, alla disabilità

Destinatari	I cittadini e i professionisti che vivono ed operano nel territorio Distrettuale
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Proseguire con le azioni di identificazione su tutto il territorio distrettuale della rete delle case della salute in coerenza con la DGR 2128/2016 e con la Progettazione Aziendale della rete Ospedaliera e Territoriale (PATRO) . - proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con la CTSS Metropolitana. In particolare proseguire con la definizione della Casa della salute con sede a Bazzano, con l'accurata analisi di fattibilità, in integrazione con il Comune, relativa all'ampliamento della sede collegata di Monte San Pietro ; - proseguire nella realizzazione di un coerente programma formativo integrato ed interattivo (professionisti sanitari, sociali, cittadini e politici) privilegiando le forme di formazione sul campo; - avviare incontri multiprofessionali per la discussione e la presa in carico di casi complessi nella prospettiva di consolidare i Team delle Cure Intermedie (TCI) - proseguire nell'implementazione di progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione e negli Accordi Contrattuali della Medicina Convenzionata; - facilitare l'accoglienza e l'accesso integrato sociale-sanitario con particolare attenzione alla sperimentazione di punti di informazione per Caregiver - attivazione di "Gruppi di Cammino" in integrazione con le realtà già presenti nei territori e le iniziative previste dal PRP regionale (progetto DATTI UNA MOSSA) - realizzazione di eventi di cultura digitale (uno entro 2018) Verranno formati i volontari del Servizio Civile che potranno poi esercitare il ruolo di Facilitatori Digitali con i cittadini per stimolarli e guidarli all'utilizzo del FSE nelle Case della Salute e nei centri di aggregazione locali (Centri sociali). - realizzazione de "La scuola del Caregiver". Sono previsti 7 appuntamenti tra settembre e ottobre di cui 1 con tema generale sul caregiver e sulle opportunità e risposte che il territorio può mettere in campo - avviare il progetto "Riabilitango® per il BenEssere" 12 incontri, a cadenza settimanale, di Tangoterapia rivolti a persone anziane con malattia di Parkinson e ai loro familiari/caregiver. e a persone anziane con lievi problemi di deambulazione (Concorso di Idee - e-care 2018) - collaborazione con i Medici di Medicina Generale per offrire alla cittadinanza/ai loro pazienti incontri che trattino i temi della salute legati alle principali patologie che portano a cronicità e parallelamente ai corretti stili di vita da condurre - costruire un rapporto di collaborazione con le scuole del territorio, come già realizzato in altre occasioni (HIV, Diabete, Tumore del la mammella, prevenzione delle patologie andrologiche...)...)con Istituti Superiori, ma anche con le scuole primarie e secondarie di primo livello. (es co-progettare con l'Associazione Patologie Endocrine un progetto relativo alla iodoprofilasi) - sperimentazione di progetti condivisi e concordati di medicina d'iniziativa che prevedono da parte dei MMG intercettazione di soggetti fragili non ancora in carico ai servizi socio sanitari, ma considerati fragili secondo i profili di rischio (risk - ER), analisi dei bisogni prevalenti e progettazione individualizzata attraverso la condivisione del PAI da parte dei MMG, Infermieri Territoriali, Assistente sociale e Medici Specialisti; - proseguire con la presenza dei Volontari del Servizio Civile nelle case della Salute dei due ambiti Distrettuali;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	La Casa della salute viene identificata come lo spazio organizzativo caratterizzato da un'ampia integrazione orizzontale pertanto tutte le politiche e le strategie di prevenzione, promozione e presa in carico legate all'area Sanitaria, Sociale e Socio-sanitaria sono collegate.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL Bologna, Unione dei Comuni, ASCInsieme, associazioni, terzo settore, Organizzazioni sindacali
Referenti dell'intervento	Fini / F.Franchi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 3

1°: evidenza

del percorso formativo integrato realizzato nei due ambiti distrettuali

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Almeno 1

- **Obiettivo 2019:** Almeno 2

- **Obiettivo 2020:** consolidamento

02 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata - COORDINAMENTO AUSL

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Riferimento scheda distrettuale: 02 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata - COORDINAMENTO AUSL

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

Razionale	<p>La rete ospedaliera, nella nostra come in altre Regioni, si è sviluppata attorno a punti di offerta storici e sulla base di opportunità locali. Il percorso di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera si è orientato e si orienta al perseguimento di maggiori livelli di appropriatezza della risposta ed efficienza nell'uso delle risorse sulla base dei bisogni prevalenti della popolazione (cronicità, multimorbilità), ed in armonia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. In tal senso, l'implementazione di modalità organizzative e strumenti per il rafforzamento della presa in carico territoriale, della continuità dell'assistenza tra territorio e ospedale, e della integrazione socio-sanitaria (le Case della Salute, gli Ospedali di Comunità/i PL di Cure Intermedie, i percorsi assistenziali, i percorsi dedicati alle cure palliative e al fine vita) concorre alla riduzione dei ricoveri ospedalieri per tutte quelle condizioni di salute in cui non è necessario. A questo si affiancano i percorsi che favoriscono la continuità della cura ed il rientro nel contesto più appropriato una volta risolto il problema acuto (ad es. percorsi di dimissione protetta, interventi educativi sul paziente ed il care-giver, ecc.). Per rispondere in maniera strategica e integrata alle esigenze degli utenti portatori di una molteplicità di bisogni differenziati, si raccorderanno le risposte che riguardano da un lato le professioni sociali nelle Ausl e dall'altro i servizi sociali propri degli Enti Locali. Oltre agli interventi a sostegno della continuità assistenziale ospedale-territorio, assumono rilevanza in questa prospettiva i percorsi nei servizi ad alta integrazione sociale e sanitaria e la tutela delle persone fragili e vulnerabili.</p>
Descrizione	<p>Dalla fine degli anni 90, col Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (PSR) è stato avviato un percorso di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, ed in particolare della rete ospedaliera secondo 2 approcci distinti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. reti Hub&Spoke, di competenza della programmazione regionale, per le discipline/attività in cui la risposta più adeguata alle esigenze di qualificazione e sostenibilità deve basarsi sulla concentrazione delle casistiche più complesse in centri Hub connessi agli Spoke per le casistiche meno complesse (es. neonatologia, cardiocirurgia, grandi traumi, oncologia); 2. reti ospedaliere integrate con i servizi distrettuali e sociali, al fine di assicurare ai cittadini di un determinato territorio (di norma provinciale) le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali per tutte le discipline che non presentano le caratteristiche delle reti H&S. <p>L'obiettivo indicato dal DM 70/2015 di adeguare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), migliorando il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere (es. indice di occupazione dei posti letto), incrementando il passaggio dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, e rafforzando l'introduzione di modelli innovativi territoriali trova conferma nell'approccio già avviato in Regione e dà avvio al riassetto complessivo.</p> <p>Con il susseguirsi della definizione degli standard nazionali previsti dalla Legge 135/2012, dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 si sono tracciate le linee di azione per la contestualizzazione alla realtà Metropolitana con la conseguente declinazione Aziendale e</p>

	Distrettuale.
Destinatari	Tutti i cittadini affetti da patologie acute e coloro che presentano condizioni di fragilità, cronicità e non autosufficienza.
Azioni previste	<p>Tutti i Distretti hanno definito i loro programmi attuativi della riorganizzazione sviluppando tre dimensioni: territoriale,cure intermedie ed ospedaliera, dettagliando per gli specifici territori le azioni che devono essere messe in atto. Per il Distretto Reno Lavino Samoggia:</p> <p>L’Ospedale di Bazzano, in coerenza con le discipline incluse nelle reti Hub&Spoke e all’ assetto della rete, si conferma nella sua caratterizzazione di degenza ordinaria, ambulatoriale e day service per le aree mediche. Per l’area Chirurgica si connota con la degenza ordinaria, day surgery polispecialistico e ambulatoriale, oltre che per l’attività di pronto soccorso con UDB/OBI.</p> <p>Applicati al Distretto i parametri di PL di Cure Intermedie indicati dall’Agenas, su 60 mila persone sarebbero previsti 20/21 PL per ambito, ma considerato l’analisi del flusso di ricoveri dei cittadini residenti e al tempo stesso la necessità di procedere in modo graduale, si ipotizza di partire con non più di 10/15 PL per ogni ambito territoriale.</p> <p>Osservate inoltre le condizioni strutturali a disposizione si preferisce superare la singola connotazione di Ospedale di Comunità a favore del livello assistenziale garantito dai PL di Cure intermedie all’interno della struttura Ospedaliera di Bazzano .</p> <p>Tenuto anche conto della necessità di sussidiarietà per la tipologia di pazienti che possono avvalersi di un ricovero nei letti di cure intermedie, si prevedono due realtà organizzative distrettuali, corrispondenti ai due ambiti territoriali e coincidenti con le principali direttrici stradali, uno sull’ambito Lavino-Samoggia presso l’Ospedale di Bazzano ed uno per l’ambito Reno-Sasso. Per quest’ultimo si esplora la possibilità di identificare PL presso una CRA .</p> <p>Per rendere operativa la proposta sull’ospedale di Bazzano, si ravvisa la necessità di effettuare un layout complessivo della struttura per l’ottimizzazione organizzativa e logistica degli spazi disponibili, per identificare la Casa della Salute al suo interno e per poter accogliere al meglio i pazienti e i loro caregiver. Per rendere operativa l’ipotesi sulla CRA è fondamentale trovare una soluzione che mantenga inalterata l’offerta di posti di residenzialità attuale.</p> <p>Per l’ambito Lavino Samoggia si prevede la possibilità di attuazione dei PL di Cure Intermedie nel corso dell’anno 2019 .</p> <p>Organizzazione di incontri di informazione e coinvolgimento dei Cittadini, CCMSS, Associazioni, Terzo Settore e Organizzazioni Sindacali.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	L’intero riassetto della Rete Ospedaliera e Territoriale viene condiviso, monitorato e diffuso nell’ambito del Comitato di Distretto e della CTSS Metropolitana.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL Bologna, Unione dei Comuni Reno Lavino Samoggia, ASCInsieme,
Referenti dell'intervento	Longanesi Andrea Franchi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: assicurare

l’ospedale di Bazzano come ospedale di riferimento per i cittadini del territorio nell’ambito della rete Territoriale e Ospedaliera Metropolitana.

Descrizione:

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Attività Medica e Chirurgica

- **Obiettivo 2019:** Attività Medica e Chirurgica

- **Obiettivo 2020:** Attività Medica e Chirurgica

03 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità - COORDINAMENTO AUSL

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

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

Razionale	<p>A livello internazionale si stanno sperimentando e sviluppando modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari cosiddetti di “cure intermedie” per rispondere ai bisogni emergenti legati all’allungamento della speranza di vita, all’aumento delle patologie croniche, multimorbilità e fragilità complessivamente intesa.</p> <p>Il concetto di “cure intermedie” nasce in Inghilterra nel 2000 nel National Beds Enquiry ed entra definitivamente nella politica sanitaria europea. Le Cure Intermedie risultano, quindi, essere costituite da un’area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari, erogati nel contesto della Assistenza</p> <p>Territoriale, in cui il piano di assistenza (PAI) è concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver e dove il self-management del paziente è uno degli obiettivi primari. La visione della Regione, per la definizione della rete delle Cure Intermedie, prevede lo sviluppo di una rete il più possibile integrata, di 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. In tale ottica andrà posta particolare attenzione alle modalità di accesso, alla organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione da ambito ospedaliero (dimissioni protette).</p> <p>Tra i servizi e le strutture caratterizzanti le Cure Intermedie, un ruolo importante rivestono gli Ospedali di Comunità. Ospedali di Comunità (OSCO);</p> <p>Gli Ospedali di comunità sono strutture intermedie tra l’assistenza domiciliare e l’ospedale, per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un’assistenza sanitaria che non possono ricevere a domicilio.</p> <p>Studi internazionali hanno dimostrato che le Cure Intermedie negli Ospedali di Comunità riducono in modo significativo il numero di re-ricoveri, per la stessa patologia, rispetto all’ospedale per acuti. Dopo 26 settimane di follow-up un numero sempre maggiore di pazienti risulta più responsabilizzato e più autonomo nella gestione dell’autocura. In tale ottica la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato ulteriormente la rete assistenziale territoriale attraverso la realizzazione di luoghi e modelli assistenziali per favorire ulteriormente l’accesso alle cure territoriali (Case della Salute) e avvalendosi di setting e strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale territorio come gli Ospedali di Comunità. Gli Ospedali di Comunità regionali intendono qualificarsi come strutture innovative per garantire l’integrazione ospedale-territorio e la continuità delle cure.</p> <p>Nella nostra realtà Metropolitana la declinazione del setting intermedio supera il modello in cui i Posti Letto(PL) di cure intermedie siano a disposizione solo nei Distretti ove le strutture ospedaliere devono essere adeguate al Decreto Ministeriale 70/2015 pertanto ove sono presenti intere strutture riconvertite in Ospedali di Comunità. Il convincimento della assoluta necessità di questo livello assistenziale fa sì che siano identificati PL di Cure intermedie in tutti i Distretti all’interno degli ospedali spoke o in altre strutture residenziali adeguate (ospedali Privati Accreditati o CRA) oppure da adeguare(case della salute)</p> <p>Le Cure intermedie rappresentano un’area strategica per le attività di presa in carico e accompagnamento di fragili, cronici, disabili e non autosufficienti, ricomprendendo in questo</p>
------------------	--

	<p>livello le attività di presa in carico a lungo termine degli anziani .Si definiscono sulla base della epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, che garantiscano, per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale, assicurata dai professionisti riuniti in Team multiprofessionali (Infermieri, medici di medicina generale, fisioterapisti, assistenti sociali etc).</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Nel Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 (DM 70/2015) le strutture intermedie si caratterizzano per avere come obiettivo sia evitare le ammissioni in ospedale sia supportare al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, con varie funzioni, sia nella gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, sia nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, sia nei centri di omunità/poliambulatori. In tale ottica assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo di strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità dell'assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale operativa\punti unici di coordinamento che, attraverso una valutazione multidimensionale, garantisca la presa in carico e la continuità con la rete territoriale dei servizi e delle strutture (DM 70/2015). In particolare, l'Ospedale di Comunità viene definito come una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da medici dipendenti del SSN. Nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 2040 del 10 dicembre 2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015" si afferma come l'Ospedale di Comunità prenda in carico prevalentemente pazienti che necessitano di: sorveglianza infermieristica continuativa; interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare). La degenza media prevedibile è di circa 20 giorni e l'accesso può avvenire dal domicilio o dall'ospedale, su proposta del medico di medicina generale o dall'ospedale. L'accesso agli Ospedali di Comunità (DGR n.221\2015; DGR n. 2040\2015) avviene sulla base di una valutazione multidimensionale del paziente, che sostiene un piano integrato e individualizzato di cura(PAI), concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver. L'assistenza è garantita da Infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (OSS, il cui compito potrà diventare anche di supporto educativo al caregiver) e altri professionisti come i fisioterapisti quando necessario; la responsabilità clinica della singola persona è affidata al Medico di medicina generale o ad altro personale Medico dell'AUSL. Si intende quindi, rispondere ai bisogni assistenziali complessi e di lungo periodo modificando l'attuale sistema di offerta centrato sull'assistenza in regime di acuzie e prestata in strutture ospedaliere , mettendo in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa sia a livello "orizzontale", con la creazione di team multi professionali (modelli a rete multiprofessionali), che "verticale" (sistemi assistenziali integrati con l'ospedale).</p> <p>Le Cure intermedie rappresentano l'insieme di servizi e attività che riguardano la transizione dei pazienti dall'ambito ospedaliero al domicilio (inteso anche come posto di residenza abituale con la famiglia e possibilmente definitiva) e parallelamente da una competenza esclusivamente clinica (tipica della fase acuta) ad una presa in carico di carattere multiprofessionale e contraddistinta da attività prevalentemente assistenziali. Il concetto si applica all'assistenza sia di pazienti post acuti che richiedono supporto in fase di riabilitazione in strutture territoriali, poiché sottoposti al rischio di nuovo ricovero, sia a pazienti cronici stabilizzati, prevalentemente assistiti sul territorio, che corrono il rischio di ospedalizzazione se non adeguatamente monitorati.</p> <p>Si caratterizzano come un sistema di servizi gestito in maniera integrata da organizzazioni sanitarie e sociali, collocato a ponte fra l'assistenza primaria ed il livello ospedaliero, in grado di collegare tra loro diverse aree del sistema di assistenza sanitaria e sociale (servizi di comunità, ospedali , MMG, operatori del sociale) e così come definito nel documento aziendale " Cure Intermedie e Ospedali di Comunità nell'Azienda USL di Bologna" , approvato dalla CTSS ricomprendono le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> assistenza domiciliare; ambulatori infermieristici; rete delle cure palliative; geriatria territoriale; servizi socio-sanitari <p>letti tecnici di Cure Intermedie assimilabili, per livello assistenziale, agli OSCO presso i presidi ospedalieri;</p> <p>Si accede alle Cure intermedie previa valutazione della unità valutativa multidimensionale (team delle cure intermedie TCI).</p>

<p>Destinatari</p>	<p>Persone con patologie croniche e bisogni assistenza infermieristica continuativa in specifico Pazienti non acuti Adulti over 18 Pazienti prevalentemente anziani con multimorbidità provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili con condizioni che richiedono assistenza infermieristica continuativa o programmabili Pazienti che necessitano di ri-attivazione motoria o riabilitazione Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente , comunque non meritevoli di ricovero presso ospedale per acuti Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>In accordo con la Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriali, si prosegue il percorso di attivazione dei posti letto di Cure Intermedie, e la costituzione dei Team di Cure Intermedie (TCI) in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di confronto interni al Distretto (AUSL e Unioine dei Comuni) , quelli intrapresi attraverso forme partecipative (community lab e formazioni integrata) nonché attraverso lo specifico ACCORDO sulla riorganizzazione del sistema sociosanitario territoriale con le OOSS</p> <p>Dare gradualmente seguito agli obiettivi e alle azioni contenute nei documenti di Programmazione Aziendale e Distrettuale e nel documento aziendale sulle Cure intermedie e ospedali di comunità</p> <p>In particolare ogni distretto realizzare in ogni distretto un punto di coordinamento unico TCI (composto da infermieri, assistente sociale medico clinico e altri professionisti di volta in volta necessari) presso ognuna delle 15 CdS programmate a livello Metropolitano.</p> <p>Nel Distretto Reno Lavino Samoggia viene costituito il TCI nell’ambito della Casa della salute RenoSasso con sede a Casalecchio nel 2018 e presso la Casa della Salute Lavino Samoggia con sede a Bazzano entro il 2019 anche se le modalità integrate e multidimensionali nella presa in carico dei pazienti saranno via via implementate attraverso un coordinamento orizzontale del lavoro e in coerenza con L’Accordo Integrativo Contrattuale con la MMG e con le linee di azione identificate già dall’estate 2018, per la prevenzione delle ondate di calore e di ricoveri impropri nelle fasce più fragili della popolazione anziana.</p> <p>Garantire il coinvolgimento e la condivisione coi Servizi Sociali Territoriali per la definizione e stesura del percorso assistenziale individuale (PAI).</p> <p>Applicati al Distretto i parametri di PL di Cure Intermedie indicati dall’Agenas, su 60 mila persone sarebbero previsti 20/21 PL per ambito, ma considerato l’analisi del flusso di ricoveri dei cittadini residenti e al tempo stesso la necessità di procedere in modo graduale, si ipotizza di partire con non più di 10/15 PL per ogni ambito territoriale.</p> <p>Osservate inoltre le condizioni strutturali a disposizione si preferisce superare la singola connotazione di Ospedale di Comunità a favore del livello assistenziale garantito dai PL di Cure intermedie all’interno della struttura Ospedaliera di Bazzano .</p> <p>Tenuto anche conto della necessità di sussidiarietà per la tipologia di pazienti che possono avvalersi di un ricovero nei letti di cure intermedie, si prevedono due realtà organizzative distrettuali, corrispondenti ai due ambiti territoriali e coincidenti con le principali direttrici stradali, uno sull’ambito Lavino-Samoggia presso l’Ospedale di Bazzano ed uno per l’ambito Reno-Sasso. Per quest’ultimo si esplora la possibilità di identificare PL presso una CRA, con posti aggiuntivi rispetto all’attuale organigramma.</p> <p>Per rendere operativa la proposta sull’ospedale di Bazzano, si ravvisa la necessità di effettuare un layout complessivo della struttura per l’ottimizzazione organizzativa e logistica degli spazi disponibili, per identificare la Casa della Salute al suo interno e per poter accogliere al meglio i pazienti e i loro caregiver. Per rendere operativa l’ipotesi sulla CRA è fondamentale trovare una soluzione che mantenga inalterata l’offerta di posti di residenzialità attuale. Si sono già attivati contatti per procedere con la ricerca di strutture idonee all’interno del territorio Distrettuale</p> <p>Per l’ambito Lavino Samoggia si prevede la possibilità di attuazione dei PL di Cure Intermedie nel corso dell’anno 2019 .</p> <p>Organizzazione di incontri di informazione e coinvolgimento dei Cittadini, CCMSS, Associazioni, Terzo Settore e Organizzazioni Sindacali per tutto il triennio a cadenza periodica.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>L’intero riassetto della Rete Ospedaliera e Territoriale, pertanto tutto quanto riguarda Le Cure Intermedie viene condiviso, monitorato e diffuso nell’ambito del Comitato di Distretto e della</p>

	CTSS Metropolitana. Piano Regionale Prevenzione 2016/2020 Programmazione attività socio sanitaria di ASC (residenzialità, fragilità, ASSDI...)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione dei Comuni, ASCInsieme , AUSL di Bologna, Azienda ospedaliera, Universitaria, Rizzoli , Gestori CRA, Sindacati
Referenti dell'intervento	DeLuca ML/A. Fini/ F.Franchi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 2

1°: Costituzione del TCI nel 2018 e presso

Descrizione:

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Uno presso la casa della salute RenoSasso con sede a casalecchio

- **Obiettivo 2019:** Uno presso la Casa della Salute Lavino Samoggia con sede a Bazzano

- **Obiettivo 2020:**

04 Budget di salute - COORDINAMENTO AUSL

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Riferimento scheda distrettuale: 04 Budget di salute - COORDINAMENTO AUSL

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

Razionale	<p>Si propone di consolidare l'esperienza applicativa dei Progetti Personalizzati con Budget di Salute del DSM DP, iniziata con gli utenti della salute mentale e/o con problemi di dipendenza, estendendo tale esperienza alla condivisione, alla collaborazione e alla co-progettazione con il Comune di Casalecchio, Distretto e ASC Insieme. Sul piano operativo, metodologico ed organizzativo è fondamentale lavorare in modo multi e interprofessionale mettendo in relazione operatori di servizi diversi con conoscenze e competenze diverse ma importanti in quanto risorsa. L'UVM può essere il luogo che integra informazioni, conoscenze, competenze, risorse e le traduce in un progetto individualizzato con obiettivi, interventi ed esiti, come già succede nel Distretto con le UVM Adulti e la UVM Disabili</p> <p>Quindi è importante sperimentare la progettazione e la valutazione dei progetti personalizzati con Budget di Salute in una struttura organizzata come l'UVM come anche definire in modo condiviso criteri e parametri, bisogni e requisiti, procedure, strumenti e metodologie che sostengono, orientano e regolano attività, percorsi, relazioni e responsabilità.</p> <p>In un secondo momento sarà possibile promuovere e realizzare progetti personalizzati con risposte adeguate alle problematiche specifiche e ai bisogni, di altre tipologie di utenza quali gli utenti della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, delle USSI Disabili Adulti, con problemi di marginalità, Anziani. La costruzione di tale tipo di attività e percorsi riabilitativi consentono anche a queste tipologie d'utenza sicuramente il recupero e l'acquisizione di abilità, di competenze e di autonomie comportamentali e relazionali volte al miglioramento del funzionamento personale e sociale. Inoltre è l'ottica della partecipazione attiva della persona, della famiglia nonché di altri attori pubblici come i Servizi socio-sanitari sociali e soprattutto del mondo della cooperazione sociale, dell'associazionismo e del volontariato che offre un'occasione per l'attivazione positiva e costruttiva della comunità nel suo complesso. E in questo spazio di partecipazione e di coinvolgimento che si possono favorire e promuovere atteggiamenti inclusivi, non stigmatizzanti e di effettiva cittadinanza cercando di ridurre la condizione di isolamento ed emarginazione di queste persone.</p> <p>Se tutti i soggetti della rete dei servizi e non, garantiscono una loro effettiva collaborazione ed integrazione, con il Budget di salute è possibile fornire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo per i bisogni sociali e di salute del singolo utente, che allo stesso tempo può risultare vantaggiosa per la comunità, riducendo le situazioni di cronicità e di marginalità al suo interno.</p> <p>Inoltre con la partecipazione delle associazioni dei familiari, del volontariato, del privato sociale è possibile lavorare per sostenere la domiciliarità e il lavoro di cura con e delle famiglie. È un percorso di empowerment e di capacitazione per la persona in carico e per la sua rete sociale.</p> <p>Infine la formazione continua deve essere il luogo dove si apprendono e si costruiscono idee e cose nuove ma dove si fa anche manutenzione e miglioramento dell'esistente con la partecipazione di tutti, nessuno escluso.</p>
------------------	--

<p>Descrizione</p>	<p>L'idea di coprogettazione e di cogestione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati con Budget di Salute, nasce nel 2013, nel DSM DP di Bologna, dopo un confronto ed un'elaborazione comune tra gli operatori sui temi della riabilitazione tradizionale, della sua evoluzione, dei risultati, dei rischi di cronicità, della necessità di un cambiamento dei percorsi svolti fino ad allora e del miglioramento degli esiti. Contemporaneamente in Regione Emilia Romagna, la Consulta regionale per la salute mentale aveva istituito un gruppo di lavoro composto da familiari, professionisti delle Aziende USL e della Regione per approfondire la metodologia del Budget di salute e che ha condotto nel 2015 al varo delle Linee d'indirizzo regionali. A fine 2013 viene emesso un bando di gara europea e a metà 2014, l'AUSL di Bologna affida ad un RTI di Cooperative Sociali A e B, lo svolgimento delle attività riabilitative socio-educative in favore degli utenti dei Centri di Salute Mentale, nell'ambito di aree specifiche di attività quali il lavoro, la socialità/affettività e l'abitare/domiciliarità.</p> <p>Tale modalità gestionale prevede il superamento degli interventi per singole e isolate prestazioni (a retta) e promuove progetti ad elevata integrazione socio-sanitaria (budget di salute) con il Terzo Settore (Cooperazione Sociale), utilizzando anche le reti comunitarie di supporto rese disponibili sul territorio (enti locali, volontariato, altri soggetti) al fine di favorire il contrasto alle disabilità, il miglior funzionamento personale e sociale dell'utente e la sua massima inclusione nel tessuto sociale di appartenenza.</p> <p>Il progetto terapeutico riabilitativo personalizzato diventa il fulcro intorno al quale ruotano i vari soggetti coinvolti ed è la cornice di senso e di significati che introduce cultura, pratiche e organizzazione secondo metodologie di lavoro innovative e un modello unitario, condiviso e integrato.</p> <p>L'insieme di finalità e di obiettivi è ben più di una sommatoria di bisogni, di azioni, di risposte. È un insieme di obiettivi e di interventi che variano al variare dei bisogni dell'utente che è direttamente coinvolto – come la sua famiglia – in tutte le fasi progettuali, realizzative e valutative sia rispetto agli aspetti operativi sia a quelli sociali ed economici. I progetti riabilitativi orientati verso il budget di salute sono un percorso che prevedono anche un cambiamento degli schemi culturali e professionali tradizionali degli operatori e dei Servizi e pertanto richiedono un processo di formazione continua e condiviso orizzontalmente tra professionisti dei servizi pubblici, operatori della cooperazione sociale e stakeholders.</p> <p>Nel 2015/2016 vi è stata la grande trasformazione nel DSM DP di 711 percorsi riabilitativi (120 del CSM RENO ,LAVINO E SAMOGGIAi) costruiti e condotti con le vecchie metodologie riabilitative, in altrettanti progetti personalizzati con BdS. È stato un passaggio gestito internamente e in proprio ma adesso - come da indicazione delle Linee d'indirizzo regionali - sarà necessario promuovere una maggiore integrazione anche attraverso nuove forme organizzative e di relazione tra i soggetti territoriali del Distretto RENO, LAVINO E SAMOGGIA</p> <p>Il Budget di salute esige la creazione di un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di garantire efficacia, efficienza, continuità e appropriatezza nelle azioni. Infine il concetto Budget di salute non deve essere inteso in modo riduttivo facendo riferimento alla sola dimensione economica, bensì bisogna ricondurlo ad un'idea di integrazione delle risorse umane, delle tecnologie, degli spazi, delle relazioni singole e di rete. Si tratta della definizione di tutti gli aspetti che concorrono a costruire il percorso di una presa in carico integrata, che non necessariamente si traducono in termini economici.</p> <p>A questo proposito percorso formativo iniziato nel 2014 dal DSM DP con i suoi partner attuali, potrebbe prevedere un allargamento ad altri soggetti nel momento in cui procederà a potenziare la dimensione di integrazione socio-sanitaria coinvolgendo maggiormente e a pieno l'Ente Locale e l'Azienda pubblica di servizi alla persona.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>utenti dei Centri di Salute Mentale, SerDP, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Nel corso del triennio si valuterà su quali altri destinatari ampliare il modello.</p>
<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - programmare azioni formative ed informative a livello locale distrettuale, con il coinvolgimento di operatori degli ambiti sanitario, sociale, socio-sanitario, terzo settore e di associazioni di utenti e familiari. - consolidare l'uso dello strumento con gli elementi qualificanti delle linee di indirizzo per i percorsi già in atto nel DSM DP di Bologna; - incentivare, l'applicazione del Budget di salute (soggetti: fascia giovanile con multi problematicità seguiti dai Centri di Salute Mentale, SerDP, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Gli soggetti da definire nei triennio) - sperimentare l'applicazione dello strumento con nuove tipologie di utenza, con riferimento metodologico a procedure e strumenti già consolidati negli specifici percorsi (Scheda di Progetto Personalizzato, Sistema Informativo di raccolta ed elaborazione dati e Vademecum del DSM DP);

	- formare un gruppo di lavoro con i referenti AUSL, Unione e ASC , che possa studiare l'applicazione di Progetti personalizzati con Budget di Salute per una selezione di casi trattati dalla UVM distrettuale;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Istituzioni/attori sociali coinvolti: AUSL di Bologna, Unione dei Comuni Reno, Lavino e Samoggia, ASC Insieme, Stakeholder(familiari, utenti), Terzo Settore (Cooperazione Sociale, Volontariato)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Istituzioni/attori sociali coinvolti: AUSL di Bologna, Unione dei Comuni Reno, Lavino e Samoggia, ASC Insieme, Stakeholder(familiari, utenti), Terzo Settore (Cooperazione Sociale, Volontariato)
Referenti dell'intervento	AUSL di Bologna, Distretto Reno, Lavino e Samoggia, ASC Insieme, Dott.ssa Francesca Pileggi.
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 618.000,00

- AUSL (AUSL di Bologna): 618.000,00 €

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: 05 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari

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

Razionale	<p>Il caregiver familiare è una risorsa per il sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, il caregiver familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico. In Emilia-Romagna è stata approvata la Legge Regionale n. 2/2014 dedicata al riconoscimento e al sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) nell'ambito degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.</p> <p>Il Patto per il Lavoro ha previsto la redazione di linee guida in grado di fornire indicazioni alle Aziende USL ed ai Comuni per l'attuazione dei principi sanciti dalla Legge Regionale n. 2/2014, nella direzione di un welfare di comunità che valorizzi anche l'esperienza e l'apporto degli Enti del terzo settore. Le linee guida attuative della Legge Regionale n. 2/2014 sono state approvate con DGR n. 858 del 16 giugno 2017. La piena attuazione della legge regionale sui caregiver (L.R. 2/2014), consentirà loro di essere riconosciuti come risorse indispensabili alla rete dei servizi, con i quali devono essere meglio individuate le forme di integrazione. Il sostegno ai caregiver, la qualificazione della loro azione, il riconoscimento delle competenze maturate costituiscono gli elementi per assicurare un significativo sviluppo alle cure domiciliari, elemento chiave per promuovere il benessere delle persone con problematiche di salute e autosufficienza.</p>
Descrizione	<p>Sono numerose le iniziative realizzate a livello locale a sostegno del caregiver familiare (iniziative informative/formative, gruppi di auto-mutuo aiuto, consulenze psicologiche, assistenziale, legali, socializzazioni, attività culturali), riguardanti prevalentemente specifici gruppi target/patologie.</p> <p>Emerge la necessità di migliorare la consapevolezza dei cittadini circa le opportunità esistenti, e la collaborazione multidisciplinare per la realizzazione di programmi, progetti, attività, con un approccio il più possibile partecipato. Il protocollo "badando 3.0", (unico progetto distrettuale che unisce la valorizzazione del lavoro di cura con la tutela della persona fragile ,di cui si allega copia..)realizza, azioni progettate e attuate a supporto dei caregiver familiari con accesso a bassa soglia (libero non tramite presa in carico), destinate a raggiungere anche target di utenza che di solito non si rivolgono ai servizi: si tratta di gruppi di sostegno, di gruppi di auto mutuo aiuto, iniziative formative e informative, punti di ascolto</p> <p>Gruppi di sostegno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il mio amico parkinson; - ri-troviamoci monte san pietro;

	<p>- ri-troviamoci valsamoggia; - cafe' alzheimer san biagio Nel 2017 il numero di utenti che hanno partecipato a gruppi di sostegno è stato di 274 Gruppi di auto mutuo aiuto: - badiamoci; - barcollo ma non mollo; - genitori di persone in condizione di disabilità - fiori d'acciaio Nel 2017 il numero di utenti che hanno partecipato a gruppi di auto mutuo aiuto è stato di circa 25 cittadini.</p>
Destinatari	<p>Caregiver familiari e persone accudite (es. non autosufficienti, con disabilità, fragili), famiglie, assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali. Particolare attenzione è posta alle situazioni in cui si sommano più fragilità (es. persone anziane che svolgono anche ruolo di caregiver familiare nei confronti del coniuge del figlio/a, ecc.).</p>
Azioni previste	<p>Saranno promosse forme strutturate di raccordo e coordinamento, articolate a livello territoriale, con il coinvolgimento e la valorizzazione degli Enti del terzo settore, delle parti sociali, delle associazioni datoriali, e degli altri soggetti della Comunità disponibili a partecipare, al fine di valorizzare le esperienze e le competenze sviluppate in questi anni, e sviluppare proficue collaborazioni, portando a sistema e dando continuità a quanto realizzato. I soggetti pubblici territoriali ricercheranno e svilupperanno nuove possibili sinergie, sostenendo i processi partecipativi e di auto-organizzazione, connettendo le iniziative della comunità e degli attori della società economica e civile con gli interventi istituzionali organizzati a sostegno del caregiver familiare e più in generale delle famiglie con carichi di cura. Azioni principali: sviluppo delle condizioni organizzative affinché il caregiver sia supportato nell'accesso alla rete dei servizi e nello svolgimento delle attività di cura; promozione della formazione dei professionisti di ambito sociale, socio-sanitario e sanitario, al fine di sensibilizzarli rispetto al riconoscimento del caregiver nell'ambito del PAI; orientamento, supporto e accompagnamento nei momenti critici, alla capacità di leggere e gestire gli aspetti psicologici ed emotivi, anche utilizzando specifici strumenti di valutazione del carico psico-fisico; promozione di interventi di informazione e formazione di base per i caregiver famigliari. Legata a quest'ultima azione indicata, è una serie di appuntamenti che saranno proposti ai caregiver e alla cittadinanza e al mondo dell'associazionismo e del volontariato dal titolo "La scuola del Caregiver". Sono previsti 7 appuntamenti tra settembre e ottobre di cui 1 con tema generale sul caregiver e sulle opportunità e risposte che il territorio può mettere in campo, 4 rivolti ai caregiver di persone con disturbi cognitivi, 1 su come un familiare può accorgersi ed intervenire su problemi legati alla memoria e ai disturbi cognitivi e 1 dedicato ai giovani caregiver (bambini e giovani fino ai 18 anni di età che rivestono un ruolo significativo nel prendersi cura di un membro della propria famiglia bisognoso di assistenza, facendolo in modo continuativo e assumendosi delle responsabilità che normalmente verrebbero associate ad un adulto).</p> <p>Le azioni e gli interventi saranno integrate con le attività metropolitane e distrettuali del piano regionale della prevenzione 2015/2018, in particolare con il progetto riguardante la tutela e la promozione della salute mentale e fisica dei caregiver. Nell'ambito di politiche per la prossimità e la domiciliarità che si pongono l'obiettivo di accogliere, accompagnare affiancare e sostenere chi si prende cura di persone non autonome e/o fragili, saranno favorite anche la qualificazione ed emersione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari ("badanti"), promuovendo la consapevolezza e l'informazione delle famiglie tramite l'attuazione dell'accordo sindacale relativo al progetto Badando e il relativo monitoraggio.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gli interventi si rivolgono all'intero sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. 2. Saranno raccordate le azioni e gli interventi realizzati in diversi ambiti per il sostegno e la promozione dell'empowerment del caregiver familiare (es. promozione della salute mentale e fisica, percorsi per la cronicità, non autosufficienza, demenze, disabilità). 3. Raccordo con i programmi rivolti alla qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari, attivati a livello territoriale 4. Raccordo con gli interventi metropolitani e della CTSS di Bologna
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Unione Reno Lavino Samoggia, Asc InSieme, ASL Distretto Reno Lavino Samoggia, organizzazioni sindacali, associazioni di familiari affetti da patologie di degenerazione cognitiva.</p>
Referenti dell'intervento	<p>Michele Peri Asc Insieme Massimiliano Di Toro Mammarella Udp Unione Giovanna Manai AUSL</p>

Risorse non finanziarie	Volontari - da terzo settore Personale asc Insieme, unione, Asl Sale pubbliche per incontri . da Comuni

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

06 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Riferimento scheda distrettuale: 06 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno Lavino Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	A;E;

Razionale	Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale.
Descrizione	La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge 18/09 rappresenta il principale punto di riferimento riconosciuto dalla comunità internazionale per la programmazione delle politiche a favore delle persone con disabilità, che va pertanto presa a riferimento anche nella programmazione regionale e locale del settore sociale e sanitario. In merito alle attività di abilitazione e riabilitazione la Convenzione prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita.
Destinatari	Persone con disabilità, in particolare in condizioni di disabilità grave e gravissima
Azioni previste	<p>- garantire l'integrazione e la partecipazione sociale della persona con disabilità nella comunità di appartenenza, attraverso servizi e programmi sociali e sanitari con inizio nelle fasi più precoci possibili, basati su una valutazione multidisciplinare dei bisogni e delle abilità di ciascuno, che facilitino la partecipazione e l'integrazione nella comunità e in tutti gli aspetti della società, nei luoghi più vicini possibili alle comunità di appartenenza. A questo proposito a seguito dell'approvazione in CTSS nel dicembre 2015 delle "Linee di Indirizzo metropolitane per garantire ai giovani con disabilità la continuità di cura (sanitaria, assistenziale ed educativa) nel passaggio dall'età evolutiva a quella adulta " che garantiscono un confronto e un'analisi condivisa di tutti i professionisti dei servizi territoriali (sanitari e sociali) e delle Istituzioni scolastiche e formative che seguono il ragazzo e la sua famiglia prima del compimento della maggiore età (a partire dai 16 anni), l'AUSL ha elaborato un'istruzione operativa che garantisce applicazione omogenea in tutti i distretti, tracciando il percorso operativo.</p> <p>Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro la sperimentazione di uno strumento per la progettazione a medio termine e la definizione PIVEC (progetto individualizzato di vita e di cura) nell'ottica di una condivisione degli interventi con l'utente e la famiglia.</p> <p>- garantire gli interventi della rete dei servizi socio-sanitari per le persone con disabilità previsti nella programmazione del FRNA (DGR 1230/08) e nel percorso di accreditamento socio-sanitario (DGR 514/09 e s.m.i.). La rete comprende servizi territoriali, domiciliari, diurni e residenziali di piccole dimensioni, di carattere comunitario, fortemente radicati nell'ambito</p>

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) presenti nel ns ambito distrettuale. A partire dal 2010, infatti, in seguito alla costituzione del Servizio Sociale territoriale di ASC InSieme e sulla base dell'Accordo tra AUSL (Distretto) e ASC InSieme per "la gestione delle funzioni tecniche ed amministrative della rete dei Servizi socio sanitari", sono state implementate Unità di Valutazione Multidimensionale per la valutazione e progettazione individualizzata fin dalla dall'insorgenza della patologia (UVM minori gravissimi, UVM protocollo continuità, UVM disabili adulti, UVM gravissime disabilità) ;

A fianco dei servizi professionali, nella definizione del progetto personalizzato e più in generale nella programmazione territoriale, sarà promosso il lavoro sociale di rete e di comunità al fine di sostenere e valorizzare le competenze e le risorse delle persone con disabilità, delle loro famiglie e di tutte le reti di solidarietà presenti nella comunità (reti informali, volontariato, associazionismo, parti sociali) attraverso interventi quali, ad esempio, l'educazione personale e familiare, il parent training, interventi di sollievo, gruppi di auto mutuo aiuto, interventi psico-educativi individuali o di gruppo, animazione sociale.

Al fine di definire progetti personalizzati ed integrati, l'AUSL ha in questi anni organizzato eventi formativi rivolti agli operatori sociali e sanitari sia dei servizi territoriali sia dei servizi semiresidenziali e residenziali accreditati. Nell'ottica di un continuo rinnovamento, la qualità della vita e la promozione dell'autodeterminazione delle persone disabili sono stati obiettivi prioritari rispetto ai quali è stato realizzato un importante confronto attraverso percorsi formativi specifici quali : PEA/PIVEC, Progetti individualizzati, disturbo del comportamento, audit PDTA. Sono state inoltre organizzate formazioni specifiche per la gestione assistenziale sanitaria e socio sanitaria sia a domicilio sia nelle strutture residenziali accreditate.

- consolidare percorsi per la vita indipendente. La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità prevede che le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi di sostegno in particolare al domicilio, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione. Nell'ambito della programmazione del FRNA e FNA sono previsti diversi interventi per favorire la domiciliarità e la vita indipendente, quali in particolare l'assegno di cura di sostegno e l'assistenza domiciliare. Le risorse del FRNA sono dedicate alla disabilità per finanziare interventi che favoriscono la permanenza al domicilio. L'ambito distrettuale ha attuato la sperimentazione promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in tema di vita indipendente ottenendo il finanziamento di progetti di carattere sperimentale, che sono tuttora in corso di svolgimento. In futuro è necessario consolidare gli interventi per la Vita Indipendente con particolare riferimento a progetti individuali per la domiciliarità e l'abitare in autonomia per le persone con disabilità grave. Particolare attenzione sarà rivolta ai progetti di vita indipendente delle persone con disabilità in giovane età ed anche alle persone con disabilità acquisita in età adulta, valorizzandone la capacità di autodeterminazione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:

- realizzazione di alcune progettualità di abitare in autonomia per piccoli gruppi, finalizzate a potenziare le abilità individuali, ad esempio l'appartamento di Via Terramare a Zola Predosa gestito dall'associazione Casa Aperta Insieme o l'utilizzo dell'appartamento domotico della Fondazione Dopo di Noi di Bologna;
- realizzazione di progettualità di co-housing sociale presso "Casa tra le nuvole" nel Comune di Valsamoggia, municipalità di Crespellano. Si tratta di un'esperienza residenziale, all'interno di una struttura di nuova costruzione, che vede l'integrazione fra un gruppo appartamento in cui vivono 4 persone con disabilità intellettiva e soluzioni abitative autonome di diverso tipo, temporanee o permanenti, in mini appartamento, assegnate sulla base di progetti individualizzati a soggetti con disabilità neuromotoria e un laboratorio protetto "Easy to live" finalizzato ad acquisire abilità lavorativa nel settore della cura della casa e dell'informatica. Questa forma di co-housing vuole offrire alle persone coinvolte sia la dimensione del privato, con spazi e arredi personalizzabili, sia la dimensione grupppale con spazi destinati ad un vivere con gli altri. Lo scambio reciproco, infatti, permette la percezione dei propri limiti e delle propri risorse, in modo che i primi si traducano in una richiesta di supporto e gli altri in un'offerta di collaborazione e aiuto. Gli ospiti vengono portati ad assumersi responsabilità individuali e collettive e sostenute nel valorizzare sé stessi e gli altri, ognuno con le proprie peculiarità personali. Nella struttura sono inoltre presenti spazi comuni, sia interni che esterni, utilizzati per lo scambio e l'integrazioni con varie realtà associative presenti sul territorio;
- attivazione interventi educativi di gruppo ed individuali con obiettivo di socializzazione

all'interno dei contesti di riferimento, calcetto, gruppo scrittura;

- prosecuzione del Servizio di Aiuto alla Persona (SAP) con associazioni del territorio ("Volhand "e Passo Passo) per l'attivazioni di interventi di tempo libero realizzati da giovani volontari appositamente formati;
- proseguire il percorso di confronto sul "Dopo, durante e oltre di noi" e gli incontri del tavolo permanente distrettuale, garantire inoltre un progetto di vita adeguato alle persone con disabilità che restano prive del sostegno del nucleo familiare. La Legge n.112/16 del 22 giugno 2016, il Decreto 23.11.2016 e la DGR 733/17 di attuazione consentono la realizzazione di specifici interventi assistenziali, educativi e strutturali in collaborazione in particolare con le persone con disabilità, famiglie, Associazioni e Fondazioni. Per il Dopo di Noi e la Vita indipendente, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità prevede che le persone abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione. Saranno sviluppati interventi di prossimità, al fine di garantire un rapporto ottimale tra opportunità di inclusione sociale, capacità di presa in carico della rete e risorse disponibili, quali in particolare le soluzioni abitative innovative previste dal DM 23.11.2016 per il Dopo di Noi – Durante Noi.

Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:

- fine settimana o brevi periodi finalizzati a stimolare le autonomie abitative e relazionali, in preparazione ad un progressivo distacco dal contesto familiare. I progetti individuali si articolano in percorsi educativi di autonomia abitativa e percorsi educativi complessi;
- interventi di assistenza tutelare ed educativa per obiettivi finalizzati alla realizzazione di percorsi di autonomia di base;
- contributi a favore della permanenza nei propri luoghi di vita (assegno di cura, contributo aggiuntivo badanti, pacchetti badando, HCP);
- utilizzo delle strutture semiresidenziali per la realizzazione di laboratori finalizzati all'acquisizione di autonomie relazionali e per la permanenza nei propri luoghi di vita (Sabati al Centro);
- laboratori protetti e tirocini inclusivi con supporto educativo per favorire l'accrescimento della consapevolezza e l'autonomia nelle attività della vita quotidiana e l'acquisizione di abilità lavorative diverse in base ai bisogni;
- percorsi di autonomia di media durata presso gruppi appartamento o progetti di co-housing presso alloggi pubblici o privati con supporto educativo e assistenziale in base ai bisogni per l'accompagnamento fuori dal nucleo familiare d'origine;

- favorire la presa in carico dei bisogni delle persone con gravissima disabilità. Si tratta di situazioni conseguenti a traumi o a patologie quali mielolesioni, cerebrolesioni, patologie progressivamente invalidanti, quali la SLA secondo la DGR 2068/04 e successive modifiche, attraverso interventi e servizi di carattere domiciliare e residenziale ed una forte integrazione tra servizi sociali e sanitari, ospedalieri e territoriali. Nel corso degli anni il numero di persone prese in carico nell'ambito della rete per le gravissime disabilità è progressivamente aumentato, anche grazie alle ulteriori risorse che si sono rese disponibili nell'ambito del FNA, che ha previsto anche nuovi criteri di utilizzo.

Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:

- attivazione PDTA AUSL in particolare SLA, Mielolesione e Cerebrolesione e Sclerosi Multipla;
- interventi di assistenza domiciliare tutelare e fornitura di pacchetti di assistenza resi da assistenti familiari tramite agenzie di somministrazione;
- assegno di cura e contributo badante ;
- inserimenti temporanei e definitivi in base a progetti individualizzati presso strutture accreditate ai sensi della DGR 514/09;
- inserimenti residenziali in nuclei dedicati in base alla normativa 840/2008;
- formazione ed addestramento dei care giver alla gestione della persona con gravissima disabilità al fine del mantenimento al proprio domicilio;

- incentivare e valorizzare l'utilizzo dell'amministrazione di sostegno in attuazione della LR 11/09, nell'ambito del sistema integrato degli interventi socio-sanitari e della programmazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, in particolare attraverso l'applicazione delle linee guida regionali approvate con DGR 962/2014, su iniziativa degli Enti

	<p>Locali e delle Aziende USL, in collaborazione con altri Enti o Autorità, con particolare riferimento ai Tribunali e agli Uffici del Giudice Tutelare, nonché in collaborazione con gli Enti del terzo settore, così come previsto all'articolo 3 della LR 11/09.</p> <p>Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none">• presenza mensile presso la sede di ASC InSieme dello sportello SOSTENGO della Fondazione Minguzzi per promuovere e sostenere la diffusione e il consolidamento dell'istituto dell'amministrazione di sostegno;• realizzazione del progetto SOSTENIAMO IL SOSTEGNO rivolto agli operatori sociali e agli utenti dei servizi che prevede;• seminario ad opera di un consulente legale rivolto agli operatori sul tema del fine vita, del testamento biologico e dei poteri sanitari dell' AdS;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Gli interventi per le persone con disabilità riguardano l'intero progetto di vita della persona ed i principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro, società), sarà promossa l'integrazione tra i diversi settori di intervento: politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro, mobilità.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Unione Reno Lavino Samoggia, Asc InSieme, Asl Distretto Reno Lavino Samoggia, Associazioni di familiari di persone disabili</p>
Referenti dell'intervento	<p>Michele Peri Asc InSieme Giovanna Manai ASL</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 399.659,50

- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **219.710,00 €**

- Altri fondi regionali (*Contributo Regionale Progetto Vita Indipendente e Contributo per mobilità/casa lavoro (Fondo mobilità disabili DGR 1073/2017)*): **59.156,50 €**

- Altri fondi statali/pubblici (*Progetto HCP+Fondi Ministero LPS Decreto 119 del 09/03/2018 - Progetto Vita indipendente*): **120.793,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>- La LEGGE 15 marzo 2010, n.38, “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (10G0056) (G.U. Serie Generale n. 65 del 19 marzo 2010) ” tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. La legge garantisce, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità' nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. La legge vuole garantire un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:</p> <p>a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;</p> <p>b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine.</p> <p>- La DGR 560/2015 e la DGR 1770/2016 relativa ai requisiti di accreditamento della Rete delle Cure Palliative recita: La RLCP è un'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; laddove sul territorio insista anche una Azienda Ospedaliera la rete sarà unica. Tale rete è finalizzata ad erogare cure palliative e di fine vita, sulla base delle indicazioni contenute all'art. 5 della Legge 38 del 2010, con percorsi di presa in carico e di assistenza di cure palliative “finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”.</p> <p>La funzione di coordinamento è affidata ad un professionista specificatamente dedicato che opera all'interno di una struttura dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza.</p> <p>Le finalità delle RLCP , fra le altre, sono: Garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno sanitario e sociale e l'avvio di un percorso di cure palliative, la tempestività della risposta e l'individuazione del percorso assistenziale appropriato; Attivare un sistema di erogazione di Cure Palliative nei 4 nodi della rete in ospedale, in ambulatorio, in hospice e al domicilio; definire e attuare nell'ambito della rete percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative, garantendo la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi setting, delle reti e dei percorsi assistenziali esistenti. In tale ottica possono essere coinvolti le organizzazioni del mondo del volontariato e del nonprofit operanti nel settore cure palliative, con le quali le Aziende Sanitarie potranno sviluppare programmi per attività integrative; promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate;.</p> <p>Le cure palliative domiciliari sono erogate dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD). L'équipe dell'UCPD è composta da Medico di Medicina Generale (MMG), da infermiere e medico palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione del PAI.</p> <p>L'équipe dell'UCPD, utilizzando strumenti di valutazione, individua in quale livello - di base o specialistico - il paziente può trovare la risposta più adeguata ai suoi bisogni clinicoassistenziali. Gli interventi dell'équipe dell'unità di cure palliative domiciliari devono essere programmati 7 giorni su 7 garantendo la pronta disponibilità medica sulle 24 ore anche attraverso la</p>
------------------	--

collaborazione dei medici di continuità assistenziale solo se opportunamente formati. Gli infermieri che compongono l'UCPD sono dedicati, intendendo per dedicati infermieri specificatamente formati e che dedicano il loro tempo-lavoro alle cure palliative. Nella rete locale di cure palliative è garantito l'accesso e la continuità delle cure attraverso un unico punto di governo dell'accesso alla rete, strumento fondamentale per raggiungere sia l'obiettivo dell'accesso equo sia l'obiettivo della continuità. Per garantire l'equità d'accesso dovranno essere garantiti percorsi formativi per permettere ai professionisti delle strutture invianti l'acquisizione di competenze atte a saper riconoscere il paziente che necessita di cure palliative, le modalità e i tempi per attivare i nodi della rete.

La riorganizzazione della rete prevede la definizione e la descrizione delle caratteristiche e delle funzioni:

- 1) del Coordinatore della rete e del gruppo di Coordinamento;
- 2) dei nodi che compongono la rete - nodo ospedale, nodo ambulatorio, nodo hospice e nodo domicilio;
- 3) dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), per garantire cure palliative domiciliari di base e specialistiche;
- 4) dell'unità di valutazione palliativa multidimensionale e multiprofessionale per garantire l'equità di accesso alla rete;
- 5) della figura dell'infermiere case manager, punto di riferimento per paziente e famiglia, facilitatore delle relazioni tra i diversi setting assistenziali.

Ad oggi lo STATO dell'ARTE dei Nodi della Rete delle CP nell'Area Metropolitana Bolognese è la seguente:

NODO OSPEDALE. Descrizione del processo: “-Diagnosi, valutazione, trattamento dei sintomi incluso il dolore e la sofferenza psicologica del paziente.-Accompagnamento del paziente e dei familiari nel percorso di consapevolezza di diagnosi e prognosi, accettazione della fase avanzata di malattia, sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche, incluso la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici (End of Life care). -Supporto all'equipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici.-Facilitazione dell'attivazione della rete delle cure palliative per garantire la continuità ospedale- territorio.” (DRG 560/2015)

Attualmente attivo presso il Bellaria, il Maggiore, Bentivoglio (in collaborazione con fondazione hospice Seragnoli) e da settembre 2017 l'AOSP nella giornata del martedì

NODO AMBULATORIO Descrizione del processo :“-Diagnosi, valutazione, trattamento dei sintomi incluso il dolore e della sofferenza psicologica del paziente e dei familiari. -Accompagnamento del paziente e dei familiari nel percorso di consapevolezza di diagnosi e prognosi, accettazione della fase avanzata di malattia, sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche, incluso la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici. - Programmazione del percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete.” (DRG 560/2015)

Attualmente l'AUSL di Bologna ha sviluppato un Progetto di Presa in carico in CURE PALLIATIVE PRECOCI e SIMULTANEE(CPP) .

L'attività ambulatoriale con la Presa in Cura di Cure Palliative Precoci, iniziata nel 2011, è arrivata a completa sistematizzazione e con il supporto di un nuovo sistema informatizzato creato ad hoc per il progetto, con la possibilità di raccolta dati sistematica dal 2013.

Per l'attività di Cure Palliative Precoci è stata realizzata la Centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative e sono stati attivati/sistematizzati 12 ambulatori per Presa in Cura in Cure Palliative Precoci, 5 dei quali in collaborazione con il terzo settore (ANT e Fondazione Hospice MTC Seragnoli), distribuiti equamente nell'ambito dell'Area metropolitana dell'AUSL di Bologna per favorire l'accesso in prossimità della propria abitazione.

Il decesso in ospedale (escludendo la presa in carico per le Cure di fine vita - End Of Life- in Ospedale) appare confermato basso per i pazienti presi in carico in Cure Palliative Precoci nell'anno 2016 degli 854 presi in carico in Cure Palliative Precoci solo l'17 % muore in Ospedale. Alcuni ambulatori operano in regime specialista cure palliative ai "MMG e per ADI.

NODO DOMICILIARE: Ad oggi è attiva l'assistenza domiciliare (ADI) non specialistica e l'attività specialistica di ANT.

NODO HOSPICE Descrizione del processo :-Garantisce le cure palliative in regime residenziale a malati, che non possono essere assistiti temporaneamente o in via continuativa al proprio domicilio, attraverso equipe dedicate e specificatamente formate. Il malato e la sua famiglia in hospice possono trovare sollievo nei momenti di difficile gestione della malattia per motivi clinici, psicologici, sociali. (DRG 560/2015)

Ad oggi la Fondazione Hospice Seragnoli , non profit accreditato, gestisce i 58 posti letto dei tre Hospice che insistono sul territorio dell'Azienda USL di Bologna (Hospice di Bentivoglio- 30 PL; Hospice del Bellaria – 13 PL; Hospice di Casalecchio- 15 PL) .

<p>Descrizione</p>	<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). La Rete di cure palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio (rappresentato dalla casa o dalla struttura residenziale in cui è domiciliato/residente il malato), in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'azienda USL.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa, non suscettibili di cure rivolte alla guarigione -o con opzioni terapeutiche limitate, anche in concomitanza di terapie specifiche - con presenza di sofferenza fisica, psicologica o spirituale. Le Cure Palliative adottano un approccio che considera la presa in carico del soggetto malato inserito nel suo contesto familiare , pertanto i destinatari degli interventi sono anche i famigliari .</p> <p>Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche, inoltre, pazienti i cui caregiver abbiano necessità di formazione specifica rivolta all'assistenza, o di periodi di sollievo.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>A livello regionale, a garanzia di equità di accesso e omogenee modalità assistenziali su tutto il territorio regionale, vanno definiti comuni strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e della qualità assistenziale percepita. A livello locale la Rete deve individuare i punti di accesso, i percorsi organizzativi che si realizzano dalla segnalazione del caso fino all'exitus, prevedendo tutti gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici. Vanno individuate le interfacce, i compiti e le modalità di intervento dell'equipe, gli strumenti per valutare le performance (audit organizzativi e audit clinici), l'individuazione delle azioni di miglioramento. Dovranno essere individuate a livello locale e monitorati a livello regionale i percorsi di formazione utili a sviluppare sia le competenze specialistiche dei professionisti dedicati alla rete di cure palliative, sia le competenze degli operatori che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative quali le strutture residenziali per anziani (CRA), le unità operative ospedaliere, l'ADI. In particolare, per le strutture residenziali per anziani sarà necessario sviluppare una conoscenza diffusa delle Cure Palliative formando le figure sanitarie e socio-sanitarie maggiormente coinvolte nell'assistenza e nell'organizzazione (Medici, Coordinatori Infermieristici, Infermieri, OSS). Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche sarà istituito un gruppo tecnico Regionale che avrà il compito di definire precisamente la popolazione target di questa rete, le modalità di accesso e di dimissione e le relazioni fra i diversi nodi, e di valutare il potenziale sviluppo di PDTA specifici attraverso la costituzione di sottogruppi di lavoro. Sarà inoltre necessario promuovere lo scambio e il confronto di esperienze tra le diverse componenti della rete.</p> <p>A livello Aziendale si ritiene di proseguire come di seguito:.</p> <p>Consolidamento della CENTRALE DI COORDINAMENTO della RETE delle CURE PALLIATIVE che EFFETTUA per tutti i Distretti:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) L'attività di Coordinamento ; b) L'attività di Valutazione Primaria Multiprofessionale; c) L'attività di autorizzazione dei ricoveri in hospice; d) L'attività di autorizzazione della presa in carico domiciliare di cure palliative di base e specialistica; e) L'attività di formazione; f) AUDIT; g) Raccolta dati per i Flussi informativi; <p>Le equipe multidisciplinari saranno 15 (una equipe dedicata ogni 60.000 abitanti) come da modello riorganizzativo territoriale Aziendale</p> <p>VALUTAZIONE della PRESA in CARICO con 3 FIGURE PROFESSIONALI (1 medico palliativista, 1 infermiere, 1 psicologo) DEDICATE che lavorino in forte sinergia con il MMG per la Valutazione della presa in carico e per le CONSULENZE OSPEDALIERE .</p> <p>ASSISTENZA diretta ed EROGAZIONE CURE PALLIATIVE Saranno poi identificati infermieri,</p>

	<p>medici e psicologi esperti e dedicati all'assistenza diretta (domiciliare ed ambulatoriale) che avranno come riferimento i Medici di Medicina Generale dei NCP e la Casa della Salute di quell'ambito.</p> <p>Nel Distretto Reno Lavino Samoggia sarà identificata una equipe per ogni ambito/Casa della salute . I professionisti lavoreranno insieme e formeranno una unica equipe benché siano dipendenti dell'AUSL sia dal terzo settore e/o Privato Sociale.</p> <p>Continuità FRA OSPEDALE E TERRITORIO : il processo è trasversale all'Azienda e si sviluppa nel contesto dei 9 Ospedali aziendali, 6 Distretti, Azienda Ospedaliera e IOR, 50 Comuni (2018) , 8 Ospedali Privati Accreditati e CRA ed RP (2019) presenti sul nostro territorio.</p> <p>La Rete delle Cure Palliative sarà attiva nell'ambito degli Ospedali e in particolare ove vi siano Letti di Cure intermedie con CONSULENZE, da parte dell'equipe multi professionale, per la valutazione, la presa in carico e per l'eventuale cure di fine vita (End of Life) in Cure Palliative.</p> <p>NODO OSPEDALE: A Step in tutti gli ospedali aziendali saranno coinvolti. Per il distretto sarà l'Ospedale di Bazzano sia nel reparto di Medicina interna sia nei letti di cure intermedie. Nel 2019 sarà ampliata la disponibilità alle CRA e alle Case di Cura Private accreditate.</p> <p>NODO AMBULATORIO: Si prevede di attivare l'ambulatorio presso l'ospedale di Bazzano e presso la Casa della Salute di Casalecchio. L'attività fino ad ora sperimentata è stata riconosciuta, anche a livello nazionale, come fortemente innovativa e di buona qualità. In base ai risultati ottenuti sui pazienti oncologici, nel corso dei prossimi anni sarà ampliata al malato non oncologico (BPCO- FIBROSI POLMONARE- SCOMPENSO CARDIOCIRCOLATORIO- DEMENZA) NODO HOSPICE:</p> <p>NODO DOMICILIARE: per la PRESA IN CARICO DOMICILIARE (UCPD della DRG 560/2015) DI BASE E SPECIALISTICA l'equipe multi professionale e sarà dedicata per garantire competenze specializzate, ma altrettanto integrate con la Medicina generale e i professionisti della rete sanitaria e sociale del Distretto Reno Lavino e Samoggia.</p> <p>Nel corso del triennio si prevede di aggiornare la dotazione del personale medico e infermieristico per garantire attività 7/7 con continuità h 24 .</p> <p>Oggi l'attività 7/7 giorni - H24 richiede una disponibilità di personale che in questa fase rendono la guardia attiva non attuabile. L'attività di consulenza telefonica/intervento domiciliare h24 ai pazienti in Assistenza Domiciliare è attiva solo per i pazienti in carico all'ANT e rappresenta un elemento fortemente condizionante la scelta dei pazienti dei familiari e dei medici. Tutti i pazienti NON oncologici chiamano il 118 in caso di necessità e anche per i pazienti non oncologici in Cure Palliative va garantita la reperibilità H24 .</p> <p>La soluzione, in corso di conferma, è quella di creare due circuiti di reperibilità in collaborazione con il Dip di Emergenza in modo che i pazienti abbiano sempre un riferimento che garantisca loro supporto (Reperibilità telefonica per consigli telefonici ai pazienti, ai familiari)in qualsiasi momento della giornata e siano sempre " riconosciuti" come pazienti inseriti nel percorso di cure palliative da qualsiasi parte accedano alla rete dei servizi (Guardia medica, 118, ricovero in ospedale..).</p> <p>A livello locale saranno organizzati momenti informativi di diffusione della logica delle cure palliative rivolte ai professionisti (formazione permanente) e alla cittadinanza nell'ambito di iniziative pubbliche (fiere, CCMSS) e nell'ambito delle attività di promozione nelle Case della Salute.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Per le caratteristiche degli interventi e la natura delle problematiche dei soggetti destinatari, l'implementazione della Rete delle Cure Palliative ha una connotazione fortemente trasversale che abbraccia sia aspetti sanitari sia sociali. L'organizzazione a rete attua tutte le strategie necessarie all'integrazione delle diverse strutture ed equipe, sia ospedaliere che territoriali, che perseguono interessi comuni senza sovrapposizioni.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>AZIENDA USL (Dipartimenti Oncologico, DATER, Cure Primarie , Emergenza, Medico, Infantile, Chirurgico), Azienda AOSP, Fondazione Hospice MTC Seràgnoli, Fondazione ANT, IOR, CRA, RP e Ospedali privati. ASCInsieme Unione dei Comuni Reno Lavino Samoggia.</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Valenti Danila (AUSL)</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 2

1°: NUMERO

formazione specifica per gli operatori della rete CURE PALLIATIVE

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Almeno

1 aziendale

- **Obiettivo 2019:** Almeno 1 aziendale

con coinvolgimento professionisti del distretto

- **Obiettivo 2020:** Almeno

1 aziendale con coinvolgimento

professionisti del distretto

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

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: 08 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Reno Lavino Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	A;B;

Razionale	non attiva
Descrizione	non attiva
Destinatari	non attiva
Azioni previste	non attivo
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	non attivo
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	non ATTIVO
Referenti dell'intervento	non attivo
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

09 Medicina di genere - COORDINAMENTO AUSL

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

Riferimento scheda distrettuale: 09 Medicina di genere - COORDINAMENTO AUSL

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	AUSL DI BOLOGNA
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	B;E;

Razionale	<p>La medicina genere-specifica affronta le disuguaglianze di salute per quanto riguarda sintomi, diagnosi, prognosi e trattamenti delle malattie.</p> <p>L'approccio orientato alla medicina di genere intende modificare le prassi organizzativo/professionali concretizzando l'appropriatezza delle cure nel rispetto del diritto di equità di trattamento sia per gli uomini sia per le donne. In questa prospettiva sono da valorizzare le esperienze che producono azioni di educazione alle differenze, in quanto accrescono la capacità di chi opera in ambito sanitario di offrire risposte genere-specifiche, e quindi più aderenti alla specificità della persona.</p> <p>Già nel 2000 l'OMS ha inserito la Medicina di Genere nell'Equity Act e affermato che il principio di equità implica che la cura sia appropriata al singolo genere, evidenziando una sostanziale misconoscenza e sottovalutazione della diversità femminile. Oggi la Medicina di Genere sta ancora avendo uno sviluppo moderato, nonostante la sua promozione e la sensibilizzazione della popolazione -soprattutto dei professionisti sanitari- siano sempre più importanti per la Sanità Pubblica in termini di tutela dei cittadini, conciliandosi con il passaggio verso una medicina personalizzata che dovrà considerare tutti i fattori di rischio dell'essere umano: l'etnia, lo stile di vita, la storia personale, i profili di rischio e le predisposizioni genetiche.</p> <p>La letteratura ha ampiamente evidenziato che tale "implicito" culturale ha un effetto sia nei processi di cura e assistenza, diagnostici e terapeutici, sia negli esiti e risultati di tali processi. Sono cospicui gli sforzi che attualmente si stanno conducendo per introdurre lo studio delle differenze bio-sessuali e i risultati che si stanno ottenendo prefigurano la necessità di considerare cambiamenti negli attuali processi ad esempio diagnostici e terapeutici. In questa prospettiva è meglio parlare di medicina genere-specifica, vale a dire di una medicina a misura di uomo e di donna. Come ha più volte ripetuto Giovannella Baggio, nella pratica clinica e nell'insegnamento di una medicina ritagliata per l'uomo e per la donna, non può esserci un'altra strada separata e diversa dal resto della medicina. Insomma, la medicina di genere non è una medicina alternativa. Tutta la medicina, in ogni sua specialità, va applicata e insegnata in modo genere-specifico. Questo implica un profondo cambiamento di prospettiva da parte della comunità scientifica per colmare quel gap di conoscenze, certamente avanzate, ma non derivate da solidi studi di genere. Così all'interno delle organizzazioni preposte alla cura, l'impegno verso una medicina di genere si traduce nel concretizzare un'appropriatezza della cura rispettosa del diritto di equità di trattamento sia per uomini che per donne.</p>
Descrizione	<p>REGIONE: I riferimenti alla legge regionale 6/2014, in particolare gli articoli seguenti individuano alcuni indirizzi di sviluppo per quanto attiene la medicina di genere in una prospettiva di equità (vedi scheda 11). Verranno qui di seguito ripresi i passaggi della legge in cui viene richiamata la medicina di genere e vengono esplicitate le traiettorie di lavoro.</p> <p>«Art. 10 Medicina di genere e cura personalizzata»</p> <p>1. La Regione Emilia-Romagna tutela il diritto alla salute come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, garantendo parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere e relative specificità; favorendo la formazione dei professionisti della</p>

	<p>sanità e dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza per garantire nell'ambito dell'assistenza un approccio che tenga conto della medicina di genere.</p> <p>2. Le aziende pubbliche sanitarie, le aziende ospedaliere e le strutture sociosanitarie della Regione Emilia-Romagna valorizzano l'approccio di genere nella cura e nell'assistenza di donne e bambine, di uomini e bambini; offrono un'informazione corretta ed equa sulle problematiche di salute e sulle differenze di genere; promuovono l'attività scientifica e di ricerca secondo l'ottica di genere, implementando percorsi di ricerca, prevenzione, diagnosi, cura farmacologica e riabilitazione orientate all'equità di genere; realizzano un'attività formativa professionale permanente con l'obiettivo di fornire la conoscenza di problematiche specifiche connesse alla diversità di genere e alla sicurezza sul lavoro.</p> <p>3. La Regione Emilia-Romagna, anche in collaborazione con lo Stato, università, enti pubblici e privati, mass media e associazioni, promuove mediante appositi accordi campagne di comunicazione, informazione e sensibilizzazione sulla salute di genere, sulle patologie genere-specifiche, sulle differenze nella prevenzione e trattamento.</p> <p>4. Agli obiettivi del presente Titolo sono adeguati tutti i documenti programmatici della sanità regionale, in particolare il Piano sociale e sanitario regionale, al fine di contribuire alla individuazione, promozione e monitoraggio dei determinanti di genere nell'organizzazione del lavoro, nella ricerca interdisciplinare, nei curricula studiorum, nei percorsi diagnostico-terapeutici, nell'uso dei farmaci, nei valutatori dei dati di efficacia e produttività del sistema sanitario, per fornire prestazioni appropriate e cure personalizzate coinvolgendo tutti gli operatori della sanità, in primo luogo i medici difamiglia.</p> <p>5. L'Agenzia sanitaria e sociale regionale, nell'ambito delle proprie competenze, in forza degli indirizzi approvati dalla Giunta e nel rispetto della presente legge, adotta, nella formulazione dei propri programmi e delle proprie rendicontazioni l'approccio equity oriented, con particolare attenzione alle differenze di genere.</p> <p>«Art. 11 Rete dei servizi e presidi territoriali»</p> <p>(...) 2. La Regione Emilia-Romagna, nella piena applicazione della legge 29 luglio 1975, n. 405 (Istituzione dei consultori familiari) e della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), in particolare si impegna a garantire, consolidare e sviluppare le aree di attività connesse ai consultori familiari, nell'ambito del sistema di cure primarie integrato e della pianificazione delle case della salute, quale servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità e paternità responsabili, alla educazione sessuale e alla contraccezione per i giovani, nonché di tutela del benessere delle donne e delle ragazze in un'ottica orientata alla salute e alla medicina di genere</p> <p>(...) 4. L'approccio di genere, l'integrazione multidisciplinare tra i soggetti, le aziende e le agenzie della rete socio-sanitaria territoriale nell'organizzazione e nelle prestazioni sanitarie territoriali sarà rendicontato da un sistema di indicatori di qualità che incideranno sulla valutazione del budget attribuito alle aziende, sulla selezione dei progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza, sulla produttività.</p> <p>5. In particolare l'Agenzia sanitaria e sociale regionale e le Aziende del Servizio sanitario regionale si attivano, in collaborazione con gli enti locali dell'Emilia-Romagna, per promuovere piattaforme formative in tema di garanzie di equità, rispetto delle differenze e contrasto alle disuguaglianze, sia nei confronti degli utenti che degli operatori.</p> <p>6. Nell'ambito della pianificazione della rete territoriale dei servizi si tiene conto della medicina di genere al fine di rafforzare i servizi di prevenzione e promozione del benessere e della salute femminile, nella logica di promuovere l'equità, ridurre le disuguaglianze e favorire il rispetto delle differenze nella programmazione, nella formazione, nell'accesso e nella fruizione dei servizi.</p> <p>(...) 8. Nell'organizzazione, costruzione e allestimento degli spazi socio-sanitari pubblici e privati convenzionati, sarà cura della committenza promuovere la realizzazione di progetti rispettosi dell'ottica di genere, delle differenze e dei bisogni di accoglienza dell'utenza tutta, con particolare riguardo per le disabilità</p>
<p>Destinatari</p>	<p>La comunità professionale sanitaria e sociosanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - I gestori dei servizi sanitari e sociosanitari - I cittadini e gli utenti dei servizi
<p>Azioni previste</p>	<p>Creazione di un gruppo di lavoro aziendale "Medicina di genere ed equità", multidisciplinare e multiprofessionale. Si ritiene fondamentale la divulgazione dei principi della medicina di genere e dell'etica della cura coinvolgendo associazioni (es., Medicina Europea di Genere) ed esperti che già promuovono questo approccio.</p> <p>Il gruppo di lavoro individuerà iniziative di divulgazione rivolte a tutti i destinatari sopracitati. Tra queste iniziative si propone innanzitutto la predisposizione di un questionario sulla MdG, per effettuare una rilevazione rivolta specificamente agli operatori aziendali.</p>

	<p>Successivamente si implementeranno le indicazioni operative estrapolate a livello regionale dalla sperimentazione in un territorio.</p> <p>Si precisa che è previsto un coordinamento regionale di supporto per analizzare le azioni trasversali, promuovere iniziative di confronto, supportare l'introduzione, nel momento di elaborazione del piano aziendale delle azioni sull'equità, di strumenti equity oriented, quali ad esempio la scheda di valutazione Eqia, per rilevare ex ante l'impatto sul genere delle azioni previste dal piano.</p> <p>A livello distrettuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizzazione della Celebrazione della giornata nazionale della salute della donna . Giornata di sensibilizzazione al tema con realizzazione, a cominciare dal 2019, di evento congiunto fra Unione dei Comuni, ASCInsieme e Azienda UsI di Bologna - attivazione di un tavolo interistituzionale con l'obiettivo di implementare le azioni positive riguardanti la medicina di genere in particolare sul territorio del Distretto Reno Lavino Samoggia che ha una conformazione geografica particolarmente dispersiva - incrementare le funzioni e le competenze dei consultori famigliari nei temi che riguardano la sensibilizzazione alle tematiche di genere attraverso l'azione attiva delle organizzazioni sindacali e del terzo settore interessate e presenti nel territorio
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Ci sono diversi elementi di trasversalità/integrazione che riguardano i servizi presenti nella Direzione Generale Cura alla Persona, alla Salute e al Welfare, nell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e le altre direzioni della Regione Emilia-Romagna, trasversalità anche tra il livello regionale e il sistema dei servizi sanitari e sociali regionale, e attraverso il rafforzamento di una cultura orientata alle differenze di genere si rendono fluidi processi di lavoro improntati all'integrazione delle pratiche professionali.</p> <p>Integrazione con il livello regionale, con il Dipartimento di Sanità Pubblica, con Unione dei Comuni e ASCInsieme per le azioni di rafforzamento della cultura orientata alle differenze di genere.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piano Attuativo Locale dell'Azienda USL Bologna del PRP 2015-2018 - Piano aziendale dell'equità
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Direzione Generale Cura alla Persona, alla Salute e al Welfare della Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria e sociale regionale, Comitato di Distretto, UdP, CTSS, ASC Insieme, associazioni di utenti, associazioni di volontariato.</p>
Referenti dell'intervento	<p>Piazza Antonella , Lambertini</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: attivazione di almeno una iniziativa/anno di formazione-sensibilizzazione destinata ai professionisti ed alla cittadinanza sulle tematiche di genere

Descrizione:

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** attivazione di almeno una iniziativa/anno di formazione-sensibilizzazione destinata ai professionisti ed alla cittadinanza sulle tematiche di genere

- **Obiettivo 2019:** attivazione di almeno una iniziativa/anno di formazione-sensibilizzazione destinata ai professionisti ed alla cittadinanza sulle tematiche di genere

- **Obiettivo 2020:** attivazione di almeno una iniziativa/anno di formazione-sensibilizzazione destinata ai professionisti ed alla cittadinanza sulle tematiche di genere

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

Riferimento scheda regionale

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

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

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

Razionale	<p>La crisi economica iniziata nel 2008 ha provocato l'impoverimento di molte categorie sociali, con la conseguenza che oggi molte persone vivono in condizione di povertà estrema e la condizione di homelessness è diventata sempre più grave. E' necessario affrontare il tema uscendo da logiche tipicamente emergenziali, costruendo risposte strutturate e articolate, in quanto rivolte ad un numero crescente di persone, caratterizzate da bisogni complessi in cui si sommano problemi legati alle dipendenze, al disagio mentale, alla salute, di tipo relazionale, socio-economico, alle difficoltà di accesso ai servizi dovuti ad sistema amministrativo burocratico (come ad esempio l'iscrizione anagrafica e la residenza per i senza dimora).</p>
Descrizione	<p>Le "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave marginalità adulta in Italia", approvate in Conferenza Unificata Stato Regioni nel 2015, rappresentano un importante strumento di indirizzo per il sistema di servizi e prestazioni in questo settore. E' necessario garantire, in stretto raccordo con i soggetti del privato sociale, un sistema di servizi integrato, anche a bassa soglia, che non risponda esclusivamente a logiche contingenti ma che sappia coniugare la risposta ai bisogni primari indifferibili (cibo, riparo, cure mediche) ad un'azione di ascolto, presa in carico e investimento sulle capacità "residue" della persona, come premessa necessaria alla definizione di percorsi accompagnati di uscita dalla dipendenza/marginalità. Per realizzare questo obiettivo una dimensione fondamentale è quella del lavoro di comunità, per far sì che interventi e servizi escano dall'autoreferenzialità e si aprano al territorio e alla cittadinanza, con l'obiettivo di abbattere lo stigma, stimolare lo scambio e attivare nuove risorse e sinergie, a beneficio dell'intera comunità. Sono attivi da molti anni progetti e interventi di riduzione del danno rivolti alle persone con dipendenze patologiche e condizioni di marginalità sociale, svolti da ASC InSieme, Comuni e Aziende sanitarie, in collaborazione con il Terzo Settore, attraverso interventi di Strada e un sistema diffuso di alloggi dedicati. L'obiettivo è di tutelare le condizioni generali di salute delle persone anche in assenza di motivazione ad intraprendere percorsi di cura operando con un approccio di comunità finalizzato a preservare e migliorare il contesto relazionale delle persone e dei territori in cui vivono. Un'attenzione specifica va data all'assistenza sanitaria di base alle persone che, senza residenza, ne sono prive (ad esclusione delle prestazioni di emergenza), di norma garantita dalle associazioni di volontariato. Ciò per garantire a ciascun individuo il diritto alla salute ma anche in ottica di protezione della salute pubblica. L'Housing first è il metodo di intervento innovativo in grado di tenere insieme le dimensioni sopracitate: da un lato di interrompere "circuiti" di marginalizzazione e/o di dipendenza dai servizi e dall'altro promuovere benessere di comunità. Quest'approccio, sviluppatosi nel Nord America prevalentemente a favore di persone con problemi di salute mentale, si basa sul riconoscimento del diritto alla casa come punto di partenza per consentire alla persona un recupero della propria autodeterminazione e dignità e la costruzione di un percorso di emancipazione, senza subordinarlo al raggiungimento di obiettivi predeterminati (lavoro, astinenza, ecc..). In ciò si differenzia dal tradizionale</p>

	<p>approccio “a gradini”, che prevede una graduale uscita dalla condizione di ‘senza dimora’ attraverso l’attivazione di servizi intermedi, che vengono via via attivati in funzione del livello di autonomia raggiunto. Ciò implica un forte lavoro, da parte di equipe multidisciplinari specializzate, di supporto e accompagnamento all’empowerment delle persone e al mantenimento e gestione degli appartamenti, nonché di orientamento e mediazione rispetto al contesto sociale. Questo strumento a sostegno dei percorsi di autonomia delle persone senza dimora ad elevata vulnerabilità, anche socio-sanitaria, per molti aspetti si avvicina ed integra lo strumento del budget di salute.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Persone in situazione di grave emarginazione, con fragilità “multipla”</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>-coordinamento delle attività e delle risorse previste dal Protocollo regionale per l'attuazione del RES, dalla normativa nazionale relativamente alle misure di contrasto alla povertà e all’esclusione sociale SIA/REI, e dalla legge regionale n° 14/2015 “Disciplina a sostegno dell’inserimento lavorativo e dell’inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l’integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari” , che prevede di promuovere e sostenere l’inserimento lavorativo, l’inclusione sociale e l’autonomia delle persone fragili e vulnerabili;</p> <p>-sviluppo di un sistema articolato di interventi per il contrasto alla grave marginalità che comprendano interventi a bassa soglia e di pronto intervento sociale, anche attraverso l'utilizzo delle unità di strada, nonché di accoglienza e risposta abitativa incentrati sull’approccio dell’empowerment e del lavoro di comunità, ed in forte connessione con il servizio sociale territoriale e gli interventi metropolitani. Il “pronto intervento sociale” rappresenta tra l’altro, in assenza della definizione di livelli essenziali, uno dei macro-obiettivi di servizio a cui è vincolato l’utilizzo del Fondo nazionale delle politiche sociali;</p> <p>-prosecuzione del progetto “Adulti Fragili” che prevede la presa in carico di soggetti adulti in particolari condizioni di fragilità socio- sanitaria. Il progetto vede coinvolti tutti i professionisti sociali e sanitari che si occupano di adulti fragili, vulnerabili e/o con patologie invalidanti; si è attivata in merito all’area di riferimento il dispositivo d’integrazione socio sanitaria UVM (valutazione e progettazione): strumento ormai consolidato nel tempo che vede la partecipazione attiva dei professionisti sociali e sanitari. Il progetto prevede il co-finanziamento in analogia agli altri interventi socio sanitari, ed è inserito nella programmazione distrettuale.</p> <p>- proseguimento assistenza sanitaria attraverso collaborazioni con associazioni di volontariato che gestiscono ambulatorio Biavati e Sokos per erogazione delle prestazioni sanitarie di base alle persone prive della residenza; ;</p> <p>- ipotesi di attivazione di ambulatorio per prestazioni sanitarie di base anche nel distretto ;</p> <p>- rafforzamento e messa a sistema della rete dei soggetti pubblici e del terzo settore per azioni, interventi e progetti innovativi, volti a qualificare anche i servizi a bassa soglia;</p> <p>- individuazione di un referente unico distrettuale per i rapporti con il terzo settore</p> <p>- sensibilizzazione e coinvolgimento del contesto e della società civile al fine di favorire l’integrazione e l’inclusione delle persone in condizione di marginalità estrema;</p> <p>- consolidamento del servizio "albergo diffuso" per fornire risposte ai bisogni complessi delle persone in condizione di marginalità estrema e con problematiche abitative;</p> <p>- nuova gara per affidamento servizio di albergo diffuso</p> <p>- monitoraggio del fenomeno e della presenza di servizi formali e informali sul territorio (raccordo con sistema della Parrocchie e Caritas);</p> <p>-qualificazione dei servizi e degli operatori attraverso: formazione e approfondimento su temi trasversali, confronto e scambio buone prassi, sperimentazione di strumenti organizzativi e operativi per l’integrazione degli interventi sociali e sanitari (salute mentale, SerT, pronto soccorso...)</p> <p>Le azioni previste saranno realizzate anche attraverso le risorse nazionali e regionali del Fondo Povertà assegnate al Distretto ed attualmente allocate sulla scheda Intervento n.22 - Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES) in attesa di operare una più attenta ripartizione.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>La presa in carico è finalizzata a co-costruire azioni mirate all'autonomia della persona, integrate rispetto alle diverse aree di bisogno, evitando la dispersione in micro azioni per uno stesso utente. L’intero processo vede al centro la persona con bisogni e risorse ed è finalizzato, coerentemente all’approccio delle diverse misure a sostegno della fragilità (SIA, RES, L.R. 14/15), all’empowerment e promozione di salute e alla responsabilizzazione del soggetto beneficiario (Patto di responsabilità/Patto per la salute), ad esempio attraverso l’attivazione di percorsi per la continuità assistenziale alle dimissioni con il coinvolgimento dei Servizi Sanitari</p>

	<p>Territoriali e le associazioni locali.</p> <p>Nelle situazioni di esecuzione penale la presa in carico e la realizzazione di tutte le attività connesse necessita una programmazione degli interventi congiunta tra Comuni e Aziende USL, che insieme realizzino una stretta collaborazione con le direzioni degli Istituti penali, Uffici esecuzione penale esterna, Centro giustizia minorile (CGM), Ufficio servizio sociale minori (USSM), Garanti dei diritti in area penale, terzo settore, e ogni altro soggetto che a vario titolo si ritenga utile coinvolgere a livello locale; sede istituzionale per l'esercizio di tale collaborazione è il Comitato locale per l'esecuzione penale. Per i minori in condizione di particolare disagio e fragilità e le loro famiglie è di particolare rilievo la necessità di promuovere il raccordo con le diverse agenzie educative e servizi sanitari presenti sul territorio (ad es. consultorio familiare-spazio giovani, scuola, spazi aggregativi e centri giovanili , associazionismo)</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno Lavino Samoggia, Asc InSieme , Asl Distretto Reno Lavino Samoggia
Referenti dell'intervento	Fiorenza Ferri (Asc InSieme), Cristina Vignali (Asc InSieme) Giovanna Manai AUSL
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 269.484,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **112.110,57 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **124.759,43 €**
- Altri fondi regionali (*Fondi per agevolazioni TPER*): **15.914,00 €**
- Altri soggetti privati (*Hera - ATO 5*): **16.700,00 €**

Indicatori locali: 0

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti - COORDINAMENTO AUSL

Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Riferimento scheda distrettuale: 11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti - COORDINAMENTO AUSL

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

Razionale	<p>La letteratura in questi anni ha prodotto molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute.</p> <p>Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano un tema cruciale per le politiche pubbliche, in quanto le variabili socio-economiche sono in relazione con le condizioni di salute e con l'utilizzo dei servizi. Infatti i processi di salute e malattia non rappresentano fenomeni meramente biologici e non si presentano in modo casuale, ma si distribuiscono nella popolazione come risultato di dinamiche socio-culturali e politico-economiche più ampie: è stato ad esempio dimostrato che vi è una sistematica maggiore incidenza di mortalità e morbilità nelle classi socio-economiche più basse, e i peggiori esiti in salute, legati alla presenza di barriere di accesso ai servizi, colpiscono in particolar modo i gruppi di popolazione più vulnerabili e discriminati (sulla base della classe sociale, del sesso/genere e dell'orientamento sessuale, della provenienza geografica, etc.). Vanno intraprese, quindi, azioni di politica pubblica intersettoriali, ma occorre anche considerare azioni di sistema che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative, spostando la questione da ciò che influisce sullo stato di salute ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale. In altre parole, occorre analizzare come i processi dell'organizzazione dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e come possono produrre una eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale.</p> <p>Le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità consistono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - politiche e programmi intersettoriali; - assunzione di un approccio intercategoriale, non targettizzante; - assunzione di pratiche empowering; - lavoro di rete; - promozione di comportamenti pro-attivi - concertazione come strumento di approdo alle relazioni <p>Ulteriore punto richiamato è l'adozione del "rispetto" (costa poco, è relativamente facile attivarlo), un approccio centrato sull'ascolto dell'altro come persona.</p>
Descrizione	<p>Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale è necessario prevedere:</p> <p>a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma al sistema servizi nel suo complesso.</p> <p>b) azioni rivolte sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni, cioè agli operatori (diversity management), sia all'esterno, cioè ai fruitori dei servizi (utenti, familiari).</p> <p>E' importante dare un nuovo impulso al coordinamento aziendale (Board equità), affinché assicuri coerenza dell'applicazione pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione aziendale, gestione/amministrazione ed erogazione dei servizi .</p> <p>Il board avrà a disposizione strumenti/metodologie equity oriented, toolkit regionale sulla predisposizione del Piano delle azioni sull'equità e supporti formativi metodologici.</p>

<p>Destinatari</p>	<p>Utenti ed operatori dei servizi, in quanto portatori di differenze individuali multiple, con attenzione alle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili (ad esempio, persone in povertà o a rischio di esclusione sociale in relazione a condizioni di migrazione, di precarietà lavorativa, di discriminazione legata al genere, disabilità ecc.).</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>REGIONE: A livello aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuazione del referente aziendale dell'equità e attivazione del Board aziendale sull'equità - adozione aziendale del piano delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione. <p>http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-3</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilizzo di strumenti e metodologie (equity assessment) per valutare indirizzi, programmazione e interventi, nonché tramite la formazione dei professionisti e dei decisori all'utilizzo di tali strumenti. <p>http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-5/intro</p> <ul style="list-style-type: none"> - sperimentazione di interventi secondo l'approccio diversity management nelle organizzazioni del sistema regionale attraverso progetti di ricerca-intervento per valutare l'intervento messo in campo: forme di sostegno per la conciliazione lavoro-vita privata ecc. <p>A livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementazione degli strumenti di equity assessment nel programma del Piano della Prevenzione Regionale attraverso coordinamento delle attività aziendali, formazione, supporto tecnico/metodologico; - piattaforme formative in tema di garanzie di equità, rispetto delle differenze e contrasto alle disuguaglianze, sia nei confronti degli utenti che degli operatori (L.R. n.6/2014). - adozione di analisi epidemiologiche per valutare l'impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione attraverso raccolta ed integrazione delle informazioni sulle condizioni rilevanti per la salute e loro descrizione tramite archivi dati non sanitari, analisi prospettiche di fasce vulnerabili della popolazione e valutazioni dell'equità di accesso ai servizi, studi di approfondimento sulle vulnerabilità sociali e le disuguaglianze, nonché sui determinanti sociali nelle disuguaglianze di accesso ai servizi e nel loro utilizzo (monitoraggio epidemiologico delle condizioni socioeconomiche e demografiche che influenzano la salute di individui e comunità). - implementazione di sistemi di sorveglianza delle disuguaglianze, del benessere e della vulnerabilità in età infantile – sia come strumento di programmazione di interventi a sostegno dell'infanzia e della genitorialità, sia come indicatore di valutazione della programmazione regionale e distrettuale. <p>http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-6/intro</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione del referente aziendale dell'equità e attivazione del Board aziendale sull'equità - Elaborazione del piano delle azioni sull'equità (http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-3) - formazione dei professionisti e dei decisori all'utilizzo di strumenti e metodologie equity oriented (es. Eqia) per valutare indirizzi, programmazione e interventi (http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-5/intro) - Utilizzo di Eqia in progetti riguardanti almeno tre distretti (Città di Bologna, Appennino e Pianura Est) - Formazione relativa all'approccio diversity management, a seguito di una prima sperimentazione a livello regionale di progetti di ricerca-intervento.
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Direzione Generale Cura alla Persona, alla Salute e al Welfare della Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria e sociale regionale, Distretto Reno Lavino Samoggia, AUSL Bologna, UdP, CTSS, associazioni di utenti, associazioni di volontariato, servizi soci</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Antonella Piazza</p>

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

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Riferimento scheda distrettuale: 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno, Lavino e Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	B;

Razionale	<p>L'arrivo e la permanenza di persone provenienti da Paesi Terzi rappresentano un fenomeno strutturale, 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 infatti 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 non accompagnati, vittime di tratta, ecc., un ridimensionamento degli ingressi per lavoro ed una sostanziale stabilità di quelli per ricongiungimento familiare.</p> <p>In merito ai primi si è di recente sviluppato, accanto all'accoglienza nell'ambito dello SPRAR la cui gestione è in capo agli Enti locali, un sistema di prima accoglienza "straordinaria" (CAS) di esclusiva competenza governativa.</p> <p>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 (HUB, CAS, SPRAR), 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. Occorre un sistema 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.</p> <p>Le priorità di azione in ambito distrettuale sono complementari 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.</p> <p>L'AUSL nei propri obiettivi evidenzia come prioritari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - facilitare il rilascio delle tessere sanitarie per richiedenti protezione internazionale adulti e minori; - favorire l'accesso agli screening sanitari, oltre che per prestazioni specialistiche per i richiedenti protezione internazionale; - facilitare l'accesso delle donne straniere ai servizi sanitari e agli screening preventivi e alla salute di genere;
Descrizione	<p>Nel territorio distrettuale si sono consolidati percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera, con particolare attenzione ai bisogni delle persone neo arrivate (per ricongiungimento familiare, richiesta di protezione internazionale, lavoro) e/o particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.).</p> <p>In relazione ai flussi non programmati di richiedenti protezione internazionale, si è consolidata una filiera istituzionale dell'accoglienza e dell'inclusione, che promuove la definizione di un modello di accoglienza integrato a livello territoriale tra interventi statali, regionali e locali, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Accoglienza e del Piano Nazionale Integrazione così come previsti dal Dlgs 142/2015.</p>

Destinatari	<p>Personne appartenenti a Paesi Terzi neo arrivate in Italia, e specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.).</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - mantenimento dell'attuale sistema di sostegno all'inclusione linguistica (corsi di lingua italiana), culturale (mediazione e orientamento al territorio); - garantire l'accesso al sistema dei servizi sociali attraverso la rete degli sportelli sociali; - screening e percorsi sanitari per rpi (richiedenti protezione internazionale); rilascio tessere sanitarie per rpi adulti e minori; supporto sanitario presso i CAS; costruzione di percorsi personalizzati di raccordo coi servizi sanitari specialistici; - garantire la presa in carico dei minori non accompagnati attraverso la definizione di un Piano di Intervento personalizzato; - 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 (adesione all'Accordo operativo per la gestione del progetto SPRAR Metropolitan di Bologna); - promuovere progetti di collaborazione con organizzazioni di volontariato, sindacati e associazioni di promozione sociale attive a livello locale per la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione sulla cultura dell'accoglienza nonché occasioni di socializzazione e condivisione della vita della comunità locale.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>La gestione dei flussi non programmati di richiedenti asilo, minori non accompagnati e vittime di tratta è oggi in capo a diversi soggetti istituzionali, sì che l'accoglienza si fonda su sistemi paralleli che devono essere ricondotti a sistematicità e maggiormente interconnessi con il territorio: ciò è possibile solo a patto di intensificare la collaborazione inter-istituzionale e, al contempo, coinvolgere opportunamente le comunità locali (società civile organizzata e singole individualità).</p> <p>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	<p>Unione dei Comuni Reno, Lavino e Samoggia; AUSL Distretto Reno, Lavino e Samoggia ; ASC InSieme; Commissione Mosaico di ASC InSieme; soggetti gestori delle strutture di accoglienza; CPIA;</p>
Referenti dell'intervento	<p>Fiorenza Ferri (ASC InSieme) Giovanna Manai (ASL)</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: 14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno Lavino Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	B;

Razionale	<p>Il diritto alle pari opportunità è un preliminare fondamentale della democrazia e il tema della discriminazione assume, nell'attuale contesto di grandi trasformazioni sociali e demografiche, un peso sempre più rilevante anche rispetto alle necessità di garantire a tutti i cittadini e a tutte le cittadine i propri e riconosciuti diritti, prevenendo fenomeni di esclusione e discriminazione. Malgrado i numerosi progressi compiuti, le donne appaiono ancora discriminate in diversi ambiti, come ad esempio nell'accesso al lavoro qualificato, nelle opportunità di fare carriera e di accedere ai livelli più elevati di responsabilità e retribuzione, nella rappresentanza politica, nella ripartizione del lavoro di cura tra uomini e donne. Tale situazione trae alimento dai numerosi stereotipi di genere diffusi in tutti gli strati della popolazione, presenti nella famiglia, nell'educazione, nella cultura, nel mondo del lavoro, nell'organizzazione della società, nei media, su cui è importante intervenire. La LR 6/2014 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere" rappresenta una tappa importante verso la piena realizzazione delle pari opportunità ed il contrasto delle discriminazioni nella nostra Regione, culmine di un percorso intrapreso da anni su questi temi. La principale finalità della L.R. (art. 2 I comma) è rimuovere "ogni forma di disuguaglianza pregiudizievole, nonché di ogni discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle persone, in particolare delle bambine, delle ragazze e delle donne, che di fatto ne limiti la libertà, impedisca il pieno sviluppo della personalità e l'effettiva partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale della Regione". Con approccio trasversale, la L.R. 6/14 affronta gli ambiti discriminatori della soggettività femminile nella società agendo su vari fronti, dall'occupazione a una corretta rappresentazione della donna sui media, dalla salute e benessere femminile, alla prevenzione e contrasto alla violenza di genere. La rimozione di qualsiasi forma di discriminazione, la promozione dell'uguaglianza tra uomini e donne e l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche (mainstreaming di genere) costituiscono un importante obiettivo della propria azione: tenere presente la variabile di genere è infatti determinante perché donne e uomini vivono situazioni di vita differenti, hanno diversi bisogni, risorse ed opportunità. Nel Patto per il lavoro, siglato il 20 luglio 2015 e recepito con DGR n. 1646/2015, si richiama l'importanza di valorizzare e rafforzare il ruolo che le donne svolgono nell'economia e nella società regionale attraverso vari strumenti, tra cui i servizi pubblici per l'impiego e politiche attive per il lavoro, l'incentivazione e la qualificazione dell'occupazione e dell'imprenditoria femminile. Analogamente importante permane l'attenzione al ruolo del welfare e dell'offerta dei servizi alle famiglie, rispetto alla priorità dell'occupazione femminile. L'armonizzazione tra vita e lavoro è uno degli ostacoli principali all'accesso e alla permanenza delle donne nel mercato del lavoro. Gli interventi volti ad ottenere una migliore integrazione tra vita lavorativa e vita familiare sono considerati strategicamente importanti al fine di affrontare una serie di problematiche sociali, quali, ad</p>
------------------	--

	<p>esempio, i mutamenti nella composizione della forza lavoro, nelle forme di organizzazione del lavoro, nell'individuazione di un nuovo welfare, e negli sviluppi demografici. Sulla scia degli indirizzi europei, accanto alla parità tra donne e uomini devono essere prese in considerazione le discriminazioni multiple e i pregiudizi, oltre a quelli in base al sesso, il colore, le origini etniche e sociali, la lingua, la religione o altre convinzioni, le opinioni politiche e ogni altro genere di opinioni, l'appartenenza ad una minoranza, la disabilità, l'età, l'orientamento sessuale, l'identità di genere o lo stato economico e sociale. Dalla differenza di genere alle diversità fra le persone, fra le culture, fra le religioni, fra i popoli: l'intreccio fra universalità dei diritti e riconoscimento delle diversità è uno dei nodi principali con i quali deve misurarsi oggi la cultura dei diritti umani. La caratterizzazione in senso pluriculturale della società può rappresentare un rischio di conflittualità sociale, in quanto i processi di coesione sociale non si realizzano spontaneamente, bensì necessitano di una strategia e di una cura costante delle dinamiche tra gruppi, comunità ed individui in un dato territorio. La disuguaglianza nell'accesso a sistema dei diritti si manifesta oggi non soltanto in termini di ricchezza/povertà o di genere, ma anche lungo la linea di demarcazione della cittadinanza o dell'appartenenza culturale, con il rischio di limitare fortemente le possibilità di una reale inclusione sociale della popolazione straniera. Il processo di femminilizzazione del fenomeno migratorio chiama in causa rilevanti questioni attinenti alla effettiva parità di genere ed emancipazione femminile ed alla delicata condizione sociale delle donne che migrano da sole per motivi di lavoro. L'aumento della popolazione giovanile di origine straniera richiama nuovamente il tema dell'accesso ai diritti con particolare riferimento a quelli di cittadinanza, e ne evidenzia altresì un aspetto specifico, relativo al possibile scarto fra diritti formalmente riconosciuti ed opportunità realmente fruibili, specie in riferimento alle opportunità dei coetanei italiani. Anche le persone con disabilità sono spesso vittime di discriminazioni dirette subendo in vari ambiti trattamenti meno favorevoli in ragione della propria condizione di disabilità. Occorre inoltre non trascurare le cosiddette discriminazioni indirette che si hanno quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (approvata il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009 n. 18) stabilisce che per discriminazione fondata sulla disabilità "si intende qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudiziare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo". La convenzione impegna pertanto gli stati membri, anche a livello locale, "ad adottare tutte le misure adeguate ad eliminare la discriminazione sulla base della disabilità da parte di qualsiasi persona, organizzazione o impresa privata". Tali attività vengono realizzate con il coinvolgimento di Province e Città metropolitana. Infatti, ai sensi dell'art. 1 comma 85 della L. 56/2014, alle Province e Città metropolitane è attribuita la funzione fondamentale relativa a "...controllo dei fenomeni discriminatori in ambito occupazionale e promozione delle pari opportunità sul territorio".</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Le pari opportunità sono politiche volte a promuovere il cambiamento culturale attraverso un'attenzione alle differenze (di genere, etniche, culturali, religiose, sociali, economiche, delle capacità e delle abilità) che al tempo stesso valorizzi gli elementi di specificità e identità e corregga quelli che possono generare disparità e disuguaglianza.</p> <p>Esse hanno come obiettivo la realizzazione dell'eguaglianza sostanziale, della democrazia paritaria, della responsabilizzazione e della partecipazione sociali, oltre che il contrasto di ogni discriminazione, la decostruzione dei pregiudizi e degli stereotipi che ne sono all'origine, il rispetto e la promozione della pluralità culturale a partire dalle differenze espresse dalle identità sessuali e di genere.</p> <p>Promuovere la pluralità culturale ed educare alla conoscenza e al rispetto delle differenze sono azioni essenziali per il riconoscimento di pari diritti e pari dignità per tutte e tutti, per una società più inclusiva, per prevenire fenomeni di sessismo, violenza, razzismo e omofobia. Per questo esse contribuiscono anche sostanzialmente all'importante obiettivo di contrastare la violenza contro le donne.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Tutti i cittadini e le cittadine con particolare attenzione a popolazione straniera e a persone disabili</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>- promuovere un'attenzione alla prospettiva di genere in tutte le politiche territoriali</p> <p>Sul territorio dell'Unione Reno Lavino Samoggia è attiva da 25 anni Commissione Pari Opportunità Mosaico: un coordinamento politico-tecnico che svolge per l'Unione funzioni di diffusione e di consolidamento di contenuti e metodi di pari opportunità applicati a tutte le politiche e azioni, con particolare riferimento alle tre dimensioni dei Generi, delle Genesi e delle Generazioni. Commissione Pari Opportunità Mosaico è un organismo istituzionale</p>

costituito da Prospettiva Politica Mosaico (costituita dalle/dagli Assessore/i con delega alle Pari Opportunità di ogni Comune dell'Unione) e Prospettiva Tecnica Mosaico (costituita da referenti tecniche/i con delega alle Pari Opportunità di ogni Comune dell'Unione): sotto il profilo politico essa è raccordata con le Giunte di tutti i Comuni dell'Unione, sotto il profilo tecnico con il Tavolo di Raccordo Integrazione Coordinamento che è parte integrante dell'Ufficio di Piano a sua volta integrato nel Servizio Sociale Associato dell'Unione. L'azione garantita da questo doppio livello di coordinamento è quella di una costante riflessione/elaborazione/diffusione delle pari opportunità che si concretizza sia attraverso lo sviluppo, a carattere pilota, di specifici Servizi Progetti Interventi, sia attraverso la contaminazione dell'ottica di pari opportunità a Servizi Progetti Interventi che, a partire da una formazione specifica sulla metodologia applicata di pari opportunità delle/degli operatrici/tori coinvolte/i, arrivano a essere definiti "a Marchio Mosaico" (un segnalatore dell'alta valenza di pari opportunità).

Nell'ottica di sostenere in particolare il consolidamento dell'ottica di pari opportunità in ambito sociale, all'interno di ASC InSieme è stato istituito dal 2011 un Ufficio di Pari Opportunità con funzioni di programmazione e sviluppo della materia in raccordo con tutte le Aree operative (Minori e Famiglie, Adulti/e, Anziani/e, Disabilità).

- integrare la dimensione di genere in tutte le politiche (anche attraverso il Bilancio di genere)

Sul piano sociale, in particolare, l'architettura informativa che alimenta la riflessione/elaborazione/diffusione delle pari opportunità è Generi Genesi Generazioni: la rendicontazione sociale di ASC InSieme. Si tratta di un bilancio interattivo aggiornato annualmente e accessibile online che illustra, oltre ai dati di intervento e spesa sociale (per maschi/femmine, italian*/stranier*, minori/adult*/anzian*), la geografia politica e tecnica del territorio dell'Unione (comprensiva di presentazioni delle figure che la rappresentano), i dati relativi allo stato della popolazione territoriale, gli indicatori e i dati di efficienza e di efficacia, i progetti "a Marchio Mosaico", alcuni indicatori sul Benessere Interno Lordo prodotto. Esso consente anche l'elaborazione autonoma dei dati attraverso un sistema di interrogazione organizzato sulle voci di Area di intervento, Comune, Servizio, Genere, Genesi, Generazione.

- sviluppare una cultura più rispettosa delle differenze di genere

Il documento programmatico di Commissione Pari Opportunità Mosaico individua una serie di azioni che definisce "sistematiche, strategiche e trasversali". Sul piano dei contenuti esse hanno l'obiettivo di garantire la pluralità, di contrastare le discriminazioni, di promuovere il confronto e la reciprocità, di contrastare la violenza contro donne e minori e la violenza omotransfobica; sul piano metodologico mirano a sviluppare elementi innovativi di programmazione/progettazione/realizzazione nelle pratiche politiche e tecniche. Si tratta di iniziative che vanno dallo sviluppo dell'ottica di pari opportunità, alla comunicazione in ottica di pari opportunità, alla promozione della partecipazione democratica, al benessere di comunità e organizzativo, al contrasto della violenza contro donne e minori e della omotransfobia.

- sensibilizzare alle pari opportunità, sviluppare una cultura attenta alle differenze, contrastando gli stereotipi e ogni forma di discriminazione, con particolare attenzione alle giovani generazioni

Nell'ultimo anno Commissione Pari Opportunità Mosaico ha lavorato alla riedizione de La casa sul filo, lo strumento per l'educazione al genere e il contrasto di ogni discriminazione basata sul genere già pubblicato nel 2001 come esito dell'azione "Prevenzione e sensibilizzazione" del primo Protocollo regionale per il contrasto della violenza contro le donne (2000) e ora accessibile liberamente online. La casa sul filo si sviluppa a partire da 24 parole chiave dell'educazione al genere. Ogni parola è introdotta da un montato audiovisivo di testimonianze raccolte in anni di lavoro all'interno dei Centri Antiviolenza e di numerosi interventi di prevenzione nelle scuole di diversi ordini e gradi. Per ognuna delle parole chiave sono disponibili tre livelli di lettura (introduttivo, nella prospettiva dei gender studies, relativo alla violenza maschile contro le donne). Corredano le letture alcuni strumenti per l'approfondimento: un'antologia di circa 700 citazioni di autrici e autori di gender studies, 70 proposte per lavorare in classe (dalla scuola dell'infanzia fino alla scuola superiore di secondo grado), bibliografie, filmografie e documenti. All'azione di riedizione sono correlate una serie di presentazioni/formazioni sul territorio regionale (Bologna, Ferrara, Ravenna, Reggio Emilia).

- promuovere pari possibilità per tutti e tutte, uomini e donne, giovani, stranieri, disabili di accesso alle stesse opportunità formative e lavorative e più in generale di vita

Un'azione dedicata alla riflessione sul Benessere Interno Lordo inteso come misuratore della qualità della vita, della consapevolezza cittadina del bene dei Servizi e della volontà di difenderli si è sviluppata con il progetto partecipativo A patto di... partecipazione, sostenuto da ASC InSieme in collaborazione l'AUSL distrettuale. Il progetto, i cui risultati condivisi sono tuttora in fase di attuazione, ha l'obiettivo di diffondere consapevolezza e promuovere

capacità di accesso a saperi e servizi. Obiettivo secondario è quello di costruire un "patto di cittadinanza" in grado di agire contemporaneamente la difesa del principio del Servizio Sociale nella costruzione di una comunità coesa, responsabile e solidale e l'elaborazione di un sistema dei Servizi Sociali sostenibile e rispondente alle esigenze del tempo presente e di riduzione della spesa sociale.

- aumentare la consapevolezza della crescente pluriculturalità della comunità territoriale, investendo nella valorizzazione delle differenze, nel dialogo culturale e interreligioso, valorizzando le potenzialità delle "seconde generazioni" e promuovendo una rappresentazione pubblica non stereotipata del fenomeno migratorio con politiche in ambito culturale, sportivo e comunicativo

Commissione Pari Opportunità Mosaico promuove una comunicazione di pari opportunità che in particolare è declinata nell'ambito dei Servizi Sociali. Il sito di ASC InSieme e tutta la pubblicità da essa prodotta riflette questo indirizzo attraverso l'utilizzo di immagini, parole e metodi comunicativi attenti alla rappresentazione della pluralità sociale per Generi Genesi e Generazioni, alla decostruzione degli stereotipi di genere, familiari, generazionali, relativi alle/ai migranti, e un linguaggio rispettoso delle differenze di genere e attento alla propria leggibilità e comprensibilità. Il regolamento della comunicazione di ASC InSieme, prodotto con la facilitazione dell'Ufficio di Pari Opportunità, rappresenta, su tutto questo, il documento programmatico di riferimento.

- promuovere un contesto sociale non discriminatorio potenziando iniziative di prevenzione, educazione e sensibilizzazione sulla parità di trattamento e la lotta al razzismo, in raccordo con le azioni del Centro regionale contro le discriminazioni. L'educazione alla differenza va promossa fin dall'infanzia, in quanto è nella prima fase della vita che si sviluppano modelli di riferimento, è pertanto importante un'integrazione maggiore con la scuola, anche attraverso la promozione e il sostegno di progetti dedicati a queste tematiche. Anche per le persone con disabilità è necessario assicurare un'azione specifica di contrasto alle discriminazioni sia dirette che indirette, non solo dando attuazione alle azioni puntuali che il quadro normativo prevede nel caso di discriminazioni accertate, ma anche promuovendo in termini più generali un cambiamento di tipo culturale, in particolare da parte delle nuove generazioni, che è lo strumento più potente per costruire contesti sociali realmente capaci di realizzare l'integrazione.

Commissione Pari Opportunità Mosaico promuove azioni di contrasto della violenza contro le donne attraverso progetti educativi, in particolare per i primi ordini di scuola (infanzia e primaria) fin dal 1995. Tra le azioni attualmente in corso su questo fronte si segnalano la riedizione de La casa sul filo, strumento educativo rivolto al mondo della scuola e della formazione su identità/differenze/relazioni di genere, decostruzione degli stereotipi e contrasto delle discriminazioni basate sul genere (che tra l'altro contiene 70 proposte per lavorare in classe dalla scuola dell'infanzia alla scuola superiore di secondo grado); l'adesione al progetto Teatro Arcobaleno (il cui obiettivo è quello di contrastare le discriminazioni basate sul genere e l'orientamento sessuale e favorire una società plurale e inclusiva partendo da bambini/e, ragazze/i e dalle loro famiglie) e in particolare la realizzazione, attraverso ASC InSieme, di corsi di formazione per educatrici/tori e insegnanti su differenze sessuali, di genere e contrasto della violenza contro le donne e omotransfobica; la supervisione della rete Attraverso lo Specchio costituita dalle Associazioni che a livello metropolitano si occupano di educazione al genere in contesti, scolastici, educativi, formativi e culturali.

- promuovere una cultura delle pari opportunità, in raccordo con la Città metropolitana, con particolare attenzione alle giovani generazioni, anche attraverso il sostegno a progetti su queste tematiche e ad attività educative nelle scuole per l'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto degli stereotipi e della violenza di genere

ASC InSieme ha partecipato per due anni consecutivi (2018 e 2019) al bando della Regione Emilia Romagna per il contrasto della violenza contro le donne aderendo ai progetti capofilati dalla Città Metropolitana Di Genere in genere e Una rete in azione con l'azione di riedizione e di presentazione sul territorio regionale de La casa sul filo. La casa sul filo è uno strumento che contiene, tra l'altro, testimonianze di bambini/e, ragazzi e genitori raccolte nelle scuole del territorio all'interno di progetti di educazione al genere e restituisce 70 modalità per lavorare in classe dalla scuola dell'infanzia alla scuola superiore di secondo grado. Anche il progetto Teatro Arcobaleno di cui ASC InSieme è partner è un progetto patrocinato dalla Città Metropolitana.

- promuovere iniziative per favorire la conciliazione dei tempi di vita, e di lavoro e una cultura della condivisione tra uomini e donne delle responsabilità di cura di bambini, anziani e disabili, sostenendo misure e servizi conciliativi anche in raccordo con le aziende e le organizzazioni sindacali del territorio

ASC InSieme gestisce, attraverso il progetto Badando, azioni di regolarizzazione contrattuale , formazione, supervisione, tutela, accompagnamento e ascolto delle figure caregiver in un'ottica di genere attenta alla decostruzione degli stereotipi legati al lavoro di cura e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

- sostenere la diffusione di un linguaggio più rispettoso delle differenze di genere (in attuazione delle Linee guida in ottica di genere della Regione EmiliaRomagna)

Commissione Pari Opportunità Mosaico ha sottoscritto nel 2016 il Protocollo regionale per l'attuazione della Legge Quadro Regionale per la parità e contro le discriminazioni di genere attraverso singoli atti dei Consigli Comunali. Tra le azioni direttamente conseguenti tale sottoscrizione c'è la redazione di un vademecum su un utilizzo del linguaggio istituzionale rispettoso delle differenze di genere che è stato pienamente recepito da ASC InSieme dall'Unione nella redazione di alcuni atti.

-promuovere la medicina di genere

- riconoscere e sostenere l'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato socio sanitario regionale (LR 2/2014)

Specifiche azioni di formazione, supervisione e accompagnamento delle/dei caregiver familiari sono gestite da ASC InSieme nel quadro delle indicazioni della Legge regionale 2/2014. In particolare: gruppi di sostegno, gruppi di auto e mutuo aiuto, iniziative formative e informative.

- promuovere interventi di promozione interculturale, sul versante comunicativo valorizzando l'attività dell'associazionismo migrante ed il protagonismo dei giovani di origine straniera, e dei neo-cittadini italiani

Iniziative pubbliche di riflessione e dibattito sui temi della pluriculturalità, della relazione interculturale e della partecipazione sono stati organizzati dai Comuni del territorio, oltre che azioni di comunità per la risoluzione di conflitti tra gruppi etnici e generazionali con il coinvolgimento di realtà rappresentative e attori sociali del territorio in grado di agire mediazione sociale. Si segnalano in particolare Incontri di Mondi del Comune di Casalecchio di Reno (una settimana di appuntamenti a tema interculturale), Infestival del Comune di Valsamoggia (festival interculturale/marchio di qualità interculturale su progetti e iniziative territoriali) gli incontri Parliamo di intercultura del Comune di Zola Predosa, la rassegna Diamoci voce organizzata da Coro Mosaico (un'esperienza multiculturale promossa da ASC InSieme nell'ambito del progetto Semenzaio ora diventata Associazione autonoma). Sul territorio esistono diverse realtà organizzate sia istituzionali (Consulte stranieri*) che associative (Associazione Culturale Islamica, Donne native e migranti della Valsamoggia, Pangea, ARCA, Voci di donne, Le Voci della luna, Gruppo Marija Gimbutas, Coro Mosaico) alcune delle quali contibuiscono attivamente alla realizzazione di iniziative sia di carattere interculturale che non. Diversi teatri del territorio (Teatro Laura Betti di Casalecchio di Reno, Teatro delle Temperie e Teatro delle Ariette di Valsamoggia), con il sostegno dei rispettivi Comuni e, in alcuni casi di ASC InSieme, hanno sviluppato progetti a tematica interculturale, anche con il coinvolgimento di migranti del territorio fino alla costruzione partecipata di iniziative e spettacoli (si segnalano in particolare il progetto Nessuno escluso e Teatro delle differenze del Teatro delle Temperie e i progetti Io, Camus e il couscous e Odissea in Valsamoggia del Teatro delle Ariette, quest'ultimo con la partecipazione attiva di un gruppo di badanti del progetto Badando di ASC InSieme).

- sostenere le iniziative, anche in raccordo con le istituzioni scolastiche, per l'insegnamento della lingua madre ai minori stranieri quale occasione per facilitare un raccordo trans-generazionale tra il paese di riferimento dei genitori e le nuove generazioni ed anche come esperienza che può migliorare il contestuale apprendimento della lingua italiana

Corsi di lingua araba vengono organizzati nel periodo scolastico da gruppi e associazioni interessate a Casalecchio di Reno, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa con la collaborazione degli Istituti scolastici del territorio che la domenica mettono a disposizione le aule delle scuole per lo svolgimento delle lezioni.

- promuovere la sensibilizzazione, prevenzione e informazione rivolta ai cittadini di paesi terzi, potenziali vittime di discriminazione

- favorire la diffusione sul territorio di interventi in una logica di prevenzione, mediazione e risoluzione efficace dei conflitti sociali e promuovere iniziative di prevenzione delle discriminazioni istituzionali

ASC InSieme si avvale della collaborazione permanente di una mediatrice linguistico-culturale di origine marocchina e di mediatrici/tori che vengono attivate/i occasionalmente in base alla necessità. Questa importante presenza, in affiancamento alle assistenti sociali e alle educatrici, rappresenta, dal punto di vista metodologico, la piena assunzione della logica transculturale e

	<p>l'obiettivo di pari opportunità della trasfusione di informazioni e di saperi per la co-costruzione interculturale di pratiche di intervento sociale innovative, sostenibili ed efficaci. Sotto il profilo degli interventi rivolti all'utenza la mediazione linguistico culturale rappresenta il principale elemento di raccordo sia per la prevenzione che per la risoluzione di tutte le problematiche connesse alle diverse rappresentazioni culturali e sociali, fino ai conflitti sociali e a problematiche di ordine sociale anche più gravi.</p> <p>- favorire l'inclusione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità in tutte le fasi della vita, sostenendo e promuovendo consultazioni locali e territoriali delle associazioni, e promuovere azioni specifiche di contrasto delle discriminazioni dirette ed indirette nei confronti delle persone con disabilità.</p> <p>ASC InSieme gestisce diverse azioni di integrazione delle persone con disabilità che vanno da interventi per la piena partecipazione alla vita scolastica dei minori, come l'educativa scolastica e la mediazione scolastica; ad attività extrascolastiche, come gli interventi individuali e di gruppo a supporto del tempo libero; per passare poi, per le/i giovani, ai week end autonomia, ai tirocini e ai laboratori per favorire, all'interno di un percorso educativo, l'avviamento al lavoro; fino ai progetti a sostegno della vita indipendente. Tutte queste azioni sono organizzate e realizzate in stretto raccordo con le Associazioni interessate, in particolare quelle costituite da persone con disabilità e loro familiari (Volhand, Passo passo, Tuttinsieme, Casaperta insieme ANFFAS, ANGSA, AIAS).</p> <p>- Azione specifica in campo internazionale per "L'inclusione possibile: condivisione di buone pratiche per la coesione territoriale e l'integrazione", in partenariato con Municipalità di Paredes (PT) e Zavod za odgoj i obrazovanje osoba sa smetnjama u psihičkom i tjelesnom razvoju (Centro per l'educazione e l'integrazione dei giovani con disabilità motoria e psichica) Tuzla BiH (Bosnia), volta a costruire un quadro conoscitivo della realtà dell'inclusione nei territori coinvolti, dal quale partire per un confronto basato su dati concreti così da sviluppare nuove strategie per favorire l'integrazione e la coesione territoriale .</p> <p>Le azioni previste coinvolgeranno, attraverso specifiche interviste, le istituzioni scolastiche del territorio e le aziende che si sono rese disponibili ad accogliere nel proprio organico e con diverse forme di collaborazione, persone con disabilità o straniere, anche in accordo e coordinamento con i servizi sociali del territorio, e laddove possibile singole esperienze di cittadini che si dimostrino disponibili a raccontare la loro esperienza di "inclusione" scolastica o lavorativa e i risvolti nel proprio sentire e relazionarsi. Grazie alla condivisione e al confronto con storie diverse, il progetto permetterà di individuare proposte innovative e ampiamente condivise, finalizzate a una migliore realizzazione dei principi di integrazione e inclusione a vari livelli: scolastico, lavorativo e sociale. Queste proposte saranno messe nella disponibilità delle parti politiche così da poter influenzare positivamente le future azioni per la coesione territoriale. In merito alle azioni specifiche promosse dall'AUSL si fa riferimento alla scheda regionale n. 9 "medicina di genere".</p> <p>E' attivo un Centro di documentazione e integrazione sulle disabilità a Valsamoggia che opera invece sul superamento delle differenti abilità attraverso laboratori documenti e azioni diverse</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Il carattere di questo intervento è necessariamente trasversale e integrato con diversi settori delle politiche locali, in particolare con quelle culturali, educative e delle attività produttive e con diversi soggetti e agenzie, dai sindacati, alla scuola, all'associazionismo, alla cooperazione sociale.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Unione Reno Lavino Samoggia, Asc InSieme, AUSL Distretto Reno, Lavino e Samoggia</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Letizia Lambertini (Asc Insieme) Nicoletta Marcolin (Comune di Zola Predosa) Giovanna Manai (AUSL) CDI (Zaghi - Valsamoggia)</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	<p>Locali Cdi Sale comunali per corsi e iniziative Biblioteche Teatri</p>

Totale preventivo 2018: € 80.514,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **31.481,08 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **35.032,92 €**
- Altri fondi regionali (*Bando DGR 1845/2017*): **8.330,00 €**
- Unione di comuni (*Unione comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia*):**5.670,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno Lavino Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	B;

Razionale	<p>Molte evidenze scientifiche hanno dimostrato l'importanza dei primi anni di vita nello sviluppo precoce del bambino, in particolare si è appurato che lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino non è automatico ma avviene in risposta a stimoli sociali e interpersonali. Questi stimoli influenzano entità, direzione e stabilità delle connessioni sinaptiche e quindi lo sviluppo delle reti neuronali che sono alla base delle diverse competenze del bambino, delle interazioni tra queste e le sue capacità di apprendere. Così come le ricerche in campo internazionale, le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dimostrano come l'attivazione di interventi domiciliari per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita producano risultati volti a contribuire a ridurre le disuguaglianze, a sostenere la genitorialità ed a prevenire condizioni di trascuratezza/negligenza dei bambini. Le famiglie e le relazioni che in esse si instaurano, sono l'elemento determinante nella crescita dei bambini soprattutto nei primi anni di vita ed è proprio in rapporto a quello che le famiglie sono o non sono in grado di dare che si strutturano in fasi molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali. Interventi precoci in epoca prenatale e post natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze.</p>
Descrizione	<p>In linea con quanto previsto dalla Commissione Europea nel 2013 combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Ciò è possibile attraverso strategie integrate di sostegno ai neogenitori, nell'accesso al mercato del lavoro, di sostegno al reddito e nell'accesso ai servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei bambini, quali nidi e scuole per l'infanzia, servizi sociali e sanitari, abitazione e ambiente. Approcci che si basano su modalità di counseling (ascolto partecipativo, osservazione, sostegno, ecc) e di prossimità (servizi per la prima infanzia, interventi domiciliari, home visiting, ecc) sono orientati ad identificare i fattori di rischio ed a supportare la famiglia nell'identificazione delle risorse proprie, della rete familiare allargata e nel contesto sociale e delle modalità per far fronte alle difficoltà. Nello specifico ad esempio l'attivazione di interventi di home visiting o di programmi di intervento universale di sostegno ai genitori sono mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri nei bambini, aiutare il genitore ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del bambino e facilitare la loro relazione, rafforzare l'autostima della madre, prevenire episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.</p>
Destinatari	<p>Donne e coppie in preconcizione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori. Neomamme e famiglie con figli piccoli anche in condizioni di vulnerabilità sociale.</p> <p>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-</p>

	<p>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>
<p>Azioni previste</p>	<p>Il nuovo progetto "mille giorni di vita" per il 2018 prevede azioni formative e laboratori tematici rivolti alle neo mamme e a bambini nei primi giorni di vita.</p> <p>il progetto sarà sviluppato all'interno del rinnovato Centro per le Famiglie.</p> <p>in generale le azioni sui mille giorni di vita prevedono le seguenti azioni:</p> <p>Consolidare il sistema dei servizi 0/3 anni potenziando il raccordo con le scuole dell'infanzia, per attuare il sistema formativo 0/6 così come previsto dalla legge 107/2015, in particolare promuovendo la sperimentazione di azioni/progettualità/continuità con la scuola dell'infanzia statale, anche con il coinvolgimento del coordinamento pedagogico;</p> <ul style="list-style-type: none"> - sperimentare azioni centrate sul primo e secondo di anno di vita dei bambini e delle loro famiglie, che vedano una collaborazione tra servizi educativi (nidi, centri bambini genitori...), centri per le famiglie, servizi sanitari (consultori famigliari, pediatrie di comunità, neuropsichiatrie infantili, pediatra di libera scelta) e servizi sociali; - porre un'attenzione particolare a raggiungere, informare, coinvolgere le famiglie straniere e le famiglie svantaggiate; individuando precocemente le situazioni di vulnerabilità nei periodi preconcezionale, prenatale e nel primo anno di vita, anche attraverso l'attivazione di screening e di , quali quello della violenza domestica e della salute mentale in gravidanza e nel post parto, e di interventi domiciliari - sostenere interventi integrati che coinvolgono le diverse opportunità territoriali, sviluppati da differenti settori (es cultura, sport, mobilità, ecc) e proposti a tutta la popolazione, come ad esempio la promozione della lettura nella prima infanzia, della musica e dell'attività fisica; - potenziare e riqualificare la rete dei consultori famigliari, anche all'interno dell'organizzazione delle case della salute per: informare e orientare i genitori, in tutte le fasi di crescita dei figli, a partire dalla preconcezione fino all'adolescenza, valorizzando le responsabilità educative, in modo da agire preventivamente rispetto all'insorgenza di possibili disagi familiari; promuovere scelte genitoriali consapevoli ed informate nei giovani e facilitare l'accesso alle consulenze preconcezionali; - garantire l'accesso ad un'assistenza appropriata ed integrata al percorso nascita con particolare attenzione alle azioni di empowerment della coppia genitoriale ed implementare un'assistenza integrata al puerperio e al sostegno dell'allattamento materno; - attivare azioni di sostegno alla genitorialità, di prevenzione e cura (es. interventi di educativa domiciliare e/o home visiting e/o altri programmi di intervento); - promuovere nei contesti di accudimento del bambino (interventi a domicilio), fattori protettivi e di resilienza, stimolando anche la capacità dei genitori (e del contesto allargato) di fruire delle risorse offerte dai servizi socio-educativi e sanitari territoriali (ad esempio utilizzando strumenti standardizzati per l'individuazione precoce del rischio di trauma relazionale nella diade e di problematiche nella cogenitorialità all'interno del sistema familiare); - implementazione di azioni, se del caso, rivolte alle famiglie migranti utilizzando strumenti e modalità di lavoro risultati culturalmente sensibili e quindi maggiormente appropriate per la specifica utenza; <ul style="list-style-type: none"> • Nel ns distretto vengono consolidati i servizi a sostegno della gravidanza, maternità ed allattamento; nel Consultorio familiare di Valsamoggia località Bazzano è stato implementato un ambulatorio dedicato all'allattamento con particolare attenzione alle situazioni che presentano maggiori criticità dal punto vista sanitario; • Viene consolidata la rete di sostegno alle situazioni più critiche di tipo psico-sociale: valutazione precoce del disagio e segnalazione tempestiva ai servizi ospedalieri e territoriali sia sanitari che sociali. • Per interventi efficaci è fondamentale la funzione della rete fra servizi al fine di individuare e coordinare le azioni più opportune in ogni situazione. A ciò la NPIA contribuisce con confronti e consulenze tecniche nei gruppi di lavoro e con la programmazione di interventi diagnostici terapeutici, quando vi siano le indicazioni. L'importanza della prime età della vita e l'opportunità di un'attenzione congiunta a bambini e loro caregivers porta a definire come obiettivo il mantenimento di tempi di attesa contenuti in 30 giorni per la prima visita; sono da continuare a perseguire la partecipazione attiva ai PDTA "bambino rischio di cronicità" e "autismo", i percorsi di followup con i reparti di neonatologia anche per i prematuri (già attivo con O. Maggiore , in implementazione con AOSP). Vengono realizzati trattamenti specifici presso il Centro Clinico per la Prima Infanzia anche nelle situazioni di sofferenza legata a

	<p>condizioni trans-culturali. Si auspica che finanziamenti ad hoc possano potenziare tale attività realizzata presso UOC NPIA di Bologna per tutta la NPIA . Nel distretto è programmata l'effettuazione di trattamenti educativi per bambini con disturbi dello sviluppo o relazionali, cui si affianca un supporto specifico per i genitori. La NPIA prevede inoltre incontri Parent Training per le condizioni autistiche nei primi anni di vita.</p> <p>- interventi e azioni specifiche finalizzate al "sostegno alla natalità" e rivolti a Coppie in attesa, neo-genitori di bambini 0-3 anni e bambini 0-3 anni. Le azioni e gli interventi saranno coordinati e gestiti dal Centro per le famiglie dell'Unione Reno Lavino e Samoggia e dal Coordinamento Pedagogico dell'Unione, svolti in un contesto di integrazione e collaborazione con i servizi educativi sociali e sanitari (Nidi, Case della salute, Biblioteche, Servizi sociali), parte fondamentale del progetto. Le azioni saranno studiate per creare occasioni di informazione alle coppie/famiglie coordinati e espletati in rete con équipe interdisciplinari (professionisti/e sanitari pedagogiste/i, assistenti sociali, educatori ecc), per poi proseguire con momenti di confronto e di gioco per mamme in attesa, genitori e bambini, sino alla costituzione di Gruppi di Auto Mutuo Aiuto.</p> <p>- Maltrattamento e abuso: interventi di prevenzione, sostegno e cura</p> <p>Dal 2014 ASC InSieme guida un lavoro di confronto per la definizione condivisa con Scuole e Servizi Educativi, la sperimentazione e la divulgazione di strumenti per la rilevazione (a Scuola e nei Servizi Educativi) di casi di maltrattamento e abuso su persone di minore età. L'obiettivo di questo lavoro discende direttamente dalle Linee guida regionali sul contrasto della violenza contro minori e risponde all'esigenza di accrescere la sensibilità sul fenomeno, di affinare gli strumenti di lettura e di intervento (con particolare attenzione alla prevenzione) e di approfondire le relazioni tra Servizio Sociale Minori e Scuola/Servizi Educativi in un'ottica di collaborazione sempre maggiore per l'individuazione, la segnalazione e la presa in carico di questi casi. Tutto il percorso è condiviso con l'AUSL distrettuale e supervisionato dal Centro specialistico Il Faro che ha anche realizzato tutte le iniziative formative connesse.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie 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;</p> <p>- 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>Unione Reno Lavino Samoggia , Asl Distretto Reno Lavino Samoggia, Asc InSieme, Centro per le Famiglie dell'Unione</p> <p>Nidi comunali, Coordinamento pedagogico</p>
Referenti dell'intervento	<p>Vignali Cristina (Asc Insieme)</p> <p>Fiorenza Ferri (Asc Insieme)</p> <p>Giovanni Amodio (coordinamento pedagogico e centro per le famiglie)</p> <p>Giovanna Manai (AUSL)</p>
Risorse non finanziarie	<p>Nidi comunali</p> <p>Sale pubbliche</p> <p>Consultori</p>

Totale preventivo 2018: € 7.762.526,46 (esclusa compartecipazione utenti: € 6.101.101,26)

- Centri per le Famiglie: **1.201,76 €**
- Compartecipazione utenti: **1.661.425,20 €**
- Altri fondi regionali (*Attività formative servizi prima infanzia e coordinamento pedagogico*): **17.370,04 €**
- Altri fondi statali/pubblci (*Fondo Nazionale per le politiche della Famiglia 2017 e Fondi MIUR L.107/2015 accesso servizi prima infanzia*): **639.687,62 €**
- Monte San Pietro: **310.585,45 €**
- Sasso Marconi: **485.633,40 €**

- Valsamoggia: **512.991,67 €**
- Zola Predosa: **1.158.611,83 €**
- Comune di Casalecchio di Reno: **2.975.019,49 €**

Indicatori locali: 0

16 Sostegno alla genitorialità

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Riferimento scheda distrettuale: 16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Reno Lavino Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	B;

Razionale	<p>Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa, culturale e relazionale. Così come l'impovertimento complessivo del contesto sociale porta ad un aumento della vulnerabilità dei singoli, delle famiglie e della società tutta. Tra le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono le fasi di transizione legate all'eventuale insorgere di crisi della coppia, separazione, divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, il carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologia. L'essere stranieri, condizione spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento sociale e di privazione sia del nucleo familiare che dei figli, anche se nati in Italia. Vi sono inoltre alcune forme di genitorialità che richiedono un'attenzione specifica, come l'essere famiglia affidataria o adottiva.</p>
Descrizione	<p>I servizi pubblici sanitari, educativi, sociali e i Centri per le famiglie, registrano un aumento dell'instabilità e della conflittualità familiare ed un contemporaneo processo di riduzione delle relazioni sociali. Questa crescente sfiducia e conflittualità si estende nei confronti anche delle istituzioni/servizi pubblici che sono investiti di aspettative, deleghe e richieste a cui sovente si riescono a dare risposte solo parziali. Occorre pertanto ri-orientare e ri-programmare il sistema dei servizi, per consentire una reale progettazione ed innovazione degli stessi, sulla base dell'analisi del bisogno e delle risorse personali, familiari e comunitarie.</p> <p>La presenza di diverse forme familiari è un fenomeno che deve essere valorizzato come risorsa per la comunità intera. E' necessario diffondere in maniera sempre più consolidata e capillare una cultura della differenza capace di accogliere e valorizzare le diversità. I mutamenti richiedono di interrogarsi sulle modalità con cui sostenere il benessere delle famiglie e le relazioni che esse instaurano al loro interno e nel proprio contesto sociale, considerando le risorse che esso esprime e porta con sé, dando valore alle disponibilità individuali e familiari che possono supportare i carichi di cura e favorire i processi inclusivi di quei genitori o nuclei che sono esposti a maggiore vulnerabilità. E' inoltre necessario mantenere sguardi positivi sulle potenzialità dei genitori e sulle responsabilità genitoriali anche attraverso nuove forme di promozione e affiancamento.</p> <p>L'attenzione deve essere mantenuta sulla qualità dell'educazione nella prima infanzia, la promozione del benessere e di stili di vita sani e consapevoli, il sostegno alla genitorialità, il protagonismo delle famiglie, quali fattori prioritari in gardo di agire preventivamente nelle situazioni di vulnerabilità sociale. Oggi le famiglie richiedono e propongono l'attivazione di modalità di intervento flessibili, la sperimentazione di nuove forme di partecipazione e di responsabilità sociale, l'attivazione di azioni di prossimità nei contesti di vita delle persone, in grado di dar valore e forza alle relazioni e significato alle forme di solidarietà comunitarie. Il tema della vulnerabilità familiare richiama inoltre il fenomeno della negligenza e trascuratezza più o meno grave che può generare una carenza significativa o assenze di risposte adeguate allo sviluppo del bambino. È riconosciuto scientificamente che all'origine della negligenza vi è una disfunzionalità nelle relazioni tra genitori e figli (o tra chi svolge le funzioni genitoriali) e scarse o problematiche relazioni tra le famiglie ed i contesti relazionali</p>

	esterni, formali ed informali. Occorre pertanto agire su entrambi i fronti per poter ottenere risultati tangibili di cambiamento.
Destinatari	Famiglie con figli piccoli, figli adolescenti, figli giovani adulti presenti in un determinato territorio.
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Progettare, programmare e gestire attività ed interventi in modo coordinato ed integrato tra servizi sociali, sanitari, educativi, sviluppando forme di raccordo e di rete tra gli stessi ed il territorio, per approfondire le tematiche e sperimentare soluzioni condivise di sostegno alla genitorialità, con particolare attenzione alle situazioni di vulnerabilità e fragilità (disabilità, disagio socio economico, povertà educativa, integrazione fra culture diverse); - mantenere il sostegno alla genitorialità propria dello psicologo dell'UO Consultorio Familiare, attivando modalità e forme più idonee e corrispondenti alla realtà attuale – attività di gruppo, utilizzo di tecniche che sostengano lo sviluppo di competenze importanti nel ruolo di genitore-, soprattutto in situazioni di fragilità, come genitori unici, genitori migranti, genitori seguiti da altri Servizi (Servizio Sociale o altri UO AUSL) - mantenere intervento della NPIA che oltre al coinvolgimento dei genitori nei progetti di cura come partner attivi, accompagnandoli con un ascolto partecipe nelle diverse fasi del percorso, effettua interventi a sostegno della genitorialità specifici, con tecniche rivelatosi efficaci per i gruppi di Parent Training nei casi di ADHD, disturbi del comportamento, Autismo. Inoltre sono promossi eventi formativi assieme al Consultorio Familiare per utilizzo della DBT nel lavoro con i genitori di bambini e ragazzi con disabilità. Interventi di gruppo ed individuali secondo il Maudsley Model sono proposti nei casi di CDA. - mettere in campo un approccio innovativo orientato a sostenere le competenze genitoriali, mettendo in valore le risorse dei genitori e della rete di relazioni nella quale le famiglie vivono; - prevedere forme di integrazione al reddito, agevolazione tariffaria, esoneri, per i nuclei familiari che presentano difficoltà, anche a causa della crisi economica; incentivare la partecipazione delle famiglie svantaggiate alle opportunità educative e culturali del territorio, in particolare a quelle rivolte a bambini e ragazzi; - promuovere l'accesso ai servizi e alle opportunità del territorio; - favorire la buona occupazione; - innovare gli strumenti dei professionisti che si occupano del sostegno delle competenze genitoriali, sviluppando programmi che facciano leva sulle abilità e le competenze dei genitori, sulle loro motivazioni e risorse personali e di contesto, e sostengano la partecipazione attiva della famiglia nelle scelte e negli interventi attivati (programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione dei minori -P.I.P.P.I.-, il modello dialogico, l'approccio delle family group conference); - approfondire il tema della conflittualità familiare come fenomeno trasversale all'attenzione dei servizi, attraverso metodologie partecipative e formative quali strumenti di confronto e raccordo tra professionisti; - promuovere l'integrazione e/o l'unitarietà dei punti di informazione e accesso ai servizi e degli interventi, favorendo la vicinanza territoriale alle famiglie; - sostenere e qualificare il Centro per le Famiglie, quale servizio dedicato all'informazione, orientamento, consulenza per le famiglie, al sostegno alle competenze genitoriali, allo sviluppo delle risorse familiari e comunitarie, al fine dell'attuazione delle Linee di indirizzo regionali (DGR 391/2015); - Costituire un'equipe multidisciplinare all'interno del Centro per le Famiglie che si occupi di: a) promuovere l'integrazione e il potenziamento dell'attività dei servizi territoriali e specialistici finalizzati a sostenere le famiglie nei momenti critici o nelle fasi di cambiamento della vita familiare, allo scopo di prevenire o ridurre le esperienze di disagio familiare, infantile, adolescenziale; b) promuovere la cultura della partecipazione, dell'accoglienza, della solidarietà e del mutuo aiuto tra le famiglie, lo sviluppo di aggregazioni e di reti famigliari, sostenendo il protagonismo delle famiglie, anche in una logica multiculturale e intergenerazionale; c) sostenere un approccio di sistema che metta in rete i servizi e le opportunità presenti sul territorio; - accompagnare le famiglie straniere in una dimensione culturale nuova, offrendo loro supporto alle funzioni genitoriali esercitate in un contesto diverso da quello di provenienza. Avviare una riflessione sulle condizioni che possono accentuare le difficoltà ad esercitare la funzione genitoriale, sulle donne che diventano madri e sui bambini nati nella migrazione, approfondendo le dinamiche presenti in contesti di vulnerabilità dove spesso si indeboliscono le interazioni precoci madre-figlio e la trasmissione culturale e linguistica; - sostenere il sistema dei servizi sociali e sanitari per promuovere l'attivazione di risposte

	efficaci in occasione di situazioni particolarmente complesse quali quelle inerenti i matrimoni forzati, le pratiche di mutilazioni genitali femminili o la violenza domestica.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Collaborazione nella programmazione tra servizi educativi 0/3, Consulenti Familiari, Case della salute, Servizi scolastici, Punti Nascita, Pediatria di Comunità, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici, Centri per uomini maltrattanti in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.); - costruzione di percorsi formativi comuni a supporto delle scelte di programmazione individuate.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno Lavino Samoggia, Asc Insieme, ASL Distretto Reno, Lavino e Samoggia
Referenti dell'intervento	Cristina Vignali (ASC InSieme) Giovanni Amodio (Coordinamento Pedagogico e Centro per le Famiglie , Unione Reno Lavino Samoggia) Giovanna Manai (AUSL Distretto Reno, Lavino e Samoggia)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 275.142,07

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **4.733,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **5.267,00 €**
- Centri per le Famiglie: **22.841,09 €**
- Monte San Pietro: **34.800,00 €**
- Sasso Marconi: **29.000,00 €**
- Valsamoggia: **33.500,98 €**
- Zola Predosa: **145.000,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

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

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

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

	<p>adolescenti e i giovani adulti”, secondo la DGR 590/2013, sarà proposto un percorso di cura per l’età 14-25 anni fondato su continuità e integrazione degli interventi tra promozione del benessere, prevenzione e cura; garanzia di accesso diretto ai servizi; competenza specifica e integrazione dei professionisti coinvolti.</p> <p>Il Progetto Adolescenza” si caratterizza per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - forte connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di adolescenza: scuola, servizi educativi, servizi sanitari, servizi e opportunità sociali (tempo libero, servizio civile, cultura, sport); - integrazione e armonizzazione delle politiche di promozione, prevenzione, sostegno e cura; - contemporaneità di attenzione all’adolescenza, alla comunità e ai legami esistenti e da sviluppare; - organizzazione di interventi in una logica di prossimità (andare verso), affiancamento partecipato e flessibilità; - attenzione e sostegno alle competenze genitoriali; - attenzione e cura alla promozione del benessere scolastico, come fattore di contrasto alla dispersione scolastica e all’insuccesso formativo; - cura delle relazioni tra generi, tra generazioni, tra culture; - collaborazione con il terzo settore; - integrazione gestionale delle risorse umane e materiali, infra e interservizi, individuando configurazioni organizzative e modalità di coordinamento tra le attività dei diversi servizi ed enti.
<p>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>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • realizzazione degli obiettivi del Progetto Adolescenza (in coerenza con la Dgr. 590/13 “Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza - Linee di indirizzo regionali”) attraverso la partecipazione attiva al tavolo di lavoro integrato tra servizi; <ul style="list-style-type: none"> • attivazione di interventi educativi a favore di minori a rischio, per la promozione del benessere, la prevenzione del disagio, il sostegno e la cura, quali: <ul style="list-style-type: none"> - educativa di strada; - interventi educativi individuali/domiciliari; - educativa territoriale; - interventi educativi di gruppo; - interventi educativi di orientamento scolastico e formativo. - sportelli di ascolto nelle scuole • realizzazione di progetti educativi individualizzati rivolti al minore, alla sua famiglia e al suo contesto di vita, in un’ottica di sistema e in una logica di lavoro integrata tra servizi e professionalità specifiche; • raccordo e collaborazione con le agenzie educative del territorio, in particolare la scuola, al fine di operare in rete e in sinergia con tutti gli attori istituzionali e non, favorendo una visione comune di obiettivi ed una realizzazione di attività, interventi e servizi mirati; • lavoro di rete attraverso la partecipazione attiva alle Commissioni disagio e ai Tavoli di Comunità territoriali inerenti la messa in comune e il raccordo delle opportunità e risorse attive e presenti nel distretto a favore degli adolescenti, e l’individuazione e risoluzione delle criticità emergenti; • promozione, gestione e coordinamento dei doposcuola e degli spazi di aggregazione giovanile del territorio (SAG), luoghi privilegiati per la valorizzazione delle diverse potenzialità, per l’integrazione e la socializzazione di bambini ed adolescenti, e servizi finalizzati allo sviluppo dell’autonomia personale e della vita di gruppo per favorire l’esercizio del diritto di cittadinanza, anche tramite il protagonismo consapevole, l’educazione alla legalità e al rispetto delle persone e delle cose; • coordinamento e attuazione dei Progetti di LR14/2008 (Bando Adolescenza e Bando Politiche Giovanili) con l’obiettivo di promuovere l’offerta di opportunità educative per il tempo libero e le diverse forme di aggregazione per i preadolescenti, gli adolescenti e i giovani; promuovere il coinvolgimento diretto dei ragazzi anche attraverso l’educazione tra pari in modo da valorizzare il loro protagonismo e sviluppare le loro risorse; promuovere un uso consapevole delle nuove tecnologie e prevenire e contrastare il bullismo, il cyberbullismo e la violenza tra pari; sostenere le competenze educative degli adulti di riferimento genitori, insegnanti, educatori, allenatori; avvicinare i giovani al mondo del lavoro (pro-working) • promozione e coordinamento dei progetti volti a ostacolare la dispersione scolastica e a

	<p>fare sistema, come Comunità educante, per contrastare la povertà educativa e culturale e promuovere l'inclusione attraverso azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, coinvolgendo le istituzioni Scolastiche . le parti sociali, e il terzo settore e lavorando in rete con altre realtà distrettuali e metropolitane (Progetti: Incubatore di Comunità Educante ; ATOMS (Action to make System; PON METRO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • promuovere e sostenere il raccordo tra scuola-formazione-territorio-lavoro e sviluppo della cultura tecnica, con azioni ed iniziative di rete. • Mantenimento del Tavolo Distrettuale sul tema dell'Adolescenza sia interistituzionale sia intraziendale (Tavolo Sanitario che coinvolge DSM/ SerDP, NPIA, CSM, DCP/Spazio Giovani-Consultorio Familiare/DASS) per implementare le attività di prevenzione, evidenziazione e risoluzione delle situazioni di disagio adolescenziale sia per mantenerle in una fase pre-clinica sia per poter attivare in maniera integrata le attività di cura nelle situazioni che lo necessitano (vedi Progetto Nemo 222) ; • Sostegno alla genitorialità di coppie/singoli che hanno figli adolescenti, anche attraverso il sostegno alla partecipazioni a gruppi di confronto tra genitori (vedi Gruppi AMA); • Coinvolgimento di tutto il Dipartimento Salute Mentale (CSM, NPIA) e Dipendenze Patologiche, a partire dai percorsi per gli esordi psicotici e per il disturbi della personalità, per ridurre le discontinuità nei percorsi di cura; • Progetto da realizzare a livello metropolitano è la realizzazione di una comunità ad alta intensità assistenziale per i casi post-acuti e l'individuazione c/o A.USL Bologna di posti letto dedicati ad adolescenti con disturbi psicopatologici acuti; • A livello distrettuale , accanto al lavoro di rete da implementare nelle forme già previste, si programmano interventi educativi individuali e di gruppo che richiedono spazi adeguati ed idonei a favorire, attraverso un lavoro educativo e di cura il riavvicinamento ai contesti e alle situazioni sociale dei pari, che ragazzi molto sofferenti tendono ad evitare. L'attenzione ai ragazzi ritirati, fenomeno in crescita richiede un lavoro integrato con la scuola e gli altri soggetti partecipanti al sistema di rete. • Maltrattamento e abuso: interventi di prevenzione, sostegno e cura <p>Dal 2014 ASC InSieme guida un lavoro di confronto per la definizione condivisa con Scuole e Servizi Educativi, la sperimentazione e la divulgazione di strumenti per la rilevazione (a Scuola e nei Servizi Educativi) di casi di maltrattamento e abuso su persone di minore età. L'obiettivo di questo lavoro discende direttamente dalle Linee guida regionali sul contrasto della violenza contro minori e risponde all'esigenza di accrescere la sensibilità sul fenomeno, di affinare gli strumenti di lettura e di intervento (con particolare attenzione alla prevenzione) e di approfondire le relazioni tra Servizio Sociale Minori e Scuola/Servizi Educativi in un'ottica di collaborazione sempre maggiore per l'individuazione, la segnalazione e la presa in carico di questi casi. Tutto il percorso è condiviso con l'AUSL distrettuale e supervisionato dal Centro specialistico Il Faro che ha anche realizzato tutte le iniziative formative connesse.</p> <p>Potenziamento e rilancio delle attività dei Centri giovanili comunali come luogo di integrazione e valorizzazione delle potenzialità dei giovani</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Il progetto coinvolge tutti i servizi degli ambiti sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale che si occupano di adolescenti.</p> <p>Il progetto coinvolge i gestori dei Centri giovanili</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Coordinamento pedagogico Unione Reno Lavino Samoggia, Asc InSieme, Ausl Distretto Reno Lavino Samoggia</p> <p>Scuola</p> <p>Asl</p> <p>Gestori centri giovanili e interventi sopra indicati</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Cristina Vignali (Asc InSieme)</p> <p>Giovanni Amodio (Coordinamento Pedagogico e Centro per Famiglie Unione Reno Lavino Samoggia)</p> <p>Giovanna Manai (AUSL Distretto Reno, Lavino e Samoggia)</p> <p>Referenti comunali per i centri giovanili e le scuole</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	<p>Sale pubbliche da Comuni</p> <p>Centri giovanili da comuni</p>

Totale preventivo 2018: € 254.003,97

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **120.220,08 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **133.783,89 €**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: 18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità - COORDINAMENTO AUSL

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

Razionale	<p>L'analisi demografica mostra come la generazione del boom demografico, che ha caratterizzato la nostra regione (e l'Italia in genere) tra metà degli anni '60 e metà degli anni '70, sia oggi arrivata ad avere tra i 40 e i 50 anni di età e come solo in piccola parte le generazioni seguenti, nate in periodo di calo demografico, siano state compensate dall'insediamento nella nostra regione della popolazione straniera. Di conseguenza la maggioranza della popolazione femminile in età fertile è ormai arrivata alle classi di età più avanzate, quelle caratterizzate da tassi di fecondità più bassi, mentre pian piano si stanno "riducendo" le classi di età a più alta fecondità. È soprattutto a questa modifica strutturale della popolazione che si deve il calo delle nascite a cui si assiste negli ultimi anni. Dal 2009 al 2016 i nati (residenti o meno) nelle strutture della regione sono passati da 42.426 a 34.155 (dati fonte CedAP), con un calo del 19,4%. Parallelamente ai nati, cala il tasso di natalità: da 9,8 per mille del 2009 a 7,8 per mille per il 2016 (dato stimato).</p> <p>Accanto a una riduzione della natalità, aumentano nella popolazione in età fertile i fattori di rischio che minano la futura fertilità: abuso di sostanze, obesità e sovrappeso, diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche dei giovani adulti, MST e HIV.</p> <p>La Regione Emilia Romagna con la DGR 1722 del 6 novembre 2017, dal titolo "Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti", ha previsto, in applicazione del Piano nazionale della fertilità, una serie di obiettivi che includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'informazione sull'evoluzione della fertilità e sui fattori e comportamenti che possono metterla a rischio - La promozione degli stili di vita sani ed adeguati in questo ambito - L'assistenza alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle malattie dell'apparato riproduttivo maschile e femminile che possono avere un ruolo nel determinare una condizione di sterilità o infertilità. - Il fornire strumenti per una pianificazione familiare consapevole <p>Tra i presidi organizzativi che possono concorrere a questi risultati, sta sicuramente l'attivazione di uno spazio rivolto alla popolazione 20 – 34 anni, nell'ambito del Consultorio Familiare (parimenti all'esperienza degli Spazi Giovani rivolta a ragazze e ragazzi dai 14 ai 19 anni), che permetta un accesso facilitato a una serie di percorsi informativi, diagnostici e terapeutici.</p>
Descrizione	<p>Il Piano nazionale della fertilità si prefigge l'obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente.</p>

	<p>In accordo con il Piano sopracitato, la Regione Emilia-Romagna si prefigge l'obiettivo di promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare e potenziando e valorizzando le attività consultoriali.</p> <p>Nell'ambito della rete delle cure primarie, le sedi consultoriali costituiscono infatti un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.</p> <p>Con DGR n. 1698/2015 la Regione ha assegnato un finanziamento di 600.000,00 euro per promuovere e sostenere i progetti a carattere educativo per la tutela della fertilità e della salute sessuale, potenziando le attività consultoriali rivolte a giovani adulti (fascia di età 20-34 anni) e sviluppando interventi formativi, concordati in integrazione con i professionisti dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione generale e agli operatori sanitari delle cure primarie, con l'obiettivo di diffondere la cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità. L'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning) è anche un obiettivo delle linee di programmazione alle Aziende sanitarie per l'anno 2016 (DGR 1003/2016).</p>
Destinatari	Spazio rivolto alla popolazione 20 – 34 anni
Azioni previste	<p>Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di Spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni;</p> <p>Organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, le Associazioni e i Comuni dell'Unione rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità</p> <p>Promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare;</p> <p>Prevedere un piano di sensibilizzazione, in accordo con le parti sociali, rivolto alla fascia di età 16-19 partendo dal coinvolgimento delle scuole</p> <p>Garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia.</p> <p>A livello distrettuale sarà riorganizzato il sistema di offerta del Consultorio Familiare per prevedere l'apertura dello Spazio Giovani Adulti presso la Casa della Salute con sede a Casalecchio con le modalità descritte.</p> <p>Lo Spazio Giovani Adulti svolgerà la sua funzione ad accesso libero (quindi senza necessità di impegnativa del medico) e tramite appuntamento.</p> <p>Gli ambiti di intervento saranno i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie sessualmente trasmissibili - Pianificazione familiare e contraccezione - Stili di vita e salute riproduttiva - Preconcezione - Dolore pelvico ed alterazioni mestruali (diagnosi e prevenzione dell'endometriosi e della micropolicistosi ovarica) - Problematiche sessuali e relazionali di coppia - Infertilità di coppia
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra i Consultori Familiari e le cure primarie, il Dipartimento di Sanità Pubblica, i Servizi sociali e i centri per le famiglie, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. servizi infettivologici, U.O. di ginecologia, dermatologia, urologia, ecc.).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Bologna, Unione dei Comuni, Asclinsieme, Associazioni e Consulte giovanili, associazioni sportive, parti sociali
Referenti dell'intervento	Claudio Veronesi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

**1°: numero progetti di formazione per gli operatori
sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità**

Descrizione:

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Progettazione corso

- **Obiettivo 2019:** Alemno 1 iniziativa

- **Obiettivo 2020:** Alemno 1 iniziativa

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Riferimento scheda distrettuale: 19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

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

Razionale	<p>L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente, ed è stato accompagnato da campagne pubblicitarie particolarmente aggressive. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta; questo obiettivo può essere conseguito attraverso modifiche legislative nazionali o per quanto di competenza anche regionali volte a diminuire in modo significativo l'offerta di gioco, fornire maggiore autonomia e controllo agli Enti Locali e garantire maggiori tutele agli utenti al fine di evitare fenomeni di ludopatie. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovraindebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Appare perciò necessario per tutte le agenzie costruire un ponte culturale sul territorio del Distretto x collegare le azioni sociali e di promozione del benessere, al primo aggancio e ai percorsi di cura all'interno dei Servizi</p>
Descrizione	<p>La Regione Emilia-Romagna in accordo con l'Osservatorio Regionale ha redatto il piano triennale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico come richiesto dal Ministero della Salute al fine di ripartire tra le Regioni il Fondo nazionale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico. Il Piano regionale prevede azioni di prevenzione, di cura e riabilitazione. La Regione Emilia-Romagna ha messo a punto tale piano, condividendolo anche con Anci, la strategia adottata è quella della condivisione, della collaborazione tra i Soggetti istituzionali e non istituzionali dei territori dove questo fenomeno sociale è ormai ampiamente diffuso.</p>
Destinatari	<p>Giocatori patologici e loro familiari, cittadini, studenti e operatori di servizi sociali, sanitari, formativi, insegnanti</p>
Azioni previste	<p>Le azioni previste saranno attuate in coerenza con le modifiche alla L.R. 5/2013 di cui alla DGR 831/2017, con l'obiettivo di sostenere e condividere una cultura del gioco responsabile anche promuovendo protocolli per l'autoregolamentazione (come il non utilizzo di spazi pubblicitari per la diffusione del gioco d'azzardo) e figure dedicate al contrasto del rischio di patologia.</p> <p>PIANO LOCALE DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO</p> <p>Obiettivo generale 1. Promuovere presso i cittadini, compresi gli esercenti di locali con giochi d'azzardo, la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, tenuto conto anche di indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale.</p> <p>Obiettivo generale 2. Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in coerenza e in ampliamento con quanto previsto dal Piano regionale della Prevenzione (PRP), al fine di sostenere le Scuole aderenti al PRP e di ampliarne il numero.</p> <p>Obiettivo generale 3. Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale,</p>

	<p>educativo, delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con gioco d'azzardo per il riconoscimento dei segni legati alla presenza di gioco d'azzardo patologico nelle famiglie promuovendo una responsabilità sociale diffusa e la conoscenza della rete di trattamento.</p> <p>Obiettivo generale 4. Promuovere e consolidare una rete competente per il trattamento integrato sanitario e sociale che comprenda interventi ambulatoriali e residenziali, in favore dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari, e che veda la collaborazione dei Servizi Sanitari e degli Enti privati accreditati del Sistema di cura delle Dipendenze Patologiche, dei Servizi Sociali degli Enti Locali e delle Associazioni che gestiscono gruppi di auto aiuto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizzazione di eventi locali, promozione del marchio etico SlotFreER, collaborazione con le Scuole che sperimentano progetti di prevenzione, coinvolgimento dei Centri per le Famiglie, collaborazione con le Associazioni e le parti sociali del territorio, coinvolgimento delle Associazioni di categoria e dei soggetti gestori. Nell'ambito del progetto di prevenzione della Ludopatie nelle scuole sono previsti diversi eventi, sia spettacoli teatrali sia proiezioni di film rivolti agli alunni delle scuole secondarie di primo e secondo grado che rivolti alla cittadinanza. - Responsabilizzazione esercenti di locali con gioco d'azzardo, attraverso momenti di sensibilizzazione, non obbligatori e non a pagamento, con modulo discusso a livello regionale come si è fatto con i programmi della formazione obbligatoria. Attivazione di interventi volti al contatto con gli esercenti e con i giocatori. Corsi di formazione rivolti ai gestori sulla base delle linee guida regionali anche attraverso le associazioni di categoria e di appartenenza. - Azioni di prossimità: nell'ambito del progetto Giovani in Valle si prevede un ampliamento dell'intervento degli educatori impegnati in questo servizio (educativa di strada) rivolto al target di giovani dai 14 ai 25 anni presenti sul territorio del Distretto attraverso: <ol style="list-style-type: none"> 1) il monitoraggio e mappatura del territorio rispetto ai luoghi in cui è possibile giocare d'azzardo e che vedono la presenza dei giovani target dell' intervento; monitoraggio e censimento anche della popolazione adulta presente negli esercizi in oggetto; 2) un percorso di formazione degli educatori necessario per migliorare le competenze specifiche sul GAP e per aumentare l'aggancio specifico con i giovani giocatori; - Valorizzazione marchio SlotFreER ed eventi collegati: prosecuzione ed ampliamento del progetto Libri per Gioco e definizione di azioni di sviluppo per la continuità del progetto. - Sostegno e consulenza per sovra indebitamento famiglie in collaborazione con il centro anti usura (centro per le vittime), coinvolgimento di istituti bancari. - Sperimentazione interventi di supporto a familiari di giocatori che non accedono ai servizi di cura; prosecuzione del progetto "al lavoro non t'azzardare", in accordo con le organizzazioni sindacali, attivazioni di sportelli di ascolto attraverso educatori di prossimità per il primo aggancio e per invio ai gruppi di sostegno, es. AMA, Gamanon, Giocatori Anonimi o collegamento al trattamento presso i Ser.D.P. - Laboratori per Scuole: ampliamento del progetto "Azzardo se questo è un gioco?" - attività laboratoriali rivolti alle scuole secondarie di primo grado (una scuola media inferiore per ogni comune) dell'Unione Valli del Reno, Lavino e Samoggia. Le attività saranno organizzate all'interno delle scuole e sono previsti spettacoli teatrali e conferenze. Sarà coinvolto il CCRR (il consiglio delle ragazze e dei ragazzi) per approfondire le tematiche di prevenzione sul gioco d'azzardo e sull'uso online dei giochi che creano dipendenza precoce. Interventi di supporto alle classi delle Scuole secondarie di secondo grado che hanno già negli ultimi anni partecipato al percorso di peer education e di laboratori interni per la prevenzione della Ludopatia
<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..).</p> <p>Sulla base di questa positiva esperienza gli obiettivi e le azioni riferibili in particolare agli obiettivi di promozione della conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati in modo specifico nelle scuole e in interazione con il Piano Prevenzione aziendale saranno programmati dai Comitati di distretto, attuati dagli attori che i Comitati e i tavoli di progettazione partecipata individueranno e rendicontati per motivi amministrativi dalle Ausl.</p> <p>L'obiettivo relativo al potenziamento delle attività di accoglienza, trattamento, riabilitazione, sarà programmato a livello distrettuale, attuato e rendicontato dalle AUSL con la collaborazione degli Enti accreditati per il trattamento delle dipendenze.</p> <p>Gli obiettivi specifici relativi alla formazione programmati dalla Regione, saranno programmati dalla Regione e dagli Enti locali, gestiti e rendicontati dalle AUSL.</p>

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno Lavino Samoggia, AUSL Distretto Reno Lavino Samoggia, Asc Insieme Imprese Scuole
Referenti dell'intervento	Giovanni Amodio (Coordinamento pedagogico distrettuale), Cristina Vignali (ASC InSieme), Centro per le Vittime, Gambini Daniele (AUSL)
Risorse non finanziarie	Sale per gruppi di autoaiuto e per azioni individuate

Totale preventivo 2018: € 62.573,60

- Programma gioco d'azzardo patologico: **62.573,60 €**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno, Lavino e Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	B;C;

Razionale	<p>Il progressivo invecchiamento della popolazione costituisce un trend demografico costante. Nel territorio dell'Unione Reno, Lavino e Samoggia l'indice di vecchiaia è pari a 176,8 (187,1 a livello metropolitano), l'indice di dipendenza totale 61,6 (59,6 a livello metropolitano), la popolazione anziana è il 24 %,4, i grandi anziani sono il % 12,9 (13,3% a livello metropolitano), il saldo naturale è pari a -366 (-3507 a livello metropolitano).</p> <p>Allo stesso tempo si assiste al progressivo incremento nell'aspettativa di vita e dell'aspettativa di vita libera da disabilità. Alla fine degli anni 90 l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha proposto un cambiamento di paradigma rispetto al modo di valutare la popolazione anziana: da un'accezione "passiva", di popolazione bisognosa con un impatto elevato sulla comunità in termini di domanda di servizi sanitari e sociali, ad un'accezione "attiva", di vera e propria risorsa per la comunità. Il nuovo paradigma è stato definito dall'OMS "invecchiamento attivo", inteso come processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita delle persone anziane.</p> <p>Nel 2012 la Commissione Europea ha avviato un programma di Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo con l'obiettivo di accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione Europea entro il 2020. A livello locale è di fondamentale importanza un partenariato in collaborazione con le associazioni, rispetto a diversi ambiti di intervento, compreso il consolidamento di modelli di presa in carico della cronicità basati sull'integrazione e multidisciplinarietà e la prevenzione gestione della fragilità. La messa in rete delle potenzialità del volontariato con l'offerta dei Servizi istituzionali permette di arricchire il servizio di assistenza domiciliare e contribuisce a realizzare le condizioni indispensabili per la permanenza delle persone anziane nell'ambiente familiare e sociale, evitando per quanto possibile l'istituzionalizzazione e l'emarginazione.</p> <p>Il mantenimento di uno stato di "buona salute" rappresenta un prerequisito essenziale per un invecchiamento attivo. La prevenzione e promozione della salute e di sani stili di vita costituiscono quindi obiettivo rilevante in tutte le fasi e luoghi di vita delle persone, dall'infanzia fino all'età adulta, indispensabile anche al fine di sostenere l'efficacia degli interventi mirati all'invecchiamento attivo.</p> <p>In questa direzione vanno le progettazioni di ASC InSieme che, con il supporto del volontariato, si propongono di migliorare la risposta a bisogni legati alla socializzazione e alla mobilità, attraverso il volontariato e' possibile realizzare interventi personalizzati. I giovani anziani (silver age) rappresentano un'importante risorsa per la società. Il mondo del volontariato si basa principalmente sulla disponibilità di persone ritirate dal lavoro che decidono di impegnare parte del loro tempo per aiutare i più deboli. Questo trend e' pero' destinato per l'aumento dell'età pensionabile e delle responsabilità di cura (es: presenza di grandi anziani all'interno delle famiglie).</p>
Descrizione	Attraverso gli interventi programmati con le risorse del Fondo per la Non Autosufficienza viene sostenuto lo sviluppo della rete di servizi socio-sanitari, residenziali e semiresidenziali, e la

realizzazione di interventi di natura assistenziale ed economica per il mantenimento al domicilio degli anziani e dei disabili non autosufficienti. Nei prossimi anni si manterrà costante l'impegno per l'ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, prevedendo anche l'identificazione di soluzioni maggiormente flessibili ed innovative orientate al lavoro di comunità, al fine di sostenere reti sociali, sinergie tra servizi e associazioni di volontariato, singoli cittadini e centri di aggregazione territoriale, e nel contempo mantenere la necessaria prossimità ai bisogni della popolazione anziana a rischio di non autosufficienza. I servizi/interventi per la prevenzione e promozione della salute della popolazione anziana saranno attuati in integrazione con il Piano Regionale della Prevenzione attuato a livello metropolitano. Saranno svolte azioni innovative che costituiscono punto di riferimento di buone pratiche (es. gruppi di teatro con anziani, che diventano opportunità anche per i loro familiari e giovani studenti/tirocinanti; gruppi di anziani per la narrazione delle loro storie di vita/o canzoni, anche per mantenere viva la memoria).

Importante è la sinergia tra risorse istituzionali e risorse informali per una rilevazione più completa del bisogno e per una risposta più ampia ed efficiente nell'ambito degli interventi per la domiciliarietà .

Tra i setting ideali per la realizzazione di iniziative di promozione della salute, con la partecipazione della comunità, vi sono le Case della Salute, che rappresentano al tempo stesso una opportunità per garantire un accesso ed una risposta ai bisogni della popolazione anziana, integrati, multidisciplinari, e orientati al paradigma della medicina d'iniziativa.

In questa direzione presso la Case della Salute del Distretto sono molteplici le iniziative proposte/realizzate e di differente tipologia:

- Alcune legate a specifiche patologie o a quelle che maggiormente caratterizzano la cronicità:
 - "Il mio amico Parkinson" mattinate formative/informative a cadenza settimanale rivolte a persone con sindromi parkinsoniane e ai loro familiari. A questi appuntamenti le persone che partecipano hanno la possibilità di confrontarsi in modo informale sui temi legati alla malattia e alla sua gestione, con una psicologa. Gli incontri vogliono essere uno spazio di socializzazione e sostegno, ma anche di ricreazione ed attivazione a livello emotivo e corporeo per questo alternano la loro presenza una musicoterapeuta e una psicomotricista.
 - Progetto "Salut Over", 7 appuntamenti a cadenza settimanale sulle patologie che sono la causa principale dei decessi, di perdita di anni in buona salute e di spesa sanitaria, le quali hanno come denominatore comune fattori di rischio modificabili:
 - "La prevenzione e i sani stili di vita: armi vincenti di tutte la malattie della società moderna"
 - "Gli psicofarmaci: come e quando. Qualche utile informazione"
 - "Impariamo a fare la spesa: scelte quotidiane, alimentari e sociali"
 - "Il diabete, prevenzione e cura"
 - "Piede diabetico, prevenire è davvero meglio che curare!"
 - "Prevenzione del rischio osteoporotico ambientale"
 - "La prevenzione cardiovascolare aggiunge anni alla nostra vita"

organizzati dall'Associazione di Volontariato ANTEAS "Giuseppe Fanin" Bologna

- "Diabete, cibo e salute" per la Giornata Mondiale del Diabete con diversi momenti:
 - Misurazione della glicemia, test di valutazione del rischio a sviluppare la malattia (pedana baropodometrica per le posture del piede)
 - Incontro pubblico con i cittadini con informazione /formazione da parte di un diabetologo, di una dietista/nutrizionista, di un docente di scienza e cultura dell'alimentazione e di uno chef.
 - Buffet specifico con alimenti adatti a pazienti diabetici preparato dall' Istituto Alberghiero Scappi
 - Spettacolo per la cittadinanza
- "APE incontra l'arte – Clinica e arte insieme" incontro con medici endocrinologi dell'azienda Usi di Bologna e una storica dell'Arte sul gozzo tiroideo- Tiroidite post-partum e Acromegalia. I riferimenti ad opere artistiche del passato arricchiscono di suggestioni e della prospettiva storica le rigorose comunicazioni degli specialisti. L'Arte, con il suo valore documentale, ricorda non solo la persistenza delle patologie endocrine nel tempo, ma anche l'urgente necessità di combatterle (organizzata dall'Associazione Patologie Endocrine che al termine dell'evento ha offerto a tutti sale iodato e un buffet preparato dall'Istituto Alberghiero Scappi)

- Alcune a contenuto formativo/informativo/riabilitativo e/o al Benessere della persona:
 - "Corso Yoga", attività di riabilitazione oncologica integrata a cadenza settimanale rivolta ai malati e ai loro caregiver organizzata dall'Associazione di Volontariato "Gli Onconauti"
 - "Settimana Mondiale della Tiroide" (ogni mese di maggio) con banchetti informativi ed una esperta presente in alcune occasioni per rispondere alle domande dei cittadini organizzati

	<p>dall'Associazione Patologie Endocrine (6 nei quattro punti del Distretto)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Punto d'ascolto rivolto a pazienti oncologici dei volontari dell'Associazione "Gli Onconauti" aperto per 2 giorni alla settimana. ◦ "Mi piace se ti muovi... allora muoviti!" incontro di promozione/informazione dell'Attività Fisica Adattata organizzata da operatori della Casa della Salute con la partecipazione della Polisportiva Masi. ◦ "Culture del cibo" Ciclo di eventi con la presentazione di libri: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Vegetaliana" dialogo sul tema della scelta vegetariana tra Paola Navacchia (Dirigente medico Igiene Epidemiologia e sanità Pubblica) e l'autrice del libro Giuseppina Siotto ▪ "Il tao e l'arte dei fornelli" dialogo sul tema dell'alimentazione energetica tra Grazia Lesi (Ginecologa Dipartimento Cure Primarie) e l'autrice del libro Lena Tritto ▪ Degustazione di alcune delle ricette dei due libri presentati preparate e presentate dall'Istituto Alberghiero Scappi ◦ "Lezione informativa sulle manovre di disostruzione, primo soccorso e sonno sicuro" organizzata dall'associazione "Le querce di Mamre" in collaborazione con i volontari della Croce Rossa Italiana. Poche e semplici manovre che possono salvare la persona in difficoltà spiegate teoricamente e poi testate praticamente sotto la guida esperta dei volontari della CRI ◦ "L'Auto Mutuo Aiuto – Promuovere la cultura della mutualità per favorire la nascita di gruppi nel territorio"; due giornate di formazione rivolte ai cittadini, membri di Associazioni e/o enti di volontariato, ai professionisti dell'AUSL, degli Enti Locali e agli Amministratori Locali dell'Area Metropolitana. ◦ Nuova attivazione del "Gruppo di Cammino" con giornata aperta alla cittadinanza sui corretti stili di vita e sui benefici dell'attività fisica, in presenza dei medici del Dipartimento di Salute Pubblica, un Medico di Medicina Generale, un'infermiera della Casa della Salute. I Walking Leader saranno i due volontari del Servizio Civile che sono stati formati per tale ruolo. In caso di maltempo che renda impossibile l'uscita è a disposizione una palestra per fare un'attivazione motoria sostitutiva. ◦ "La scuola del Caregiver". Sono previsti 7 appuntamenti tra settembre e ottobre di cui 1 con tema generale sul caregiver e sulle opportunità e risposte che il territorio può mettere in campo, 4 rivolti ai caregiver di persone con disturbi cognitivi , 1 su come un familiare può accorgersi ed intervenire su problemi legati alla memoria e ai disturbi cognitivi e 1 dedicato ai giovani caregiver (bambini e giovani fino ai 18 anni di età che rivestono un ruolo significativo nel prendersi cura di un membro della propria famiglia bisognoso di assistenza, facendolo in modo continuativo e assumendosi delle responsabilità che normalmente verrebbero associate ad un adulto). ◦ "Riabilitango® per il BenEssere" 12 incontri, a cadenza settimanale, di Tangoterapia rivolti a persone anziane con malattia di Parkinson e ai loro familiari/caregiver, e a persone anziane con lievi problemi di deambulazione che possano trarre giovamento dal Metodo Riabilitango® che lavora principalmente su: corretto equilibrio e postura, allungamento della camminata, aumento della velocità nel camminare, coordinazione motoria spazio-temporale e il ripristino di una deambulazione il più fluida possibile. Il metodo è riconosciuto a livello nazionale ed è stato da poco riconosciuto anche a livello europeo. (Progetto servizio e-care 2018) <ul style="list-style-type: none"> • Alcune rivolte allo sviluppo e mantenimento di competenze utili alla vita quotidiana quali: • "Liberi di Guidare Sempre", organizzata dall'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Stradale il cui obiettivo è contribuire ad aumentare la sicurezza stradale degli over 65, a ridurre di conseguenza i fattori di rischio, a prevenire gli incidenti che coinvolgono queste categorie di popolazione e a promuovere la mobilità sostenibile. Per molte di queste persone la possibilità di guidare ha un importante significato di autonomia. • "Pane e internet" un progetto finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, nell'ambito dell'Agenda Digitale Regionale, per favorire lo sviluppo delle competenze digitali dei cittadini al fine di garantire una piena cittadinanza digitale e l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). • Un evento di cultura digitale al fine di preparare dei Facilitatori Digitali dal titolo: "I servizi sanitari online: il fascicolo sanitario elettronico, come si usa, quali opportunità". Verranno formati i volontari del Servizio Civile che potranno poi esercitare il ruolo di Facilitatori Digitali con i cittadini per stimolarli e guidarli all'utilizzo del FSE.
<p>Destinatari</p>	<p>Persone anziane e loro familiari e caregiver</p>
<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • l'integrazione degli interventi con quelli previsti dal Piano Regionale Prevenzione 2015-2018 riguardanti l'empowerment dei cittadini, l'educazione su stili di vita salutari, l'esercizio fisico, l'alimentazione, e individuare ulteriori punti di connessione e interazione; • l'attuazione delle linee regionali sulle Case della Salute con particolare riferimento alle aree integrate di intervento "prevenzione e promozione della salute" e "prevenzione e presa in carico della cronicità";

	<ul style="list-style-type: none"> • il consolidamento delle buone pratiche, basate sul lavoro di comunità, finalizzate all'attivazione di gruppi anziani; <p>Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prosecuzione delle attività dei Centri socio-ricreativi: sono servizi che promuovono attività tendenti a favorire la vita di relazione e iniziative di socializzazione, inserimento sociale e prevenzione della solitudine, valorizzati ulteriormente grazie al "concorso di idee di E-care 2018"; • la sperimentazione, anche attraverso il coinvolgimento delle parti sociali, di un progetto di mappatura e copertura del territorio utilizzando tutte le sedi fisiche come veicolo di informazioni necessarie in particolari periodi (estate e piano caldo, inverno e piano freddo ecc..) • il trasporto e l'accompagnamento degli anziani verso luoghi di aggregazione e verso luoghi di cura per terapie ambulatoriali, e il supporto nel disbrigo di pratiche e commissioni, che permettono di incidere sul mantenimento delle funzioni di autonomia residua degli anziani e a ritardare l'inerzia e il senso di inutilità sociale; • la prosecuzione del servizio di consegna pasti al domicilio e telesoccorso; • l'evoluzione della sperimentazione del Villaggio solidale di Villa Magri: il Villaggio solidale di Villa Magri, luogo di sperimentazione di un nuovo modello di abitare che sostiene la responsabilità di cura dei condomini più fragili in una logica di buon vicinato "solidale", facilitazione delle relazioni condominiali e attività di interazione e di supporto all'autonomia degli anziani residenti. <p>Tutti gli interventi vengono svolto tramite convenzioni con associazioni di volontariato del territorio, attraverso questo modo di operare, finalizzato ad incentivare il welfare di comunità, si raggiunge il duplice obiettivo di realizzare interventi personalizzati e di creare un valore aggiunto nei confronti del destinatario del servizio e del volontario che lo esegue in termini di riconoscimento sociale e utilità del proprio ruolo.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Il coordinamento delle politiche e degli interventi intersettoriali per la popolazione anziana sarà attuato nell'ambito del Piano di Azione Regionale (PAR) per la popolazione anziana, assicurando 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.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno, Lavino e Samoggia; ASC InSieme; AUSL Distretto Reno, Lavino e Samoggia; Soggetti gestori dei Servizi socio sanitari accreditati; Terzo settore; Organizzazioni sindacali.
Referenti dell'intervento	Michele Peri (ASC InSieme); Giovanna Manai (AUSL Distretto Reno, Lavino e Samoggia);
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 53.000,00

- Altri fondi regionali (*Contributo Regionale Progetto Habitat*): **33.000,00 €**

- Altri soggetti privati (*Contributo Fondazione del Monte per progetto Anziani in Relazione*): **20.000,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno Lavino Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	B;C;

Razionale	<p>Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili. (Per quanto riguarda le persone disabili cfr scheda n.6).</p> <p>Alla legge seguono, per la parte relativa agli anziani, le delibere attuative Dgr 509/07, Dgr 1206/07 e smi che costituiscono il riferimento del Fondo.</p> <p>Il Fondo regionale si attiva nel 2007 è costituito da una quota di FSR e da una quota proveniente dall'addizionale regionale e ha natura strutturale, il Fondo regionale è integrato dal FNA.</p> <p>L'istituzione del Fondo aveva come obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consolidare e qualificare i servizi storici esistenti; • garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarità; • garantire l'equità di accesso ai cittadini; • garantire equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi. <p>Il governo istituzionale del Fondo (la programmazione congiunta Regione\Enti Locali\AAUOSSLL, la definizione dell'importante ruolo dei Comuni all'interno dei Distretti, la Programmazione Distrettuale finanziata dal riparto distrettuale in base alla popolazione ultrasettantacinquenne) costituisce il processo virtuoso attraverso il quale si consolida l'integrazione socio-sanitaria, nasce e si afferma la programmazione e la gestione associata dei servizi sociosanitari, si arricchisce la gamma degli interventi secondo i fabbisogni territoriali.</p> <p>Il processo di accreditamento di alcuni servizi determina un sistema di regole e requisiti organizzativi volti a dare trasparenza e omogeneità alla spesa, condizioni di qualità ai servizi, maggiore equità nel sistema di compartecipazione dei cittadini. La qualificazione dei profili professionali del lavoro di cura e le condizioni di accreditamento determinano un ambiente più stabile e più favorevole all'investimento professionale.</p> <p>Dal 2007 ad oggi il sistema FRNA che possiamo considerare una politica integrata e matura della Regione ha subito le fasi alterne dei finanziamenti statali alle quali la Regione ha supplito con risorse proprie consentendo una sostanziale costanza di risorse che, stante la crisi e le varie spending, possiamo considerare un importante risultato. Ma non v'è dubbio che l'analisi che aveva determinato la nascita del FRNA non solo è tuttora valida, semmai si è decisamente confermata: tutti i dati demografici attuali ci disegnano una regione a forte invecchiamento e con una struttura familiare sempre più piccola e una forte fascia di popolazione anziana che vive sola. All'aumento del fabbisogno si renderà necessario un adeguamento del Fondo.</p> <p>In questi anni la presenza del Fondo ha consentito di mettere in campo processi che hanno promosso lo sviluppo della rete dei servizi a livello regionale e di migliorare l'equità di accesso e di partecipazione al costo dei servizi per i cittadini, in un quadro di aumento della qualità dei servizi stessi e di espansione di nuove forme di servizio.</p>
------------------	--

	<p>Nei prossimi anni è necessario prevedere una ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, anche per raggiungere una maggiore omogeneità nell' erogazione in tutto il territorio, anche attraverso proposte innovative che riguardano sia gli attuali servizi che nuove opportunità di tutela. Il Fondo Regionale ha operato, in questi anni, in anticipazione rispetto ad una legge nazionale, che riteniamo necessaria, per rendere esigibili i diritti sociali attraverso la definizione dei LEPS, in tutto il Paese.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Dal 2007 ad oggi sono intervenuti molti cambiamenti, ben descritti nello scenario socio-demografico ed economico alla base del nuovo PSSR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'andamento demografico e l'invecchiamento della popolazione; • la struttura della famiglia che si riduce; • la fragilità delle famiglie e la povertà che cresce; • il crescente disagio abitativo; • le nuove cronicità. <p>Da qui la necessità, per evitare il rischio di non essere in grado di rispondere ai bisogni, di uno sforzo di riprogettazione del sistema di welfare, che, ferma restando l'esigenza di consolidare, estendere, integrare il sistema dei servizi, punti ad una profonda innovazione sociale, per mettere in campo nuove risorse e nuove modalità di presa in carico delle persone.</p> <p>I principi ai quali ancorare l'innovazione: universalismo, governo del pubblico, valorizzazione del lavoro di cura, migliore integrazione socio-sanitaria, partecipazione attiva e diffusa di cittadini singoli o associati.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Persone anziane e loro familiari e caregiver</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>- Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.</p> <p>Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centri diurni e centri socio-ricreativi: Il Centro Diurno è un servizio socio-sanitario di accoglienza diurna per persone anziane con diverso grado di non autosufficienza inserito nel percorso dell'accREDITamento di cui alla DGR 514/09, oltre all'assistenza tutelare offre servizi per l'aiuto nell'attività quotidiana e propone attività occupazionali, di animazione e ricreativo-culturali. Il Centro Socio ricreativo è un servizio che aggrega anziani autosufficienti o lievemente non autosufficienti organizzando attività ludico ricreative, nello specifico in territori dove non è presente un centro diurno quali Monte San Pietro, Castello di Serravalle e Savigno. Il nostro territorio ha una copertura di posti di centro diurno accREDITati molto più alta rispetto alla media dell'ASL di Bologna (0.85 contro 0.54 per 100 over 75 – dato 2016), durante i mesi estivi si prevedono anche inserimenti temporanei e di sollievo. • progetto dimissioni protette : Il progetto prevede una possibilità di risposta integrata di tipo socio-sanitaria temporanea per casi selezionati di DIMISSIONE PROTETTA ospedaliera a garanzia della continuità di cura. Si configura come un intervento di assistenza domiciliare con obiettivi riabilitativi e di riorganizzazione del setting familiare erogato da un gruppo di operatori che intervengono fino a tre ore al giorno, durante tutto l'arco della giornata, anche durante i giorni festivi. L'intervento dura di norma un mese ed è gratuito. La famiglia durante questo periodo attraverso il supporto qualificato degli operatori può procedere all'organizzazione del nuovo contesto che le potrà permettere, a intervento terminato, di assistere a domicilio il congiunto non autosufficiente. Al termine di 30 giorni previsti per la presa in carico, la continuità del progetto assistenziale potrà essere garantita autonomamente o attraverso l'accesso prioritario al servizio di Assistenza domiciliare, di Centro diurno o tramite le opportunità del progetto Badando. Nell'anno in corso il servizio verrà potenziato a decorrere dai mesi estivi con l'obiettivo di rendere ancora più efficiente la presa in carico anche nelle ore pomeridiane e il sabato. • progetto Home Care Premium: Il progetto, rivolto ai dipendenti pubblici in servizio o pensionati e ai loro congiunti, prevede l'erogazione di prestazioni prevalenti, che consistono in assegni di cura erogati a seguito di presa in carico e valutazione e di prestazioni integrative, che consistono in servizi erogati direttamente alle famiglie tramite i contratti di servizio attivi tra ASC InSieme e vari fornitori di prestazioni sociali (assistenza domiciliare, centri diurni, pasti, trasporti ..). INPS liquida direttamente le prestazioni prevalenti e rimborsa ASC InSieme per l'erogazione delle prestazioni integrative e per spese generali quali: sportello sociale, nucleo di valutazione case manager, rete di progetto, formazione. <p>- Gruppi di sostegno quali:</p>

- il mio amico parkinson;
- ri-troviamoci Monte San Pietro;
- ri-troviamoci Valsamoggia;
- cafe' alzheimer San Biagio
 - Olitango
- Costruire sulla domiciliarità la Filiera dell'innovazione sociale: 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 domiciliarità protetta, rete di case della salute e osco a supporto, garanzia di percorsi di dimissione protetta, programmi di contrasto all'isolamento e costruzione di reti di solidarietà sociale.

Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:

 - Progetto Badando: Attraverso il progetto badando, il Sistema guarda all'assistenza domiciliare dal duplice punto di vista: del bisogno dell'assistito di ricevere assistenza qualificata e del bisogno del caregiver professionale e/o familiare di ricevere tutela, formazione e counseling adeguati.

Obiettivi centrali del progetto sono:

 - favorire la domiciliarità delle persone fragili;
 - aumentare la qualificazione del lavoro di cura dei caregiver professionali e familiari, nella consapevolezza che il miglioramento della qualità assistenziale permette un miglioramento della qualità di vita delle persone fragili stesse;
 - mettere a sistema l'assistenza familiare privata integrandola nei servizi territoriali;
 - qualificare l'investimento della famiglia in termini di assistenza "out of pocket";
 - favorire l'emersione del lavoro nero dei/delle "badanti";
 - mediare tra famiglia e assistente familiare professionale.

Le azioni possono essere sintetizzate come segue:

a) a favore delle famiglie:

 - la tenuta e l'aggiornamento di un albo distrettuale dei caregiver professionali formati o conosciuti dai Servizi;
 - il supporto qualificato alle famiglie nella scelta del caregiver professionale che meglio si adatti alle esigenze di assistenza espresse, con attenzione anche alle competenze culturali e linguistiche;
 - il convenzionamento con società di servizi che seguano le famiglie con ISEE fino a 25.000 € nell'attivazione e nella gestione del rapporto di lavoro con il caregiver professionale;
 - il monitoraggio del lavoro del caregiver professionale tramite l'assistente sociale e un/un'assistente domiciliare (OSS) opportunamente formato/a;
 - l'accreditamento di agenzie di lavoro interinale per la fornitura di pacchetti di assistenza per brevi periodi, da erogarsi tramite caregiver professionali;
 - il riconoscimento di un sostegno economico, attraverso 3 modalità:
 - corresponsione alle società di servizi convenzionate (S.C.S s.r.l. Società Centro servizi, Teorema s.r.l, Studio Hamamelis s.r.l.) dei costi per gli adempimenti amministrativi necessari per il percorso di regolarizzazione dell'assistente familiare (attivazione del contratto, elaborazione della busta paga, sostegno legale, chiusura del contratto);
 - contributo alla famiglia (da definire in maniera proporzionale al reddito, tenendo a riferimento i limiti per l'accesso all'assegno di cura, e in base alla valutazione del contesto e dell'elaborazione di PAI finalizzato alla domiciliarità) per l'attivazione di pacchetti di assistenza familiare professionale tramite le agenzie di lavoro interinale accreditate (Humana, Openjobmetis s.p.a.);
 - contributo aggiuntivo di 480 € annui alle famiglie in possesso di determinati requisiti reddituali, che assumono l'assistente familiare in regola a tempo pieno (minimo 52 ore settimanali), in assenza di assegno di cura;

b) a favore dei caregiver professionali (badanti):

 - la realizzazione di percorsi formativi, come da DGR Promozione delle attività di contatto e aggiornamento delle assistenti familiari;
 - la realizzazione di ulteriori momenti formativi per l'approfondimento e/o l'aggiornamento (rientri in aula) di coloro che sono già inseriti nell'albo dei caregiver distrettuale;

- il monitoraggio del lavoro dell'assistente familiare tramite l'assistente sociale responsabile del caso e un/un'assistente domiciliare (OSS) opportunamente formato/a;
- l'attestazione delle competenze maturate durante l'attività di badantato per:
 - il conseguimento dell'attestato ECC (European Care Certificate);
- l'informazione e la consulenza sulla normativa legata ai contratti di lavoro;
- l'ascolto e il supporto utili ad evitare l'isolamento e il rischio di burnout, il supporto psicologico e la partecipazione a gruppi ricreativi e di auto mutuo aiuto;

c) a favore dei caregiver familiari:

- la formazione e l'addestramento finalizzati al corretto svolgimento del lavoro di cura;
- l'ascolto e il supporto utili ad evitare l'isolamento e il rischio di burnout, il supporto psicologico e la partecipazione a gruppi di sostegno e di auto mutuo aiuto;
- l'attestazione delle competenze maturate durante l'attività di cura per:
 - il conseguimento dell'attestato ECC (European Care Certificate);
 - l'accesso ad altri percorsi formativi finalizzati alla certificazione delle competenze acquisite.

di questo ultimo aspetto si tratterà in maniera approfondita all'interno dell'apposita scheda

- sperimentazione di progetti condivisi e concordati di medicina d'iniziativa che prevedono da parte dei MMG intercettazione di soggetti fragili non ancora in carico ai servizi socio sanitari, ma considerati fragili secondo i profili di rischio (risk - ER), analisi dei bisogni prevalenti e progettazione individualizzata attraverso la condivisione del PAI da parte dei MMG, Infermieri Territoriali, Assistente sociale e Medici Specialisti;

- Costruire un sistema di regolazione regionale, simile all'autorizzazione al funzionamento, delle Case Famiglia (white list), con un collegamento specifico alla rete dei servizi e aperte alla partecipazione del territorio.

Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate il percorso distrettuale ha previsto:

- conoscenza delle diverse realtà distrettuali sia in base ai contatti che il Servizio Sociale Territoriale intrattiene anche per la conoscenza degli ospiti inseriti, sia in seguito alla verifica condotta nel 2017 e 2018 dalla commissione 564/00 su indicazione dell'Unione dei Comuni in seguito in risposta alla richiesta Regionale di verifica e monitoraggio .

- azioni di accompagnamento e monitoraggio (se richiesti) alla definizione del PAI da parte di operatori del Servizio Sociale Territoriale distrettuale;

- Promuovere o sostenere azioni di contrasto alla violenza nelle relazioni di cura, anche con apposite campagne formative/informative.

Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:

- L'AUSL dal 2015 ha accompagnato, nell'ambito dei percorsi di miglioramento della qualità della vita delle persone anziane, centrato sul massimo rispetto della libertà personale, i gestori delle CRA in un percorso di analisi e misurazione e superamento del fenomeno della contenzione con attivazione di percorsi formativi, elaborazione di strumenti/documenti di supporto e scambio buone prassi di s-contenzione tra le strutture

- L'AUSL ha inoltre organizzato eventi di sensibilizzazione pubblica rispetto al tema – campagna di sensibilizzazione alla s-contenzione “ Liberi dalla contenzione”.

- Promuovere un'ulteriore qualificazione del lavoro di cura non intesa unicamente come prestazione ma come capacità di organizzare l'ambiente di cura, valorizzare le risorse presenti e personalizzare l'intervento.

Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate il nostro territorio ha sempre riconosciuto all'assistente sociale responsabile caso il ruolo centrale nella gestione del progetto di auto. L'Assistente sociale responsabile del caso è il professionista in grado di: valutare i bisogni e le risorse necessarie alla loro soddisfazione, definire progetti di aiuto in affiancamento alle famiglie, ricomponendo, mettendoli in comunicazione, gli elementi del sistema ed evidenziando il proprio ruolo di case manager, facendo emergere la capacità di affrontare obiettivi complessi utilizzando una quantità diversificata di risorse. Attraverso l'esercizio del ruolo attiva un processo integrato finalizzato ad individuare i bisogni delle persone ed a soddisfarli nella maniera più appropriata, mediante l'utilizzo delle risorse formali ed informali disponibili nel territorio, permettendo l'azione a noi cara di cucire il vestito che meglio si adatta alle esigenze e ai bisogni espressi dal singolo. L'innovazione presente sul nostro territorio si realizza in quanto si è investito nel servizio sociale territoriale e nello specifico nel ruolo dell'assistente sociale, unico professionista in grado di realizzare

	<p>concretamente il lavoro di ricomposizione del welfare “dal centro” nella redazione del progetto di aiuto.</p> <p>- Monitorare le domande di accesso alle strutture residenziali.</p> <p>Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nel 2017 è stato approvato dalla CTSS il nuovo regolamento per accesso alla graduatoria per inserimento nelle CRA che ha avuto come OBV promuovere appropriatezza ed equità nell'accesso su posto definitivo CRA. Il lavoro multi professionale ed interistituzionale che ha prodotto il nuovo regolamento, è stato anche occasione di eventi formativi e di confronto sugli strumenti di valutazione in uso che portano alla progettazione individualizzata. • Promuovere un metodo di confronto permanente sull'utilizzo del FRNA: risorse, compartecipazione, strumenti di gestione. <p>Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il confronto tecnico permanente a livello distrettuale tra Servizio Sociale Associato dell'Unione dei Comuni, ASC InSieme e AUSL permette una condivisione, a partire dall'analisi dei bisogni, della programmazione dei servizi socio sanitari, ponendo particolare attenzione all'innovazione e alla sostenibilità economica delle diverse fonti di finanziamento.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Integrazione dei servizi sociali, sanitari, abitativi.</p> <p>Riorganizzazione delle cure intermedie e degli ospedali di comunità nel distretto.</p> <p>Ruolo centrale del distretto.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno Lavino Samoggia, ASL Distretto Reno lavino Samoggia ,Asc InSieme
Referenti dell'intervento	<p>Giovanna Manai – AUSL</p> <p>Michele Peri – ASC InSieme</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 6.960.693,40

- FRNA: **6.294.030,68 €**

- FNNA: **591.030,22 €**

- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **75.632,50 €**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno Lavino Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	C;

Razionale	<p>Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta, che nell'anno 2015 si stima abbia raggiunto 4 milioni e 598 mila individui (il numero più alto dal 2005), con la legge di stabilità 2016 ed il successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà. In attesa che si completi il percorso attuativo della Legge n°33 "Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali", approvata lo scorso 15 marzo 2017, che prevede l'introduzione del Reddito di inclusione-REI, il SIA si configura come una "misura ponte" che ne anticipa alcuni elementi essenziali. La Regione Emilia-Romagna ha deciso inoltre di rafforzare le politiche di contrasto alla povertà nel proprio territorio regionale prevedendo l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari con risorse dedicate del bilancio regionale. Nel mese di dicembre 2016 è stata pertanto approvata la legge regionale n° 24/2016 "Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito" che prevede l'istituzione in Emilia-Romagna del Reddito di Solidarietà-RES, finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. Il RES prevede l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari in ottica universalistica, infatti possono accedere tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, che non rientrano nella misura nazionale.</p>
Descrizione	<p>Il Sostegno all'inclusione attiva prevede l'erogazione di un beneficio economico alle famiglie in condizioni disagiate (con ISEE inferiore o uguale ai 3000 euro) nelle quali almeno un componente sia minorenni oppure sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata. Per godere del beneficio, è previsto che il nucleo familiare del richiedente aderisca ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa, sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi sanitari, scuole...) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. Dal mese di settembre 2016 i servizi sociali dei comuni hanno iniziato a raccogliere le domande di cittadini in possesso dei requisiti per accedere al SIA e sono attualmente impegnati nella presa in carico integrata. L'approvazione della LR 24/2016, che istituisce il Reddito di Solidarietà per la Regione Emilia-Romagna, permetterà l'allargamento della platea dei beneficiari rivolgendosi a nuclei, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi, con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro. L'attuazione della misura regionale RES si configura in maniera strettamente integrata con l'attuazione del SIA/REI in quanto prevede le medesime modalità di accesso e di presa in carico integrata.</p>
Destinatari	Famiglie e persone in condizione di povertà secondo i criteri stabiliti dalle norme
Azioni previste	- avvio del Reddito di Solidarietà (RES) su tutto il territorio, garantendo il necessario coordinamento con l'attuazione del SIA/REI, da un lato, e dall'altro con l'attuazione della legge regionale n° 14/2015 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari", che prevede di promuovere e sostenere l'inserimento

	<p>lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone fragili e vulnerabili e che pertanto rappresenta l'infrastruttura delle misure di politica attiva del lavoro, possibili ed opportune, per promuovere il reinserimento delle persone beneficiarie del RES e del SIA/REI;</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilizzo di parte della dotazione del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (REI) per il rafforzamento e la qualificazione dell'organico delle risorse umane attraverso la partecipazione ai bandi PON e la quota vincolata per i servizi d'inclusione sociale; - potenziamento degli strumenti a disposizione delle istituzioni, degli operatori dei servizi e delle organizzazioni per integrare le politiche sociali, sanitarie e del lavoro al fine di sostenere e supportare i percorsi di autonomia ed empowerment delle persone e delle famiglie, anche attraverso la sperimentazione di strumenti innovativi; - realizzazione di interventi personalizzati di presa in carico, orientamento, monitoraggio e attivazione di interventi sociali, sulla base di un progetto individualizzato (patto con i servizi) che prevede l'adesione dei componenti del nucleo stesso al raggiungimento degli obiettivi previsti e condivisi in rete con altri servizi pubblici (es: la scuola) e privati del territorio (ad es: terzo settore e privato sociale) ;; - attivazione dell'equipe multidisciplinare (ad es. Servizio Sociale, Centro per l'impiego, CSM, SerDP, NPIA, Consultorio Familiare) per la valutazione multidimensionale del progetto e l'eventuale integrazione degli obiettivi previsti sulla base dei bisogni e delle potenzialità di ciascuna famiglia; - miglioramento delle competenze, potenziamento delle capacità al fine di favorire l'occupabilità dei soggetti coinvolti, fornendo loro gli strumenti per fronteggiare il disagio, rinsaldare i legami sociali e riconquistare gradualmente il benessere e l'autonomia; - verifica con le OO.SS degli obiettivi raggiunti a partire dall'occupabilità delle persone coinvolte nel programma integrato SIA-REI-RES;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>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 n° 24/2016, dalla LR n° 14/2015 nonché dalle linee guida di attuazione del SIA/REI.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno Lavino Samoggia , Asc Insieme ; Asl Distretto Reno Lavino Samoggia, OO.SS.
Referenti dell'intervento	Fiorenza Ferri, Cristina Vignali, Lorenzo Torri (ASC InSieme)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 481.597,08

- Quota Fondo povertà nazionale: **267.286,78 €**
- Quota Fondo povertà regionale LR24/16: **128.139,97 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **86.170,33 €**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno Lavino Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	C;

Razionale	<p>La crisi economica e la conseguente perdita del lavoro talvolta protratta per lungo termine, ha incrementato il numero di persone che si rivolgono ai Servizi Sociali per un aiuto nella ricerca lavorativa. Si pensi, in particolare, a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo, in particolare ultracinquantenni; inoltre, mamme prive di reti parentali di supporto ed esperienza formativa e professionale; persone con problematiche sanitarie e che riversano in gravi condizioni economiche.</p> <p>Il lavoro oltre ad essere la prima fonte di autonomia economica è un elemento essenziale per il rafforzamento dell'identità, dell'autostima e del senso di appartenenza ad una comunità. In ambito sociale e socio sanitario, il sostegno all'inserimento lavorativo ha un valore non solo in termini di sostegno economico; esso diventa strumento di inclusione in quanto veicola norme comunitarie, stimola la socializzazione e le competenze relazionali, attraverso l'acquisizione di un ruolo, e di un'identità professionale.</p> <p>La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30 luglio 2015, n. 14: "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari."</p> <p>Questa legge scommette su alcuni punti essenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il programma personalizzato costruito con e per la persona, che si impegna sottoscrivendolo, e che integra le risorse e i saperi di più servizi (sociali, sanitari e servizi per il lavoro) attraverso le Equipe multi-professionale; - il programma personalizzato è finalizzato all'inserimento lavorativo e all'inclusione, si basa sulle risorse, competenze, bisogni e propensioni della persona e sui sostegni che si ritengono necessari per ricostruire le condizioni atte a superare o ridurre in modo significativo le fragilità; - la definizione di condizione di fragilità che non definisce una nuova categoria di utenti, ma riconosce una condizione temporanea che può essere superata; - il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate. <p>Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità; 2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi.
Descrizione	<p>Gli interventi previsti dalla Legge Regionale 14/2015 sono finalizzati a promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone in condizioni di particolare fragilità e vulnerabilità in carico ai servizi sociali, sanitari ed ai servizi per il lavoro. I principi attuativi della legge promuovono il mantenimento e l'arricchimento delle risorse personali, attraverso il lavoro e la formazione, di persone fragili e vulnerabili, realizzando una programmazione che integra le competenze dei servizi pubblici coinvolti, al fine di individuare le prestazioni adeguate per l'utenza a cui si rivolgono.</p> <p>Al fine di perseguire tali obiettivi, le azioni promosse sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la definizione di un'équipe multidisciplinare (operatori sociali, sanitari, del lavoro); • l'adozione del profilo di fragilità, lo strumento di valutazione multidimensionale della

	<p>persona (condizioni sociali, economiche, lavorative, sanitarie) per verificare se sussistono le condizioni per la presa in carico integrata dei servizi coinvolti per rendere possibile l'avvicinamento al lavoro;</p> <ul style="list-style-type: none"> • la definizione di Linee per la programmazione integrata anche attraverso i piani integrati territoriali che promuovono nell'arco di vigenza del presente Piano, l'inserimento coerente e allineato nei tempi degli interventi della L.R. 14/2015 nella programmazione sociosanitaria distrettuale (Piani di zona). <p>La promozione di una sinergia con gli enti attuatori assicurando la qualità e l'appropriatezza degli interventi che nei territori vengono rivolti alle persone fragili e vulnerabili.</p>
Destinatari	I cittadini con le condizioni e i requisiti previsti, che possono accedere indifferentemente dai servizi pubblici coinvolti (sociale, sanitario e del lavoro).
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - verifica e monitoraggio del lavoro nell'ambito dell'equipe multiprofessionale costituita a livello distrettuale; - utilizzo dello strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità delle persone di cui alla delibera n. 191/2016 per verificare la sussistenza delle condizioni per l'accesso al percorso; - prosecuzione del raccordo con i Centri per l'impiego territoriale; - attuazione del piano integrato territoriale annuale e parallelo monitoraggio dell'attuazione degli interventi previsti; - attuazione dell'accordo di programma distrettuale; - monitoraggio degli interventi per l'inserimento al lavoro, l'inclusione sociale e l'autonomia, attraverso il lavoro, delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 2324 del 21 dicembre 2016 e relativo invito a presentare operazioni . - attuazione e monitoraggio delle azioni inserite nel programma personalizzato di politiche attive del lavoro e verifica dei risultati ottenuti; - utilizzo del sistema informativo di supporto per la gestione di tutte le attività previste dalla legge regionale sia da parte da parte di tutti gli operatori previsti nel processo. <p>Attività da espletare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definire linee di programmazione triennali che definiscono gli obiettivi e le priorità degli interventi, l'utilizzo delle risorse disponibili; - costruire il piano integrato territoriale triennale che individua gli obiettivi locali, le priorità, le misure di intervento e il modello organizzativo. Il Piano, coordinato integrato con il piano di zona, viene approvato con accordo di programma che impegna le parti a erogare le prestazioni di propria competenza. - implementare ed aumentare le 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. - Attivare un albo delle aziende socialmente responsabili, di concerto con i sindacati, per la valorizzazione e la verifica delle esperienze messe in campo
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Considerato l'inevitabile intreccio tra situazione di povertà e distanza dal lavoro il modello integrato disegnato da questa legge e la sua attuazione non potranno essere disgiunti dall'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>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno Lavino Samoggia, Asl Distretto Reno Lavino Samoggia, Asc InSieme, CIP Servizio Lavoro Regionale, soggetti attuatori delle misure previste dai programmi, Sindacati;
Referenti dell'intervento	<p>Fiorenza Ferri (ASC InSieme), Vincenzo Trono (DSM ASL Bologna), Teresa Testigrosso (DSM Sert Distretto ASL Reno, Lavino e Samoggia), Angela Bianchi (CIP Servizio Lavoro)</p> <p>Giovanna Manai (AUSL Distretto Reno, Lavino e Samoggia)</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 448.599,00

- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **407.818,00 €**

- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **40.781,00 €**

Indicatori locali: 0

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Riferimento scheda distrettuale: 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

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

Razionale	<p>L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015) e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo, tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sanitari fuori da contesti istituzionalizzati.</p> <p>La crisi economica ha accentuato questa connessione mettendo in evidenza la difficoltà dei servizi a gestire sempre più numerose situazioni di cosiddetta "emergenza abitativa" che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple.</p> <p>Il tema del disagio abitativo va pertanto affrontato in maniera organica e strutturata al di là di logiche puramente emergenziali, e, per quanto attiene lo specifico delle persone fragili, inserito nel più ampio paradigma della promozione dell'autonomia della persona. L'intervento pubblico, da questo punto di vista, non può che configurarsi come "a termine" e sussidiario rispetto all'iniziativa degli individui.</p>
Descrizione	<p>L'abitare deve essere inteso come insieme di soluzioni tra loro differenziate e correlate, in funzione del livello di integrazione sociale, lavorativa e reddituale delle famiglie. Si mira a consolidare l'idea della filiera dell'abitare, quale "percorso abitativo" connotato da differenti soluzioni in funzione dei bisogni delle persone: la casa infatti dovrebbe essere un luogo accessibile sia dal punto di vista fisico (assenza di barriere architettoniche in correlazione alla condizione fisica dei componenti del nucleo) che dal punto di vista economico (i contratti di locazione privati; le case pubbliche latamente intese – Edilizia Residenziale Sociale; i mutui prima casa; ecc.). Dovrebbe essere sostenibile in termini di costi di gestione, dovrebbe essere progettata per includere e favorire i rapporti sociali e di vicinato, dovrebbe essere flessibile come possibilità di adattare il luogo dell'abitare alle varie fasi evolutive della vita della persona (famiglia con figli; nuclei unipersonali; famiglia composta da soli anziani, ecc.).</p> <p>È necessario in primo luogo ridefinire le caratteristiche e gli snodi all'interno della filiera e rimodularla, a partire dal settore strategico dell'Edilizia Residenziale Pubblica. L'obiettivo della riforma in atto dell'ERP è proprio quello di ridefinire il patrimonio pubblico quale servizio abitativo temporaneo per soggetti in difficoltà, assegnandogli un valore riconosciuto con la revisione, basata su parametri oggettivi, del canone d'affitto: in concreto si tratta di favorire il "turn over" delle famiglie assegnatarie in base alle mutate condizioni economiche in modo da garantire equità sociale ed evitare che siano sempre le stesse categorie ad usufruire delle case popolari.</p> <p>Il sistema della formazione e della gestione delle graduatorie comunali dovrà conseguentemente essere rivisto per diventare uno strumento più adeguato agli effettivi posti disponibili e ai tempi di rotazione degli alloggi.</p> <p>Le azioni messe in atto per favorire il turn over all'interno degli alloggi ERP, in un contesto di impoverimento delle fasce sociali più deboli e di difficoltà di miglioramento delle condizioni economiche delle famiglie nel breve periodo, prevedibilmente non produrranno un beneficio continuativo in termini di disponibilità di alloggi. Per questo motivo è necessario sollecitare il governo perché si ripensino in modo complessivo le politiche abitative, dopo il Piano Casa del</p>

2014 (Legge 80) che è prevalentemente dedicato ad iniziative di rigenerazione/ristrutturazione/manutenzione degli alloggi esistenti. Accanto a questo, i cambiamenti socio-demografici che si stanno verificando, e sempre più si verificheranno nell'utenza dell'edilizia residenziale pubblica, implicano un forte impegno da parte di tutti gli attori coinvolti e la messa in cantiere di progetti e iniziative di mediazione, di animazione e integrazione sociale e intergenerazionale, di risocializzazione all'interno dei quartieri e/o dei condomini ERP, con l'obiettivo di evitare l'acuirsi delle conflittualità e i conseguenti effetti di degrado e di abbandono. Sempre in quest'ottica, per diminuire la quota di alloggi ERP non utilizzati, si potrebbero sperimentare iniziative di auto-recupero partecipate dai futuri destinatari degli alloggi che, in questo modo, sarebbero coinvolti in percorsi di responsabilizzazione, con positivi effetti sulla "tenuta" della comunità.

Alle risposte che possono essere fornite dall'Edilizia Residenziale Pubblica vanno affiancati interventi pubblici fortemente integrati con il Servizio Sociale Territoriale per sostenere i nuclei familiari che hanno perso il proprio alloggio a seguito di uno sfratto: in questi casi purtroppo si ricorre frequentemente a risorse emergenziali, spesso inutilmente onerose, che dovrebbero invece essere ricondotte a soluzioni che garantiscano maggiore appropriatezza di intervento (sostegno educativo professionale), omogeneità territoriale e coerenza, anche grazie a percorsi di co-progettazione con il Terzo settore.

Per sostenere la domanda abitativa di quell'area grigia della popolazione che non rientra nei canoni di povertà economica per l'accesso all'ERP, ma che, allo stesso tempo, non è in grado da sola di misurarsi con il libero mercato, occorre incoraggiare e agevolare le iniziative di social housing, promosse da enti locali e da soggetti privati, tramite una normativa semplice e non ostativa, anche tramite eventuali contributi da parte degli enti pubblici. Si realizzerebbe così l'obiettivo del miglioramento della qualità urbana realizzando progetti integrati in cui la rigenerazione dell'edilizia privata e la riqualificazione della città pubblica siano ricompresi in un'iniziativa unitaria e contestuale, in accordo tra l'amministrazione e gli investitori privati. È necessario che nell'ambito dell'ERS e dei criteri di accesso agli alloggi a canone calmierato vengano definite modalità di calcolo dei canoni e criteri di accesso fortemente ancorati ai redditi reali delle famiglie, che spesso rientrano nella categoria dei "lavoratori poveri" e hanno una capacità di spesa estremamente ridotta, anche attraverso una analisi dell'attuale utilizzo del patrimonio rientrante in questa casistica (patrimonio disponibile, alloggi assegnati, alloggi disponibili, liste di attesa, redditi dei nuclei assegnatari).

Un'altra linea di attività è data dallo sviluppo di progetti di cohousing (co-abitazione), un differente modo di abitare e di vivere il condominio, il quartiere e la città, che permette di riscoprire la socialità e la cooperazione tra vicini di casa coniugando spazi privati e spazi comuni. Questo significa abitare unità immobiliari con ampi spazi, coperti e scoperti, destinati all'uso comune tra i residenti che li gestiscono in modo collettivo, avendo in cambio benefici dal punto di vista sociale, economico e ambientale, ad esempio una cucina collettiva, sale studio-laboratorio, lavanderia comune, sale di lettura, spazi gioco per i bambini, ecc. fino a dividersi mezzi di trasporto (car-sharing, bike-sharing), orti e giardini.

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

Particolarmente innovativo il "Progetto Abitare solidale", gestito in modo sussidiario dal Terzo settore, recentemente avviato nella Città metropolitana di Bologna, (con particolare attenzione alle sperimentazioni messe in campo nei comuni facenti parte dell'Unione Reno Lavino Samoggia) e in altre realtà regionali che prevede una coabitazione basata sul reciproco aiuto e solidarietà fra chi ospita: cittadini soli con abitazioni sovradimensionate bisognosi di un sostegno per mantenere la propria autosufficienza e per contrastare processi di isolamento e chi viene ospitato perché in momentanea difficoltà economica e sociale a rischio di marginalità per i quali l'accesso ad una casa può costituire una concreta opportunità di riscatto sociale.

Da ultimo si segnala la difficoltà nell'individuare soluzioni che incrocino il mercato delle abitazioni sfitte/non occupate/invendute e la domanda di soluzioni abitative per famiglie a rischio di vulnerabilità. In merito alle strategie di intervento il tentativo dei servizi territoriali di porsi come mediatori con le agenzie immobiliari non ha prodotto sinora risultati particolarmente efficaci in quanto le agenzie richiedono garanzie molto elevate; risulta necessario monitorare gli esiti dei progetti di agenzie per l'affitto realizzate dai Comuni per individuare i modelli più efficaci da implementare.

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

Destinatari

Nuclei in condizioni di estremo disagio abitativo

<p>Azioni previste</p>	<p>Singoli e famiglie intese in senso allargato con difficoltà nel reperire soluzioni abitative</p> <p>La finalità delle azioni descritte è proseguire la costruzione della “filiera dell’abitare”, disegnando delle politiche in grado di sostenere la platea di chi si trova in condizioni di disagio abitativo, attraverso strumenti adatti a bisogni differenziati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per quanto riguarda emergenza abitativa, è attivo sul nostro territorio il servizio “Albergo Diffuso” che si occupa dell’accoglienza temporanea e transizione abitativa di nuclei in carico al Servizio Sociale Territoriale che si trovano in condizione di emergenza abitativa. <p>I progetti di accoglienza e di transizione dei nuclei hanno luogo in appartamenti dedicati gestiti attraverso due diverse modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestione diretta di ASC Insieme per gli alloggi messi a disposizione dai Comuni dell’Unione Reno Lavino Samoggia; • gestione indiretta attraverso convenzioni/contratti con cooperative sociali. <p>I progetti di accoglienza avvengono prevalentemente in regime di convivenza, sono sempre temporanei e hanno come punto di partenza il progetto individualizzato del nucleo che contiene obiettivi orientati alla promozione dell’ autonomia abitativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - in relazione al sistema di edilizia residenziale pubblica, la priorità è il completamento e la piena attuazione della riforma in atto, al fine di facilitare il turn-over all’interno degli alloggi e responsabilizzare maggiormente gli inquilini, attraverso la valorizzazione del bene-casa nel calcolo del canone di affitto. - relativamente ai progetti di co-housing ASC Insieme e il Comune di Casalecchio di Reno hanno promosso la realizzazione del Villaggio Solidale Villa Magri, con l'obiettivo di sperimentare un "nuovo modello di abitare solidale", caratterizzato da dinamiche interne di mutuo aiuto e da relazioni con l’esterno di tipo comunitario. Una modalità nuova che, partendo dalle necessità, metta a sistema le disponibilità dei/delle beneficiari/e, cercando di risvegliare la naturale predisposizione alla socialità e alla solidarietà dell’essere umano e di promuovere lo spirito di accoglienza comunitaria. - in merito alle azioni di social housing, vanno attentamente valutate, e realizzate nel limite delle risorse disponibili, possibili sperimentazioni per promuovere nuove forme dell’abitare, incoraggiando la collaborazione tra pubblico e privato. <p>Di grande importanza è anche l’analisi delle soluzioni abitative disponibili per la cosiddetta “zona grigia” e l’eventuale revisione delle condizioni di accesso.</p> <p>A seguito della costituzione della Città Metropolitana di Bologna e della revisione delle competenze della Province, un ruolo crescente hanno assunto i Distretti socio-sanitari, il cui ambito territoriale è stato ritenuto in diverse occasioni una dimensione adeguata anche per le politiche abitative.</p> <p>In una fase come quella attuale che vede forte tensione abitativa con nuclei in difficoltà e contemporanea presenza di alloggi sfitti in aumento, occorre promuovere lo sviluppo di progetti che intercettino il patrimonio privato sfitto e lo rendano disponibile per rafforzare i vari nodi della “filiera dell’abitare” (emergenza abitativa, ERP ed ERS), favorendo anche nuove tipologie di accordo tra pubblico e privato (es. affitti a riscatto) permettendo così agli Enti Locali di investire le ingenti risorse che oggi dedicano a questi temi a soluzioni più adeguate.</p> <p>Si prevede un’implementazione del patrimonio pubblico a disposizione per risposte a situazioni di emergenze abitative e per nuove assegnazioni relative a bandi di residenza pubblica</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Con riferimento al livello di integrazione di una persona o di un nucleo familiare, si evidenzia una specifica e stringente correlazione tra i seguenti tre assi o ambiti, e le corrispondenti politiche di supporto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. integrazione sociale; 2. integrazione lavorativa; 3. integrazione abitativa. <p>Si è visto, ad esempio, in questi anni di crisi economica come la perdita anche solo temporanea del lavoro, e quindi del reddito, abbia innescato dirette ripercussioni sulle possibili soluzioni abitative e sul livello delle relazioni sociali, e viceversa. È fondamentale pertanto che ogni intervento a sostegno dell’autonomia venga progettato, realizzato e monitorato alla luce delle connessioni e sinergie fra i diversi ambiti, tenendo conto del lavoro di approfondimento dei gruppi tecnici del Tavolo regionale di concertazione sulle politiche abitative.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Unione Reno Lavino Samoggia , Asc Insieme, ASL Distretto Reno Lavino Samoggia Uffici casa dei comuni</p>

	Acer Sunia Centro per le vittime per morosità
Referenti dell'intervento	Viviana Tarozzi (Comune di Sasso Marconi) Fiorenza Ferri (ASC InSieme)
Risorse non finanziarie	Patrimonio complessivo di case " pubbliche" assegnate e da assegnare

Totale preventivo 2018: € 200.000,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **94.660,00 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **105.340,00 €**

Indicatori locali: 0

25 Contrasto alla violenza di genere

Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

Riferimento scheda distrettuale: 25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno Lavino Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	C;

Razionale	<p>La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica adottata nel maggio 2011 a Istanbul, ratificata dall'Italia con Legge 27 giugno 2013 n. 77 ed entrata in vigore il 1 agosto 2014, sancisce che la violenza maschile contro le donne è una violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali, oltre che del diritto alla salute. Nei principi sanciti dalla Convenzione di Istanbul e dalle normative e raccomandazioni delle agenzie internazionali, a partire dalla Conferenza delle donne di Pechino del 1995, si evince che per fronteggiare il fenomeno della violenza maschile è necessario riconoscerne il carattere strutturale e non episodico o emergenziale.</p> <p>La legge 15 ottobre 2013, n.119 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province", in coerenza con la normativa europea, prevede all'art. 5 il "Piano di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere", adottato con DPCM del 7 luglio 2015 n. 1861. La Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale 27 giugno 2014 n. 6 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere", dedica il titolo V "Indirizzi di prevenzione alla violenza di genere", alla prevenzione della violenza maschile contro le donne e attua i principi della Convenzione di Istanbul nell'ordinamento e nel contesto del territorio regionale. Infine con Delibera di Assemblea legislativa n. 69/2016 la Regione ha approvato il Piano regionale contro la violenza di genere, che ha l'obiettivo di prevenire e contrastare la violenza contro le donne e di attivare un sistema di protezione efficace.</p> <p>Nonostante il sistema di prevenzione e protezione attivato, che vede coinvolti numerosi soggetti pubblici e privati in un'ottica di sussidiarietà e collaborazione (Enti locali, AUSL, Centri antiviolenza, Forze dell'Ordine, Servizi di area giuridica, servizi scolastici, sindacati, ecc.) il fenomeno della violenza contro le donne è oggi molto rilevante anche nella nostra regione. La situazione delle donne che subiscono violenza è stata inoltre influenzata dalla crisi economica che ha interessato il nostro paese dal 2008 e che ha reso i percorsi di uscita dalla violenza e della ricerca dell'autonomia più complessi. La crisi ha provocato un generale aggravamento delle condizioni materiali e di vita delle donne: tra quelle che si rivolgono ai Centri Antiviolenza, si rileva per quelle appartenenti a ceti sociali medio/bassi, l'impossibilità di trovare lavoro e autonomia abitativa. È quindi opportuno sostenere le donne nel percorso di uscita dalla violenza con azioni che tengano conto di questi presupposti e delle difficoltà crescenti.</p>
Descrizione	<p>La violenza contro le donne è un fenomeno strutturale le cui origini, transculturali, sono da ricondurre al sistema sociale patriarcale e alla costruzione, da esso sostenuta e mantenuta nei millenni, di relazioni diseguali tra uomini e donne e più esattamente di molteplici forme di prevaricazione, di discriminazione, di segregazione degli uomini nei confronti delle donne. Questo sistema ha prodotto stereotipi che ingabbiano i generi in ruoli dicotomici e gerarchizzati. Si tratta di coercizioni esplicite e implicite che impediscono la libera espressione delle identità e la costruzione di rapporti funzionali al benessere individuale e collettivo. I Piani nazionale e regionale per il contrasto della violenza contro le donne si inseriscono nel</p>

	<p>contesto della promozione delle pari opportunità, di cui uno degli assi prioritari è la diffusione di una cultura attenta alle differenze di genere, alla loro promozione, alla loro tutela e alla loro valorizzazione, oltre che alla decostruzione degli stereotipi che ingabbiano uomini e donne in destini obbligati e ruoli predefiniti.</p> <p>Politiche di pari opportunità determinate a sostenere azioni di empowerment culturale, sociale, politico, economico sono quindi il fondamento per la diffusione e l'applicazione di piani di contrasto della violenza contro le donne efficaci, nonché la cornice istituzionale in grado di mettere in relazione soggetti e competenze diverse per interventi trasversali e multidimensionali (mainstreaming di genere).</p> <p>Le Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere, recentemente riprese anche dal Piano regionale contro la violenza di genere, contengono indicazioni precise per il riconoscimento e individuano una serie molto ampia di manifestazioni del fenomeno che cominciano con l'aborto selettivo e vanno dalle molestie, alla violenza fisica, alle Mutilazioni Genitali Femminili, fino alle lesioni gravissime e al femicidio, dalla violenza sessuale, fino allo sfruttamento sessuale e alla tratta a fini di prostituzione, dalla violenza psicologica, fino alla segregazione, dalla violenza economica, al matrimonio forzato, dallo stalking, al mobbing.</p> <p>Il principale elemento di novità introdotto dalle più recenti riflessioni di carattere internazionale e nazionale è lo spostamento del focus della rappresentazione della violenza dalle vittime agli autori e l'implicita riconduzione della violenza alla responsabilità di chi la compie e non di chi la subisce. Questo cambio di prospettiva ha motivato l'apertura di un nuovo fronte di azione rivolto agli uomini autori di violenza che si affianca ai più collaudati e diffusi interventi di protezione e di sostegno nei percorsi di uscita dalla violenza rivolti alle donne che la hanno subita. Le donne che subiscono violenza possono rivolgersi a diversi soggetti pubblici (Servizi Sociali, Servizi Sanitari, Servizi Ospedalieri, Forze dell'Ordine) o privati (Centri Antiviolenza). Sul territorio metropolitano esistono Protocolli di collaborazione e Accordi per l'accoglienza che, in modo fattivo, hanno contribuito a creare e consolidare reti di lavoro. A partire da queste esperienze sono nati momenti di formazione condivisa e di autoformazione che hanno valorizzato le rispettive competenze e messo in relazione pensieri e saperi.</p> <p>Nell'attuale assetto dei servizi le maggiori criticità che affrontano le donne riguardano gli strumenti a loro disposizione per ripensarsi nell'uscita dalla situazione violenta, ossia con l'ottenimento di indipendenza economica, con particolare riferimento a una situazione lavorativa stabile e sufficiente al proprio mantenimento e a quello dei figli/e, ed all'autonomia abitativa. Questi due aspetti assumono particolare rilevanza per le donne straniere che in mancanza di un lavoro non hanno i requisiti per il mantenimento dei permessi di soggiorno, condizione che può rappresentare un forte deterrente nel percorso di allontanamento dalla situazione di violenza spesso agita dai mariti. Su questo è opportuno utilizzare lo strumento previsto dalla legge 119/2013 che dà la possibilità alla donna straniera vittima di violenza di ottenere un permesso di soggiorno.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Donne vittime di violenza (maltrattamenti, abusi, tratta, matrimoni forzati, ecc.), uomini autori di violenza.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>- attività di monitoraggio della rete dei servizi, in attuazione del Piano regionale contro la violenza di genere, per realizzare una maggiore conoscenza del fenomeno sul territorio regionale e programmare le necessarie azioni di contrasto e prevenzione.</p> <p>Sul territorio dell'Unione è attivo dal 2013 Sul filo del contrasto, un progetto di ASC InSieme che, in risposta alle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere, recentemente riprese nel Piano regionale contro la violenza di genere, e nelle Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini/e e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso, ha lavorato alla costruzione e lavora al mantenimento della rete dei soggetti che, a vario titolo, si occupano sul territorio di violenza intrafamiliare, sia sul piano della prevenzione che su quello dell'intervento in situazioni conclamate. Tra i soggetti coinvolti: Rete Attraverso lo Specchio, AUSL distrettuale, Coordinamento pedagogico, Scuole, Sportelli d'Ascolto, Centro Specialistico Il Faro, Associazione Casa delle donne, Associazione Unione Donne d'Italia, Associazione Senza Violenza. Obiettivo del progetto è quello di co-costruire una lettura condivisa del fenomeno, criteri di riconoscimento e di definizione comuni, metodologie di intervento sinergiche e consapevoli/rispettose/valorizzanti i rispettivi ruoli e competenze.</p> <p>- attivazione di iniziative di informazione e divulgazione e approfondimenti tematici sull'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto alla violenza di genere, con particolare attenzione al tema delle diverse radici culturali.</p> <p>Nel 2014 ASC InSieme ha intrapreso un percorso formativo sulla</p>

responsabilità/responsabilizzazione degli autori nelle situazioni di violenza intrafamiliare. Questo percorso, che si è articolato in diversi momenti di formazione (con figure dell'Associazione Casa delle Donne di Bologna e dell'Associazione Senza Violenza - Luogo di ascolto e aiuto per uomini che usano violenza nelle relazioni intime), di supervisione e di autoformazione, ha portato alla stesura di un documento guida aziendale per il riconoscimento e l'intervento nei casi di violenza intrafamiliare e alla costituzione di un gruppo specialistico dedicato, trasversale per Aree (Minori e Famiglie, Adulti/e, Anziani/e, Disabilità) e competenze (assistenti sociali, educatrici, mediatrici, operatrici Badando, Ufficio di Pari Opportunità). A tutt'oggi il gruppo specialistico è attivo e svolge attività di consulenza e supporto nel riconoscimento e nell'intervento, in sinergia con le Associazioni firmatarie dell'Accordo metropolitano per l'Accoglienza e di Senza Violenza.

- collaborazione con la rete regionale dei Centri antiviolenza e delle case rifugio e azioni a supporto dell'autonomia abitativa e lavorativa delle donne in uscita da percorsi di violenza.

ASC InSieme è tra i soggetti attivi del coordinamento della Città Metropolitana per l'accoglienza delle donne vittime di violenza. Nell'ambito di questa collaborazione si stanno svolgendo azioni di costruzione condivisa di modalità di raccolta dati e monitoraggio dell'attività dei Centri Antiviolenza metropolitani e sono stati elaborati i criteri per l'attribuzione ai territori distrettuali delle risorse del bando regionale sull'autonomia abitativa delle donne in uscita da situazioni di violenza.

- attivazione di sistemi informativi, formazione operatori dei servizi.

Nel corso dell'ultimo anno sul sito di ASC InSieme sono comparse 12 news relative al contrasto della violenza contro le donne con altrettante segnalazioni di progetti e servizi relativi.

Una scheda specifica di rendicontazione degli interventi su donne che hanno subito violenza sul territorio è stata predisposta per Generi Genesi Generazioni, la rendicontazione sociale di ASC InSieme, sarà online dal prossimo anno con i dati a partire dal 2018.

Nel Piano della Formazione di ASC InSieme negli anni 2017 e 2018 sono state inseriti 7 momenti formativi per operatrici e operatori di diverse Aree e competenze.

- partecipazione alle iniziative di carattere regionale derivanti dall'azione di monitoraggio dell'attuazione delle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere (DGR 1677/2013);

- promozione delle pari opportunità e contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere.

Sul territorio dell'Unione Reno Lavino Samoggia è attiva da 25 anni Commissione Pari Opportunità Mosaico: un coordinamento politico-tecnico che svolge per l'Unione funzioni di diffusione e di consolidamento di contenuti e metodi di pari opportunità applicati a tutte le politiche e azioni, con particolare riferimento alle tre dimensioni dei Generi, delle Genesi e delle Generazioni. Il documento programmatico di Commissione Pari Opportunità Mosaico individua una serie di azioni che definisce "sistematiche, strategiche e trasversali". Sul piano dei contenuti esse hanno l'obiettivo di garantire la pluralità, di contrastare le discriminazioni, di promuovere il confronto e la reciprocità, di contrastare la violenza contro donne e minori e la violenza omotransfobica; sul piano metodologico mirano a sviluppare elementi innovativi di programmazione/progettazione/realizzazione nelle pratiche politiche e tecniche. Si tratta di iniziative che vanno dallo sviluppo dell'ottica di pari opportunità, alla comunicazione in ottica di pari opportunità, alla promozione della partecipazione democratica, al benessere di comunità e organizzativo, al contrasto della violenza contro donne e minori e della omotransfobia.

ASC InSieme è tra i soggetti attivi del coordinamento della Città Metropolitana per la prevenzione della violenza contro le donne. Nell'ambito di questa attività ha lavorato alla definizione delle forme di educazione per il contrasto della violenza e delle discriminazioni basate sul genere e sull'orientamento sessuale. Si tratta di una pagina orientativa particolarmente rivolta alle scuole come supporto nella scelta di attività di contrasto di carattere educativo. La pagina è caricata sul sito della Città Metropolitana. Sempre nell'ambito di questa attività ha partecipato ai progetti metropolitani presentati ai due bandi regionali per il contrasto della violenza contro le donne (2016 e 2017) con l'azione di riedizione de La casa sul filo, strumento multimediale interattivo per l'educazione al genere.

- azioni di protezione e prevenzione, in particolare azioni di contrasto della fragilità sociale della donna, attraverso formazione e orientamento professionale e sostegno all'inserimento lavorativo, anche secondo le disposizioni della L.R. n. 14/2015, al fine di consolidare azioni di inclusione lavorativa e dell'autonomia economica di donne che subiscono o sono a rischio di subire violenza.

Sempre in quest'ottica inclusiva, negli anni 2017-2018 sono stati/saranno attivati 4 tirocini specifici per donne in uscita da situazioni di violenza. I tirocini sono una delle azioni del

	<p>progetto RADICE (Rafforzare l'Autonomia delle Donne, Implementare i Centri di semiautonomia – bando del Dipartimento Pari Opportunità 2016) di cui ASC InSieme è partner.</p> <ul style="list-style-type: none"> - porre particolare attenzione alla protezione delle donne nella fase successiva alla denuncia, accompagnandole nel percorso di uscita dalla condizione di violenza, sostenendole nelle difficili scelte da attuare, supportandole concretamente con interventi dedicati di protezione, in raccordo con tutti gli interlocutori istituzionali e non coinvolti. - prosecuzione e rafforzamento dei programmi d'intervento e trattamento degli uomini autori di violenza e loro monitoraggio. <p>ASC InSieme ha sostenuto attivamente il progetto che ha portato all'apertura, sul territorio metropolitano, di Senza Violenza, il primo Centro per uomini autori di violenza contro le donne nelle relazioni di intimità. Oltre a essere partner dei due progetti che ne hanno sostenuto l'attivazione e il primo consolidamento (RADICE, capofilato dall'Associazione Casa delle Donne di Bologna e MOVE ON, capofilato dall'Associazione Senza Violenza) ha progettato e realizzato con Senza Violenza diversi interventi formativi e di supervisione sulla responsabilità/responsabilizzazione degli autori di violenza che hanno coinvolto assistenti sociali, educatrici, mediatrici e altre operatrici di ASC InSieme.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro LDV (Liberiamoci Dalla Violenza) - Il Centro LDV dell'Azienda USL di Bologna è un servizio per il trattamento di uomini autori di sopraffazioni e abusi contro le donne, è nato a dicembre 2017 nell'ambito delle azioni sostenute dalla Regione per contrastare e prevenire la violenza di genere e contro i minori. Il Centro LDV offre gratuitamente un percorso di trattamento guidato da psicologi adeguatamente formati. Si tratta di un servizio preventivo e di trattamento il cui obiettivo è di intervenire non solo a protezione delle donne, che resta l'obiettivo prioritario, ma anche per aiutare gli autori delle violenze a cambiare e ridurre ed eliminare i comportamenti violenti. Il Centro LDV, che ha come bacino il territorio metropolitano, è collocato presso la Casa della Salute Navile in Via D. Svampa 8 a Bologna ed è aperto il giovedì dalle ore 14.30 alle ore 18.30. Per contatti e per prendere un appuntamento si può chiamare telefonicamente il numero 366.4342321 lunedì e venerdì dalle 13.30 alle 15.00 oppure scrivere una e-mail all'indirizzo ldv@ausl.bologna.it. - prosegue l'attività di confronto, condivisione nella programmazione delle azioni sul contrasto alla violenza donne e minori, da parte del gruppo interistituzionale e multidisciplinare promosso U.O Politiche di genere e antidiscriminatorie della Città Metropolitana nella quale sono presenti a livello distrettuale sia rappresentanti di ASC InSieme sia dell'AUSL.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	L'azione rivolta alle donne vittime di violenza necessariamente vede il coinvolgimento di numerose aree di attività oltre a quella dei servizi sociali e sanitari: area scuola, formazione professionale e lavoro, politiche abitative, politiche della sicurezza.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno Lavino Samoggia, ASC InSieme Tavolo politico Commissione Mosaico
Referenti dell'intervento	Cristina Vignali (ASC InSieme) Lambertini Letizia (ASC InSieme) Giovanna Manai (AUSL Distretto Reno,Lavino e Samoggia)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 3.300,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **1.561,89 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **1.738,11 €**

Indicatori locali: 2

1°: numero centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV)

Liberiamoci Dalla Violenza

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

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

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy) - COORDINAMENTO AUSL

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Riferimento scheda distrettuale: 27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy) - COORDINAMENTO AUSL

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	AUSL DI BOLOGNA
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	D;

Razionale	<p>Nell'affrontare questo tema si intende agire con il supporto e la collaborazione di tre settori: la comunicazione aziendale, la formazione degli operatori e la collaborazione del Terzo Settore. Data la vastità dell'argomento si ritiene importante agire per step successivi partendo dalla valutazione e dal successivo consolidamento di quanto già intrapreso sul piano comunicativo e formativo, individuando ambiti prioritari per caratteristiche, necessità e sensibilità. E' comunque intenzione del gruppo agire con un processo partecipato che coinvolga cittadini singoli e le loro forme organizzate e riconosciute (Comitati Consultivi Misti, Associazioni di patologia, comitati, caregiver).</p> <p>Affrontare il tema della comunicazione asimmetrica e della corretta comprensione dei messaggi trasmessi è alla base di molti problemi oggi importanti in sanità come l'adesione alle terapie, l'accesso ai servizi, i reclami, le intossicazioni e le reazioni avverse da farmaci, la possibilità di empowerment dei cittadini. In definitiva il lavoro può portare al migliore utilizzo delle risorse e la diminuzione dei rischi perché l'health literacy è una componente del complesso processo di Engagement, termine con il quale i Paesi anglosassoni definiscono la capacità di un prodotto/servizio di creare relazione stabili e durature con i propri utilizzatori (letteralmente: coinvolgimento)</p> <p>Si tratta quindi di individuare pochi elementi con i quali verificare l'effettiva comprensione del messaggio scritto e parlato da parte del paziente nei punti chiave del rapporto di cura. Per questo si ritiene indispensabile a questo percorso di miglioramento della comunicazione operatore sanitario-cittadino, la presenza dei rappresentanti dei cittadini.</p>
Descrizione	<p>La Health Literacy (HL), nata negli USA negli anni '80, secondo la definizione dell'OMS rappresenta il grado della capacità degli individui (saper leggere, saper scrivere, saper parlare, saper ascoltare, avere minime competenze matematiche, nel contesto in cui si svolgono le attività sanitarie) di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. La Regione Emilia-Romagna nel definire le azioni del Piano Sociale e Sanitario ha identificato questo tema ponendo l'attenzione soprattutto sull'analfabetismo funzionale degli Italiani e quindi sulla difficoltà a comprendere i messaggi scritti e verbali che ricevono. L'ambito sanitario somma a questa difficoltà di base del cittadino anche l'utilizzo di un lessico medico o comunque tecnico ostico soprattutto quando è affiancato a uno stato emozionale provocato dalla malattia. Queste diverse componenti compromettono la capacità degli utenti nel recepimento e decodifica dei messaggi inviati dagli operatori. Si potrebbe quindi scomporre il tema dell'health literacy in 3 forme di intervento: 1) il miglioramento della comunicazione con i cittadini, 2) la formazione degli operatori all'uso di termini semplici e vicini alla quotidianità, 3) la revisione dei moduli utilizzati e della cartellonistica informativa tramite un percorso partecipato.</p>
Destinatari	Cittadini in assistenza domiciliare e loro familiari, caregiver, pazienti, operatori SSR, Associazioni terzo settore
Azioni previste	Composizione e nomina del gruppo di lavoro aziendale "Capirsi fa bene alla salute", multi professionale e rappresentativo di diversi setting di lavoro (ospedale, casa della salute,

	<p>distretti, ...). Analisi delle principali tematiche di reclamo ed elogio pervenuto all'URP dei Distretti rendendo anonime le segnalazioni. Per il Distretto Reno Lavino Samoggia sarà fatto il I Per prima cosa, partendo dall'analisi degli elogi e dei reclami condotta con i CCM si intende individuare l'eccellenza e la criticità della comunicazione fra Operatori sanitari e cittadini utenti di questa Azienda. Vista la complessità del territorio aziendale si intende procedere per sperimentazioni, individuando obiettivi annuali di diffusione ed implementazione delle azioni per sede di intervento (ospedale verso territorio) e per territorio (distretto verso comune). La comunicazione fra sanitari e cittadini è comunque spesso inquinata da informazioni imprecise derivate da fonti poco accreditate e poco attendibili per questo è importante avviare un processo aziendale di comunicazione trasparente verso gli utenti e di formazione degli operatori.</p> <p>A seguire il lavoro sui Distretti vi sarà l'individuazione di 2-3 discipline con priorità d'intervento. L'individuazione e analisi di un campione di lettere di dimissione e referti di visite ambulatoriali specialistiche delle discipline selezionate che saranno analizzate rendendo anonimo sia l'assistito sia l'operatore, coinvolgendo nell'analisi gruppi di cittadini portatori di interesse specifico. Individuazione di "parole/espressioni/acronimi di difficile interpretazione" e restituzione dell'analisi agli operatori delle discipline coinvolte con percorso formativo professionalizzante.</p> <p>Avvio di un processo di rilettura e revisione dei moduli di consenso informato in uso procedendo ad eventuale modifica/adattamento.</p> <p>Studio di un mezzo di comunicazione efficace per condividere con i cittadini: lessico, informazioni, percorsi sanitari e sociosanitari e favorirne il coinvolgimento.</p> <p>Definizione di uno spazio dedicato all'HL nel sito aziendale.</p> <p>Sarà importante mantenere un forte collegamento anche all'area del Socio Sanitario e definire ambiti nuovi sui quali lavorare nella direzione di una diffusa capacità di comunicare con il cittadino/ utente.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Piano Regionale Prevenzione obiettivo 4.2 interventi situati per il sostegno dei caregiver
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Nel triennio 2017-2019 saranno coinvolti: i Comitati Consultivi Misti e Associazioni di Pazienti e famigliari aggregati per patologia.</p> <p>Si ritiene importante il coinvolgimento dei Distretti, Uffici di Piano e Comitati di Distretto.</p> <p>In fasi successive di r</p>
Referenti dell'intervento	Cristina Malvi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Riferimento scheda distrettuale: 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

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

Razionale	<p>L'automutuoaiuto si basa sulla condivisione di esperienze tra persone che hanno lo stesso problema o la stessa malattia. Si basa sulla convinzione che il gruppo racchiuda in se stesso le potenzialità di favorire un aiuto reciproco tra i propri membri. L'automutuoaiuto permette l'espressione dei bisogni profondi delle persone che affrontano esperienze difficili: il bisogno di essere ascoltati e accolti senza giudizi; quello di vedere la propria esperienza riconosciuto come risorsa e non solo come problema; quello di uscire dall'isolamento, condividendo la propria esperienza con altre persone; quello di riprendere in mano la propria condizione, superando una condizione passiva o prevalentemente assistenziale.</p> <p>Il concetto di automutuoaiuto presuppone quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'assunzione di responsabilità personale sulla propria condizione di disagio, il bisogno di superare l'isolamento; - che ogni persona sia considerata sì come portatrice di sofferenza, ma anche e soprattutto come risorsa, ognuno come massimo esperto del proprio disagio; - l'ascolto dell'altro come metodologia fondamentale; - l'obiettivo di cambiare se stessi più che le strutture esterne. <p>Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di automutuoaiuto significa mettere a disposizione dei cittadini uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma e all'isolamento, di empowerment di comunità.</p> <p>A livello distrettuale sono presenti numerosi interventi di aiuto tra pari. Caratterizzati per il valore del loro obiettivo intrinseco ma anche in quanto esperienze esemplari, potenzialmente trasferibili ad altri settori di attività (Centri incontro demenze, automutuoaiuto, utenti esperti e facilitatori sociali in salute mentale, gruppi di automutuoaiuto nelle dipendenze da alcol e gioco di azzardo). Sono sviluppate esperienze e gruppi di automutuoaiuto collegate a numerosi altri ambiti.</p>
Descrizione	<p>La demenza è considerata dall'OMS un problema di sanità pubblica e interessa sia la persona con demenza sia il familiare/caregiver che la assiste. Numerose analisi sistematiche della letteratura hanno dimostrato che programmi di supporto multicomponentiali, che includono interventi mirati a fornire informazione, lo scambio tra pari e a garantire supporto pratico, emotivo e sociale, sono più efficaci rispetto alle singole attività dirette alle persone con demenza o ai loro familiari, anche al fine di prevenire la tendenza all'isolamento (sia del malato che del familiare), lo stigma, il disorientamento per la scarsa conoscenza della malattia. I centri d'incontro hanno dimostrato di essere un modello efficace ed efficiente nel migliorare il senso di competenza da parte dei caregiver, ridurre i sintomi, contenere i costi e ritardare l'istituzionalizzazione.</p>
Destinatari	<p>CENTRI DI INCONTRO DEMENZE</p> <p>Persone con demenza e loro familiari/caregiver.</p>

	<p>AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE Utenti dei servizi salute mentale, ma anche l'intera comunità.</p> <p>GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMIGLIARI La comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali.</p>
Azioni previste	<p>CENTRI DI INCONTRO DEMENZE - implementazione di Centri d'Incontro secondo il modello del Programma di supporto dei Meeting center" e monitoraggio degli interventi. - seminari rivolti a tutti i responsabili di enti, organizzazioni e reti del volontariato potenzialmente interessati alla realizzazione e/o collaborazione, secondo le indicazioni contenute nel documento regionale.</p> <p>AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE - consolidare il coordinamento territoriale per promuovere e sostenere le diverse esperienze finalizzate all'empowerment dei singoli e della comunità sul tema della salute mentale. - confronto tra le diverse esperienze attivate sul territorio, per quanto concerne: gruppi di auto mutuo aiuto (AMA) ed esperienze di empowerment delle persone assistite dai Centri di salute mentale (utenti esperti, facilitatori sociali ecc...).</p> <p>- facilitare la conoscenza e il confronto tra le diverse esperienze.</p> <p>GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMIGLIARI - Monitorare l'applicazione dei protocolli e la loro diffusione - consolidare i nuovi gruppi con particolare riferimento alla tematica della dipendenza da gioco d'azzardo.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Nonostante il centro d'incontro si configuri come un servizio a bassa soglia, la piena integrazione nell'ambito della rete dei servizi è condizione imprescindibile per il perseguimento degli obiettivi del centro stesso. Il coinvolgimento di tutta la rete impegnata nelle cure delle demenze (incluse le reti del volontariato) è necessaria sia ai fini dell'individuazione del target di popolazione interessata, che per favorire l'integrazione del centro nel sistema delle cure, quale opportunità a bassa soglia e a completamento delle altre iniziative e servizi.</p> <p>Indicatori: 1. N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1; 2. N. familiari coinvolti/N. persone con demenza coinvolte = 0,5.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Unione Reno Lavino Samoggia Asc InSieme AUSI Distretto Reno Lavino Samoggia</p>
Referenti dell'intervento	<p>Giovanna Manai (ASL Distretto Reno Lavino Samoggia) Michele Peri (Asc InSieme)</p>
Risorse non finanziarie	<p>spazi comunali</p>

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

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

Razionale	<p>La società territoriale è caratterizzata da una crescente diversità culturale generata da fattori molto differenti: la presenza significativa e in aumento di persone e famiglie migranti (provenienti da ben oltre 170 differenti paesi di origine), la separazione tra generazioni e tra nuclei familiari, la persistente “distanza” e in parte iniquità tra generi.</p> <p>Si rileva un certo grado di frammentazione e segmentazione a livello sociale, ma anche la presenza di straordinarie risorse civiche, di impegno sociale, di collaborazione tra cittadini e con la pubblica amministrazione, in un’ottica di reciprocità e di democrazia, di sensibilità per l’interesse generale e per i cosiddetti beni comuni.</p> <p>Costituisce quindi un obiettivo rilevante il supporto alla ricerca della coesione sociale e del superamento positivo di distanze e conflitti, alla ricucitura di un tessuto di relazioni, alla consapevolezza dei diritti e doveri di cittadinanza a partire dalle fasce d’età più giovani, attraverso la valorizzazione e la promozione del capitale sociale in tutte le forme in cui le nostre comunità lo esprimono: dalle associazioni di promozione sociale al volontariato, dalla cooperazione sociale alle forme di autorganizzazione di cittadini, dalle iniziative autonome e individuali alle risposte progettuali a bandi.</p> <p>Ciò nella consapevolezza che azioni che soddisfano bisogni sociali, e quindi con impatto positivo sul benessere delle persone e della società, contribuiscono non solo allo sviluppo umano ma anche allo sviluppo socioeconomico.</p> <p>Sono già attive, a livello regionale e locale, sedi e iniziative differenti che garantiscono rappresentanza ai cittadini in alcuni ambiti e in processi particolari (di consultazione, decisionali...) ma occorre promuovere la partecipazione alla vita della comunità anche con strumenti innovativi, che vadano oltre le rappresentanze formali, per sviluppare una competenza diffusa nella comunità e progetti supportati da un “volontariato competente”, come forme nuove di autorganizzazione dei cittadini nella tutela dei beni comuni.</p>
Descrizione	<p>Come da indicazioni regionali la costruzione del sistema dei servizi sociali e socio - sanitari deve essere quanto più organica e condivisa, anche con i territori, valorizzando ambiti diversi di iniziativa regionale tesi a rafforzare il civismo, l’esercizio di cittadinanza, il concorso a un bene comune, tramite lo sviluppo delle risorse relazionali e civiche di singoli e gruppi.</p> <p>Obiettivo operativo è quello di promuovere e consolidare le esperienze di partecipazione, co-progettazione, rappresentanza e cittadinanza attiva, in ambito sociale, culturale, ambientale, sportivo e istituzionale, di tutta la popolazione, con attenzione per le diverse culture e generazioni, in particolare per i giovani stranieri e di origine straniera (secondo generazioni), e per i generi.</p> <p>Il percorso per la condivisione degli obiettivi strategici, delle priorità e delle azioni del Piano di zona per la salute e il benessere sociale distrettuale, dopo un’istruttoria tecnica e il primo incontro sindacale dell’8/11/2017 in cui è stato delineato il percorso, è stato avviato il 22 Gennaio 2018 con l’approvazione nel Forum socio sanitario dell’Unione dei Comuni Reno, Lavino e Samoggia della governance distrettuale e della proposta organizzativa.</p>

Il confronto aperto alla comunità, portatori di interesse, attori significativi, terzo settore, privati (profit e non) è stato strutturato attraverso riunioni periodiche a conduzione politica, di seguito descritte per area generale e tematiche specifiche (coerenti con le schede di intervento proposte dalla Regione). Trasversale a tutti i luoghi di confronto è stata la cura di partecipazione e responsabilizzazione della comunità.

Sono stati attivati tre tavoli tematici:

1) Domiciliarità e prossimità, coordinatore Assessore Daniela Occhiali:

Case della salute e Medicina d'iniziativa; Riorganizzazione rete ospedaliera e territoriale integrata; Cure intermedie e sviluppo Ospedali di comunità; Budget di salute; Riconoscimento ruolo caregiver; Progetto di vita, Vita indipendente, Dopo di noi; Rete cure palliative; Salute in carcere, umanizzazione e reinserimento.

2) Prevenzione disuguaglianze, promozione salute e dell'autonomia, coordinatore Assessore Massimo Masetti

Medicina di genere; Pari opportunità e differenze di genere, generazione, cultura, (dis)abilità...; Contrasto alla violenza di genere; Contrasto dell'esclusione sociale (povertà estrema,...); Equità: metodologie e strumenti; Inclusione persone straniere neo-arrivate; Fondi integrativi extra LEA; Potenziamento interventi nei primi 1000 giorni di vita; Sostegno alla genitorialità; Progetto Adolescenza; Salute sessuale e riproduttiva, prevenzione sterilità; Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico; Invecchiamento attivo in salute e tutela fragilità; Innovazione rete per anziani nell'ambito del FRNA; Misure a contrasto della povertà (SIA/REI,RES); Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Lr 14/2015); La casa come fattore di inclusione e benessere sociale;

3) Qualificazione Servizi, coordinatore Assessore Ivano Cavalieri

Aggiornamento di strumenti e procedure sociosanitarie; Riorganizzazione/miglioramento assistenza alla nascita; Equità d'accesso a prestazioni sanitarie; Miglioramento accesso in emergenza urgenza; Metodologie per innovare organizzazioni e pratiche professionali; ICT strumento per nuovo modello e-welfare; Consolidamento e sviluppo Servizi sociali territoriali; Qualificazione accoglienza/tutela 0-18 anni e neomaggiorenni con bisogni sociosanitari complessi; Nuovo calendario vaccinale e miglioramento coperture; Livelli essenziali delle prestazioni sociali

Inoltre è stato mantenuto un percorso specifico di concertazione sindacale tramite i seguenti luoghi di concertazione politica con supporto tecnico:

- Piano di zona triennale
- Servizi a sostegno dell'assistenza domiciliare
- Legge 14/15 integrazione SIA-REI/RES
- Salute di genere
- Ospedale di Bazzano

Infine è stato attivato un Tavolo Welfare, politico con supporto tecnico, di secondo livello con terzo settore, sindacati e soggetti organizzati in cui sono state portate a sintesi priorità e specificità degli altri luoghi di confronto e condivise finalità, obiettivi e interventi strategici della programmazione territoriale.

E' stato infine attivato un tavolo trasversale specifico sui temi della povertà e vulnerabilità in cui sono state approfondite le caratteristiche del fenomeno, gli obiettivi strategici e le azioni relative.

Supporto, coordinamento tecnico dei luoghi di confronto è stato a cura del Servizio Sociale Associato e in particolare dell'Ufficio di Piano, indispensabile e qualificante è stata la partecipazione attiva e operativa di Distretto AUSL, ASC Insieme e dei Comuni dell'Unione, con i quali sono state precedentemente condivise modalità e contenuti del percorso partecipativo. Durante il percorso è stato curato il flusso informativo e gli aggiornamenti in itinere nei confronti del livello tecnico e politico di Comuni e Distretto tramite un confronto costante con ASL e ASC su tematiche da affrontare nei singoli incontri e la documentazione da produrre.

I referenti aziendali delle schede che prevedevano un coordinamento dell'ASL hanno partecipato ai tavoli tematici descrivendo i contenuti delle schede intervento specifiche.

Il percorso è stato avviato con un avviso, da parte dell'Unione e rilanciato dai singoli Comuni, da ASC e ASL, aperto alle organizzazioni del terzo settore, del privato non e for profit per segnalare la loro disponibilità a partecipare agli incontri in programma.

Sono state condotte istruttorie specifiche precedenti ai singoli incontri per definire con tutti i soggetti istituzionali le delegazioni minime necessarie di partecipazione e rappresentanza, la produzione di materiale informativo e di approfondimento relativamente alle singole tematiche, la cura della redazione di bozze o parti delle singole schede intervento nonché delle schede economiche finanziarie.

E' stata realizzata una sezione specifica del sito internet dell'Unione:

<https://www.unionerenolaviniosamoggia.bo.it/index.php/archivio-1/2957-piano-di-zona-2018-2020>

	<p>in cui sono stati pubblicati tutti i documenti inviati e distribuiti nel percorso di pianificazione, materiali di approfondimento, la normativa di riferimento e materiale che i partecipanti degli incontri hanno inviato per la condivisione con tutti gli invitati.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Enti del terzo settore, Organismi di partecipazione e rappresentanza dei cittadini, con particolare attenzione per la componente straniera della popolazione, Alunni delle scuole primarie e secondarie, Adolescenti e giovani come potenziali protagonisti del servizio civile, nazionale e regionale, Enti locali...</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>Si intende: Monitoraggio: mantenere attivi i tavoli istituiti per il percorso di cooprogettazione dei PDZ al fine di monitorare l'andamento degli indicatori e delle azioni inserite nel Piano</p> <p>Potenziare i progetti di servizio civile attraverso l'adesione al Servizio civile universale nazionale e regionale, come motore di solidarietà sociale e d'impegno per il bene comune allargando il servizio anche ai Comuni di Valsamoggia e Sasso Marconi che oggi non hanno progetti di servizio civile.</p> <p>Potenziare gli scambi del Servizio Civile Regionale anche ai cittadini provenienti da altri Paesi (in particolare giovani cittadini dell'Unione europea e giovani cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti, che dal 2014 possono partecipare al SCN), ai ragazzi e alle ragazze dai 15 ai 18 anni, alle persone adulte e anziane;</p> <p>Promuovere i gemellaggi " tematici" come scambio di migliori pratiche: Progetto inclusione possibile sul tema della disabilità (2018) Costruzione del Bilancio partecipato di Asc Insieme con il Sistema di GGG generi generazioni e geni</p> <p>Sul piano sociale, in particolare, l'architettura informativa che alimenta la riflessione/elaborazione/diffusione delle pari opportunità è Generi Genesi Generazioni: la rendicontazione sociale di ASC Insieme. Si tratta di un bilancio interattivo aggiornato annualmente e accessibile online che illustra, oltre ai dati di intervento e spesa sociale (per maschi/femmine, italian*/stranier*, minori/adult*/anzian*), la geografia politica e tecnica del territorio dell'Unione (comprensiva di presentazioni delle figure che la rappresentano), i dati relativi allo stato della popolazione territoriale, gli indicatori e i dati di efficienza e di efficacia, i progetti "a Marchio Mosaico", alcuni indicatori sul Benessere Interno Lordo prodotto. Esso consente anche l'elaborazione autonoma dei dati attraverso un sistema di interrogazione organizzato sulle voci di Area di intervento, Comune, Servizio, Genere, Genesi, Generazione.</p> <p>Progetto Teatro Arcobaleno sulle pari opportunità di genere</p> <p>Teatro Arcobaleno è un progetto sostenuto dall'Unione Reno Lavino Samoggia attraverso Commissione Pari Opportunità Mosaico - ASC Insieme. Obiettivo del progetto è quello di contrastare le discriminazioni basate sul genere e l'orientamento sessuale e favorire una società plurale e inclusiva partendo da bambini/e, ragazze/i e dalle loro famiglie. Il contributo attivo all'attuazione del progetto avviene attraverso Commissione Pari Opportunità Mosaico - ASC Insieme in forma di corsi di formazione per educatrici/tori e insegnanti su differenze sessuali, di genere e contrasto della violenza contro le donne e omotransfobica.</p> <p>Attivare nel distretto esperienze di percorsi di partecipazione e di rappresentanza della componente straniera della popolazione con particolare attenzione per i ragazzi, in particolare: o ascolto delle comunità che "accolgono" per promuovere una più efficace integrazione e coinvolgere i territori locali, anche attraverso il lavoro sociale di comunità e la valorizzazione delle risorse degli Enti del terzo settore nell'accoglienza e inclusione della popolazione straniera, anche al fine di prevenire e contrastare fenomeni di ghettizzazione urbana e territoriale,</p> <p>Iniziative pubbliche di riflessione e dibattito sui temi della pluriculturalità, della relazione interculturale e della partecipazione sono stati organizzati dai Comuni del territorio, oltre che azioni di comunità per la risoluzione di conflitti tra gruppi etnici e generazionali con il coinvolgimento di realtà rappresentative e attori sociali del territorio in grado di agire mediazione sociale. Si segnalano in particolare Incontri di Mondi del Comune di Casalecchio di Reno (una settimana di appuntamenti a tema interculturale), Infestival del Comune di Valsamoggia (festival interculturale/marchio di qualità interculturale su progetti e iniziative territoriali) gli incontri Parliamo di intercultura del Comune di Zola Predosa, la rassegna Diamoci voce organizzata da Coro Mosaico (un'esperienza multiculturale promossa da ASC Insieme nell'ambito del progetto Semenzaio ora diventata Associazione autonoma). Sul territorio esistono diverse realtà organizzate sia istituzionali (Consulte stranier*) che</p>

associative (Associazione Culturale Islamica, Donne native e migranti della Valsamoggia, Pangea, ARCA, Voci di donne, Le Voci della luna, Gruppo Marija Gimbutas, Coro Mosaico... ALTRO???) alcune delle quali contibuiscono attivamente alla realizzazione di iniziative sia di carattere interculturale che non. Diversi teatri del territorio (Teatro Laura Betti di Casalecchio di Reno, Teatro delle Temperie e Teatro delle Ariette di Valsamoggia, con il sostegno dei rispettivi Comuni e, in alcuni casi di ASC InSieme, hanno sviluppato progetti a tematica interculturale, anche con il coinvolgimento di migranti del territorio fino alla costruzione partecipata di iniziative e spettacoli (si segnalano in particolare il progetto Nessuno escluso e Teatro delle differenze del Teatro delle Temperie e i progetti Io, Camus e il couscous e Odissea in Valsamoggia del Teatro delle Ariette, quest'ultimo con la partecipazione attiva di un gruppo di badanti del progetto Badando di ASC InSieme).

Attivare progetti di volontariato con i profughi presenti sul territorio anche con la collaborazione delle associazioni di promozione sociale locali attivando al contempo momenti di formazione e accompagnamento alle associazioni di migranti

Coinvolgere gli enti del Terzo settore attraverso il Tavolo trasversale " Povertà":

a) nel programma di contrasto alla esclusione e povertà (cfr. Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna); b) nell'ampliamento della partecipazione di adolescenti e giovani agli enti stessi e alle loro attività;

c) nell'attività di confronto e concertazione sulle politiche locali e regionali tramite, rispettivamente, le forme di rappresentanza locale e la Conferenza regionale del Terzo settore;

o promozione e valorizzazione delle esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte dei cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali,

o promozione e sostegno della cittadinanza attiva in ambito sociale, culturale, sportivo dei giovani stranieri e di origine straniera, evidenziandone la funzione di agenti qualificanti dei processi di inclusione;

- operare progettualità attinenti a: sistemi integrati di welfare e azioni per superare situazioni di vulnerabilità delle diverse forme familiari con il supporto del Programma dei percorsi partecipativi finanziato dalla L.R. 3/10 "Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali" per favorire il protagonismo dei cittadini e dei soggetti sociali nell'elaborazione delle scelte pubbliche.

Un'azione dedicata alla riflessione sul Benessere Interno Lordo inteso come misuratore della qualità della vita, della consapevolezza cittadina del bene dei Servizi e della volontà di difenderli si è sviluppata con il progetto partecipativo A patto di... partecipazione, sostenuto da ASC InSieme in collaborazione l'AUSL distrettuale. Il progetto, i cui risultati condivisi sono tuttora in fase di attuazione, ha l'obiettivo di diffondere consapevolezza e promuovere capacità di accesso a saperi e servizi. Obiettivo secondario è quello di costruire un "patto di cittadinanza" in grado di agire contemporaneamente la difesa del principio del Servizio Sociale nella costruzione di una comunità coesa, responsabile e solidale e l'elaborazione di un sistema dei Servizi Sociali sostenibile e rispondente alle esigenze del tempo presente e di riduzione della spesa sociale.

In particolare si fa riferimento al raccordo con reti integrate di servizi socio-educativi ed educativi per l'infanzia e di servizi per persone non autosufficienti;

progetti connessi alla pianificazione sanitaria e alle sue implementazioni territoriali;

Attraverso l'azione della Commissione Mosaico verranno analizzate possibili Piani di Azione Locale per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e azioni volte al sostegno delle pari opportunità di genere e/o al contrasto a tutte le forme di discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle persone

Sul territorio dell'Unione Reno Lavino Samoggia è attiva da 25 anni Commissione Pari Opportunità Mosaico: un coordinamento politico-tecnico che svolge per l'Unione funzioni di diffusione e di consolidamento di contenuti e metodi di pari opportunità applicati a tutte le politiche e azioni, con particolare riferimento alle tre dimensioni dei Generi, delle Genesi e delle Generazioni. Commissione Pari Opportunità Mosaico è un organismo istituzionale costituito da Prospettiva Politica Mosaico (costituita dalle/dagli Assessore/i con delega alle Pari Opportunità di ogni Comune dell'Unione) e Prospettiva Tecnica Mosaico (costituita da referenti tecniche/i con delega alle Pari Opportunità di ogni Comune dell'Unione): sotto il profilo politico essa è raccordata con le Giunte di tutti i Comuni dell'Unione, sotto il profilo tecnico con il Tavolo di Raccordo Integrazione Coordinamento che è parte integrante dell'Ufficio di Piano a sua volta integrato nel Servizio Sociale Associato dell'Unione. L'azione garantita da questo

	<p>doppio livello di coordinamento è duplice. Sul piano dei contenuti è quella di garantire la pluralità, di contrastare le discriminazioni, di promuovere il confronto e la reciprocità, di contrastare la violenza contro donne e minori e la violenza omotransfobica. Sul piano metodologico ha l'obiettivo di sviluppare elementi innovativi di programmazione/progettazione/realizzazione nelle pratiche politiche e tecniche. Si tratta di iniziative che vanno dallo sviluppo dell'ottica di pari opportunità, alla comunicazione in ottica di pari opportunità, alla promozione della partecipazione democratica, al benessere di comunità e organizzativo, al contrasto della violenza contro donne e minori e della omotransfobia.</p> <p>progetti locali per promuovere la partecipazione della componente straniera della popolazione.</p> <p>Rispetto a queste aree progettuali si intende promuovere un monitoraggio congiunto sui percorsi attuativi;</p> <ul style="list-style-type: none"> • raccordo con l'attuazione della L.R. 18/2016 "Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili", con particolare riguardo ai rapporti con gli Enti del terzo settore operanti nei settori dell'educazione alla legalità, la cittadinanza responsabile e il contrasto alla criminalità organizzata e mafiosa (promozione di convenzioni tra Regione e enti del Terzo settore, tra questi e gli Enti locali).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>La trasversalità è da sviluppare a livello istituzionale regionale per raccordare e/o armonizzare le diverse azioni settoriali, e a livello territoriale tra cittadini, organizzazioni del terzo settore, pubbliche amministrazioni, organismi di rappresentanza, su ambiti differenti (sociale, culturale, sportivo, formativo...).</p> <p>Indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. n. progetti servizio civile nazionale e n. giovani coinvolti (di cui UE/di cui non comunitari; di cui tra 15 e 18 anni); 2. n. progetti servizio civile regionale e n. giovani coinvolti (di cui UE/di cui non comunitari; di cui tra 15 e 18 anni); 3. n. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte dei cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali; 4. sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna; 5. definizione di una proposta di linee guida regionali sulla co-progettazione.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno Lavino Samoggia ASL Distretto Reno Lavino Samoggia , ASC InSieme , Tavolo delle pari opportunità Mosaico, Soggetti del terzo settore, sindacati
Referenti dell'intervento	Cati La Monica (Unione Reno Lavino Samoggia) Letizia Lambertini (Commissione Mosaico Pari Oppurtunità Mosaico)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 225.116,63

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **8.519,40 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **9.480,60 €**
- Altri fondi regionali (*Fondi R-ER - Progetto REDICI*): **18.771,00 €**
- Altri soggetti privati (*Entrate generiche da contabilità economica da Bilancio ASC*): **188.345,63 €**

Indicatori locali: 0

31 Riorganizzazione dell’assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti - COORDINAMENTO AUSL

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: 31 Riorganizzazione dell’assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti - COORDINAMENTO AUSL

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

Razionale	<p>L’intesa Stato –Regioni del dicembre 2010 prevede la riorganizzazione dei PN e della rete assistenziale , fissando il numero di almeno 1000 nascite /anno quale parametro standard a cui tendere nel triennio per il mantenimento /attivazione dei PN . il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili, in applicazione dell’art. 1 del DM 11.11.2015, nel quale vengono definiti dal CPNn gli standard strutturali, tecnologici e di personale indispensabili per l’ottenimento della deroga alla chiusura da parte del Ministero; La DGR 2040/2015 che definisce la riorganizzazione dalla rete ospedaliera sul territorio regionale e dà mandato alla Commissione nascita regionale di realizzare uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita regionali.</p> <p>I Punti Nascita in attività nel 2016 in Emilia-Romagna erano 27, 18 Spoke e 9 Hub, disomogeneamente distribuiti sul territorio regionale. Dai dati 2016 emerge che solo 4 dei 18 spoke hanno effettuato più di 1000 parti/anno e che 7 sono al di sotto dei 500 parti/anno. Di questi, il PN dell’Ospedale del Delta ha terminato le proprie attività a fine gennaio 2017. Inoltre, il contesto demografico sta cambiando con una riduzione drastica della natalità che, se non si prenderanno provvedimenti rapidamente, porterà la maggior parte degli spoke della regione al di sotto della soglia dei 500 nati.</p> <p>Le gravidanze che necessitano di un’assistenza complessa e quindi di centralizzazione sono in aumento per l’età delle madri, sempre più elevata, e per le patologie croniche di cui sono portatrici, ma anche per i risultati della diagnosi prenatale che portano a far nascere bambini nei luoghi dove è garantita un’assistenza specifica per la patologia di cui sono portatori.</p> <p>Obiettivi della riorganizzazione sono la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e il corretto ricorso al taglio cesareo; la riorganizzazione della rete assistenziale dei punti nascita dovrà prevedere la revisione di tutta l’assistenza al percorso nascita promuovendo una forte integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri per garantire risposta ai bisogni portati dalle donne e delle loro famiglie, in particolare la continuità assistenziale e l’accompagnamento nel pre e nel post parto, per diminuire le difficoltà che certamente si creeranno nel momento in cui si andrà a modificare la rete e, soprattutto, per migliorare la qualità dell’assistenza.</p>
Descrizione	<p>Obiettivi della riorganizzazione sono la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e il corretto ricorso al taglio cesareo.</p> <p>La riorganizzazione della rete assistenziale dei punti nascita dovrà prevedere la revisione di tutta l’assistenza al percorso nascita promuovendo una forte integrazione tra i servizi</p>

	<p>territoriali e quelli ospedalieri per garantire risposta ai bisogni portati delle donne e delle loro famiglie, in particolare la continuità assistenziale e l'accompagnamento nel pre e nel post parto, per diminuire le difficoltà che certamente si creeranno nel momento in cui si andrà a modificare la rete e, soprattutto, per migliorare la qualità dell'assistenza.</p> <p>Alla luce delle indicazioni specifiche e dei documenti (DM 70/20175, DM 11.11.2015, DGR 2040/2015, protocollo metodologico) l'AUSL di Bologna ha già effettuato nel febbraio 2014 la chiusura del PN di Porretta Terme (112 parti nel 2013) ; attualmente il PN di Bentivoglio presenta un numero di nascite / anno inferiore a 1000 (655 nel 2016) con un trend in aumento (552 nel 2014, 646 al 30 11 2017) , ma , anche in considerazione del tendenza attuale di riduzione della natalità in Regione Emilia –Romagna (-18% negli ultimi 7 anni) difficilmente sarà raggiungibile il target previsto di 1000 se non prevedendo l'accorpamento con il PN di Cento (413 parti nel 2016).</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Donne , coppie in gravidanza e nel post-parto ed i loro bambini, professionisti del Percorso Nascita</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>riorganizzazione dei PN : l'AUSL di Bologna ha già effettuato nel febbraio 2014 la chiusura del PN di Porretta Terme (112 parti nel 2013) ; attualmente il PN di Bentivoglio presenta un numero di nascite / anno inferiore a 1000 (655 nel 2016) con un trend in aumento (552 nel 2014, 646 al 30 11 2017) , ma , anche in considerazione del tendenza attuale di riduzione della natalità in Regione Emilia –Romagna (-18% negli ultimi 7 anni) difficilmente sarà raggiungibile il target previsto di 1000 se non prevedendo l'accorpamento con il PN di Cento (413 parti nel 2016) ;</p> <p>riorganizzazione Hub and Spoke : i due PN aziendali (Bentivoglio , OM) sono strutturalmente integrati in una rete Hub and Spoke in funzione della presenza di un'unica Direzione di UOC, di un unico team di professionisti che ruota nei due presidi a garanzia del mantenimento di adeguate clinical competence e di omogeneità di intervento ; dal punto di vista neonatologico attualmente l'Hub è sede di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale con presenza del Neonatologo H24, mentre nello Spoke è garantita la presenza del Pediatra/Neonatologo in H12 con Pronta disponibilità notturna e presenza H24 di Anestesista-Rianimatore formato sulla Rianimazione Neonatale;considerata la normativa vigente, che prevede la presenza del Pediatra/Neonatologo H24 andranno previste delle azioni atte a garantire tale presenza.</p> <p>riorganizzazione dell'assistenza integrata alla gravidanza , parto , puerperio : nel dicembre 2016 è stato approvato il PDTA PN che descrive il percorso integrato territorio –ospedale di presa in carico della gravidanza dal concepimento al parto /puerperio , con condivisione di un'assistenza differenziata in funzione dei fattori di rischio e rafforzamento dell'autonomia ostetrica nell'assistenza alla gravidanza/parto fisiologico. In questo ambito, accanto al consolidamento di tutto il tema della Rianimazione Neonatale, patrimonio trasversale a tutte le professioni operanti nell'ambito dell'assistenza perinatale, andrà ulteriormente rafforzata la sorveglianza della salute del neonato nelle ore immediatamente successive al parto, al fine di ottimizzare la gestione dell'adattamento post-natale. E' prevista inoltre la prosecuzione ed implementazione sul territorio aziendale del progetto ' prevenzione del disagio psichico perinatale ' attualmente avviato sulle donne residenti nel distretto di Bologna nell'ambito del progetto CMM .</p> <p>reti STAM – STEN – l'organizzazione della rete in AVEC e ' stata definita in un documento condiviso fra le Direzioni che esplicita come ogni centro HUB ha uno spoke di riferimento ed ha organizzato una equipe medico-infermieristica che provvede al trasporto dei neonati dal centro Spoke all'Hub afferente (Bentivoglio – OM , Imola –S.Orsola) .</p> <p>promuovere campagne informative per la popolazione : i due PN aziendali offrono mensilmente incontri per la presentazione del PN (presa in carico , assistenza al parto , metodiche di contenimento del dolore , prime cure neonatali , sostegno all'allattamento al seno) ed incontri su tematiche specifiche (modalità parto in donne pre-cesarizzate) ; ad esso si associano i Corsi di Accompagnamento alla Nascita che vengono svolti presso i Consultori Familiari e gli incontri informativi in Sala Borsa. Al fine valutare e ridefinire i percorsi assistenziali proposti si può prevedere l'attivazione di focus group di donne che sono state seguite nell'ambito del percorso</p> <p>Nell'ottica di una maggiore integrazione con i Servizi Sociali va prevista una revisione della Procedura Interaziendale 012 'Assistenza alle donne in gravidanza con disturbi emozionali e nel primo anno di vita del bambino.Assistenza alle donne con prevalente rischio sociale. Dimissione protetta Neonato con problematiche Sociali e/o Sanitarie', ed una interlocuzione con i Servizi Sociali comunali.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri</p>

	per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi educativi, Servizi di neuropsichiatria infantile, Casa delle donne contro la violenza, associazioni di auto-mutuo aiuto, Servizi specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerDP, Salute Mentale, ecc.). AUSL di Ferrara in caso di eventuale accorpamento dei PN Cento- Bentivoglio)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl Bologna, ASCInsieme, Unione dei Comuni Reno Lavino Samoggia
Referenti dell'intervento	Fabrizio Sandri/Guidomei Stefania/
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: % allattamento completo a 3- 5 mesi per mamme residenti nel distretto

Descrizione: % allattamento completo a 3- 5 mesi per mamme residenti nel distretto

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Almeno 50% a 3 mesi e 30% a 5 mesi

- **Obiettivo 2019:** Almeno 50% a 3 mesi e 30% a 5 mesi

- **Obiettivo 2020:** Almeno 50% a 3 mesi e 30% a 5 mesi

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie - COORDINAMENTO AUSL

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Riferimento scheda distrettuale: 32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie - COORDINAMENTO AUSL

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	AUSL DI BOLOGNA
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	E;

Razionale	<p>La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate (es. visite, esami diagnostici, interventi programmati) rappresentano un tema oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione. Ad oggi non si rileva una sufficiente chiarezza e condivisione tra gli esperti rispetto alle cause determinanti il fenomeno (es. ricorso improprio alle prestazioni, inefficienza del sistema, offerta di servizi non adeguata alla domanda) e alle soluzioni maggiormente efficaci. Il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna, definita nell'ambito del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.</p> <p>In particolare devono essere garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> tempi di attesa standard per le prestazioni specialistiche (7 gg per le urgenze, 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali); miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale; incremento delle prenotazioni e dei controlli effettuati da parte della struttura sanitaria (unità operativa/ambulatorio) che ha in carico il cittadino e del livello di continuità assistenziale garantito; garanzia dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in relazione alla classe di priorità assegnata; adozione di sistemi di comunicazione trasparente verso i cittadini rispetto a liste e tempi di attesa; monitoraggio delle disdette e delle mancate presentazioni. <p>Al fine di facilitare l'accesso al cittadino è importante promuovere l'utilizzo dei canali WEB per la prenotazione di visite e prestazioni diagnostiche di primo accesso.</p> <p>La DGR 830/2017 definisce i livelli di servizio da raggiungere in relazione al potenziamento della prenotabilità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite CUPWEB.</p>
Descrizione	<p>REGIONALE:</p> <p>Nel 2015 e 2016 sono state attuate diverse azioni (in applicazione delle DGR n. 1056/15 e DGR 377/2016) riguardanti la riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale: la rimodulazione dell'offerta attraverso l'estensione degli orari di attività nei giorni feriali e, se necessario, l'apertura nei giorni pre-festivi e festivi, l'assunzione di personale per affrontare le criticità, la ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, il miglioramento dell'appropriatezza nella gestione delle prime visite;</p>

	<p>l'accesso per i primi inquadramenti diagnostici garantito entro i tempi di attesa standard (30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni diagnostico strumentali e 7 giorni per le urgenze differibili), la continuità assistenziale per i pazienti affetti da patologie croniche (protocolli condi-visi tra medici delle Aziende Sanitarie e medicina convenzionata) e la presa in carico dei pazienti complessi attraverso il modello organizzativo di Day Service ambulatoriale; l'informazione e la responsabilizzazione dei cittadini rispetto alla prenotazione e alla disdetta (campagna informativa "Insieme per una sanità più veloce");</p> <p>l'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa (costituito dai Direttori sanitari, dai Responsabili Uni-tari dell'accesso delle Aziende sanitarie, dai collaboratori regionali e dai rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino) ha il mandato di monitorare lo stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa, i tempi di attesa, i volumi di attività erogati in regime istituzionale e in libera professione intramuraria, e di condividere con le Aziende sanitarie interventi correttivi e proporre azioni innovative in materia di accessibilità. I componenti dell'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa sono i Direttori sanitari, i Responsabili Unitari dell'accesso delle Aziende sanitarie, i collaboratori regionali ed i rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino.</p> <p>Nel 2017 è stata adottata la DGR 272 che definisce obiettivi e strumenti per la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati prevedendo un monitoraggio strutturato delle liste e dei tempi di attesa, la definizione delle priorità e dei relativi tempi massimi di attesa e l'adozione di sistemi e strumenti di comunicazione ai cittadini.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>REGIONALE: Tutta la popolazione</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>E' stato individuato il REFERENTE UNICO AZIENDALE (RUA) che in collaborazione con i professionisti ed in stretto rapporto con la direzione strategica individua i punti critici e suggerisce azioni di miglioramento.</p> <p>Ridefinire l'offerta di Specialistica Ambulatoriale al fine di garantire il massimo livello di autosufficienza (70%)</p> <p>Facilitare l'accesso per le richieste in regime di urgenza differibile e urgenza 24 ore, affinché il MMG possa definire un primo inquadramento diagnostico, che in molti casi consente evitare l'ospedalizzazione. Migliorare l'accesso in particolari percorsi diagnostici e di presa in carico. Riorganizzare il percorso di accesso per particolari problematiche diagnostiche e di presa in carico a partire da: patologie uditive, allergologiche, coagulative, OSAS.</p> <p>Costruire o consolidare le reti cliniche (MMG e specialisti ospedalieri e territoriali) al fine di rafforzare le relazioni fra professionisti per l'inquadramento diagnostico e la continuità nella presa in carico e migliorare l'appropriatezza degli interventi.</p> <p>Attivazione reti Cliniche :</p> <p>a. rete clinico - organizzativa dell'area Neurologica fra specialisti delle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche e private, con costruzione di percorsi di presa in carico integrati per le patologie neurologiche. Gli ambulatori territoriali di neurologia dell'AUSL e del privato accreditato sono stati collegati informaticamente a quelli dell'IRCCS delle Scienze Neurologiche dell'AUSL, con possibilità bidirezionale (hub/spoke, spoke/hub) di prenotazione diretta delle visite specialistiche senza rinvio del paziente a CUP., a partire dall'area Cardiologica e Gastroenterologica, con la definizione di pacchetti di prestazioni e la differenziazione fra prestazioni di primo e secondo livello.</p> <p>b. progetto GASTROPACK attivato sul distretto di Porretta, finalizzato al miglioramento della presa in carico dei pazienti a partire dalla visita gastroenterologica e alla riduzione delle prestazioni endoscopiche. Completata la progettazione su Loiano e Budrio.</p> <p>c. rete cardiologica: attivati percorsi di presa in carico integrati e informatizzati per il follow up di pazienti in dimissione ospedaliera e per l'invio diretto dalle cardiologie territoriali (pubb e private) al secondo livello ospedaliero.</p> <p>d. Approvato il percorso di accesso ORL per pazienti con problemi uditivi.</p> <p>e. Approvato il Piano per l'accesso e la presa in carico per patologie dermatologiche.</p> <p>f. Approvato e implementato il percorso per il paziente con lombalgia</p>

	<p>Definiti anche per il privato accreditato PACCHETTI DI PRESTAZIONI di completamento diagnostico e presa in carico, successivi alla prima visita, con prenotazione diretta degli esami senza il rinvio a CUP del paziente.</p> <p>Individuazione delle prestazioni prenotabili a CUP che, dopo un lavoro di revisione e semplificazione delle "avvertenze per la prenotazione", possono essere rese prenotabili su CUP Web. Realizzazione degli interventi di semplificazione per renderle prenotabili su CUPWEB.</p> <p>Azioni informative di sensibilizzazione e supporto all'attivazione del FSE in integrazione con i Comuni nell'ambito delle Case della Salute, nei Centri sociali per anziani e giovani anche attraverso il coinvolgimento dei Volontari del Servizio Civile presenti .</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Partecipano al monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa: le parti sociali; gli Enti Locali, nell'ambito delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie; le rappresentanze dei cittadini nell'ambito del CCMSS e CCRQ (regionale)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL di Bologna con il coinvolgimento di AUSL, AOSP, IOR, privato accreditato, CUP 2000 Unione dei Comuni , Comitato di Dsitretto, CCMSS
Referenti dell'intervento	Isa Protonotari / DeLuca ML/ F.Franchi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: %

delle prenotazioni effettuate entro i tempi standard sul totale delle prenotazioni

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

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

- **Obiettivo 2019:** >=90%

- **Obiettivo 2020:** >=90%

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza - COORDINAMENTO AUSL

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Riferimento scheda distrettuale: 33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza - COORDINAMENTO AUSL

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

Razionale	<p>La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. In quest'ottica risulta prioritario il miglioramento della presa in carico complessiva in condizioni di emergenza-urgenza. La risposta ai bisogni di salute che richiedono interventi sanitari (di maggiore o minore intensità) in urgenza è garantita da un sistema articolato di strutture che includono oltre al Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile) ed altri percorsi specifici, ad esempio presso i servizi per la salute mentale, i consultori familiari ecc. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).</p> <p>In questa articolata rete di offerta, il Pronto Soccorso in particolare riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi per i pazienti cronici e/o polipatologici. Di fatto rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale (il 50% dei ricoveri ordinari avviene a seguito di un accesso in PS) ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari. Proprio per le sue caratteristiche, il Pronto Soccorso oggi si caratterizza sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e di potenziale raccordo tra il sanitario e i servizi territoriali.</p> <p>Fondamentale sono le azioni individuate per la prevenzione delle ondate di calore e di prevenzione dei ricoveri impropri definiti per l'estate 2018 come sperimentazione di un sistema di intervento coordinato delle risorse sanitarie e sociali. In questa ottica si coinvolgeranno i firmatari dell'accordo sul riordino territoriale per veicolare ed attenzionare il numero maggiore di cittadini e di cittadine.</p>
Descrizione	<p>Risulta prioritaria la valorizzazione del ruolo del pronto soccorso come interfaccia tra ospedale e territorio in funzione di obiettivi quali l'appropriatezza nell'accesso al ricovero ospedaliero e l'efficacia dei percorsi clinici relativi sia alle condizioni tempo-dipendenti che alle patologie croniche. Oltre agli aspetti clinici si ritiene necessario porre attenzione ad aspetti di carattere organizzativo che presentano comunque un rilevante impatto sulla qualità e la sicurezza delle cure: la gestione dell'iperafflusso e del sovraffollamento, il triage, la funzione di osservazione breve intensiva (OBI) nonché i percorsi facilitati quali il fast-track o l'affidamento specialistico. La qualificazione del ruolo del PS si completa con lo sviluppo e l'implementazione di percorsi di gestione di specifiche situazioni di fragilità (ad es. vittime di violenza e abuso) sviluppando anche sinergie con il sociale ed il volontariato.</p>

Destinatari	Pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso il volontariato.
Azioni previste	<p>promuovere iniziative formative trasversali e dove pertinente (es. violenza e abuso) condivise con gli altri servizi della rete sanitaria e sociale del territorio;</p> <p>Per quanto riguarda i pazienti con grave disabilità fisica e/o intellettiva è in vigore una Istruzione Operativa del Presidio ospedaliero unico Ausl Bologna (IO 03 POUA) rivista nella maggio 2017 dal titolo: percorso di accesso agevolato a persona diversamente abile (D.A.M.A.) presso i Pronto Soccorso/Punti di Primo Intervento dell' Ausl Bologna; I contenuti della suddetta Istruzione Operativa possono essere applicati anche ai pazienti anziani fragili pluripatologici;</p> <p>Prevedere la presenza/disponibilità di infermiere del servizio di assistenza domiciliare e di assistente sociale che fungano da facilitatori per il percorso di rientro al domicilio del paziente già dall'estate 2017;</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Per tutte le azioni si prevede il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (servizi sanitari e sociali, enti locali ed altre istituzioni ove appropriato, associazioni di volontariato in particolare se impegnate nel contesto dell'emergenza-urgenza.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL di Bologna, ASCinsieme, Associazioni dei cittadini, Sindacati
Referenti dell'intervento	Gordini Giovanni
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

Riferimento scheda distrettuale: 35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare - COORDINAMENTO AUSL

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

Razionale	<p>Attraverso l'implementazione dei servizi di telemedicina: assicurare ai cittadini equità ed appropriatezza nell'accesso e fruizione dei servizi sanitari., garantire la presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche residenti in aree disagiate, contribuire allo sviluppo della cultura di autodeterminazione e monitoraggio da parte dei pazienti stessi</p> <p>contribuire al potenziamento di strumenti che facilitino l'integrazione tra professionisti.</p>
Descrizione	<p>Nel contesto del piano sociale e sociosanitario regionale l'ICT (Information and Communications Techno-logy) 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 Sa-lute di aree disagiate, nelle aree "ubicate ad una distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di primo livello". Nel dettaglio i Servizi di Telemedicina verranno erogati a favore dei pazienti residenti in tali aree e affetti da malattie croniche quali diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva e scompenso cardiaco. L'erogazione dei Servizi di Telemedicina 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.</p>
Destinatari	<p>Le fasi di implementazione saranno successive i destinatari in questa PRIMA fase saranno pazienti affetti da diabete, BPCO, scompenso cardiaco residenti nei comuni di Castel d'Aiano, Grizzana e Vergato.</p> <p>I professionisti e la Casa della salute di riferimento saranno quelli di VERGATO.</p>
Azioni previste	<p>Individuare all'interno della Casa della Salute interessata al Progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un Ambulatorio che dovrà avere specifiche caratteristiche strutturali/tecnologiche, possibilmente all'interno dell'ambulatorio infermieristico della gestione della cronicità; • Individuazione della popolazione target, ovvero l'identificazione dei pazienti affetti dalle patolo-gie croniche selezionate, residenti nelle aree ubicate indicativamente a distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di livello superiore; • il percorso funzionale e organizzativo relativo alla presa in carico e gestione del paziente cronico; • eventuale Ospedale o specialista di riferimento; <p>i criteri di priorità (definiti dall'equipe della CDS) per la dotazione dei dispositivi domiciliari ai pazienti.</p> <p>I dati monitorati nell'ambulatorio verranno poi inviati all'Ospedale di riferimento.</p>

	<p>I dati monitorati continuamente presso il domicilio di alcuni pazienti cronici verranno trasmessi tramite dispositivi medici loro assegnati, alla Casa della Salute e/o all'Ospedale di riferimento.</p> <p>Nell'ambito della Casa della Salute di Vergato è stato individuato il medico referente, l'infermiere coordinatore del progetto ed un medico internista di riferimento.</p> <p>Si stanno valutando, in accordo con i MMG, i casi potenzialmente candidabili alla presa in carico.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>A seguito dell'esperienza condotta in Appennino sarà possibile definire l'ampliamento dell'utilizzo della ICT per prendere in carico altri pazienti candidabili viste le condizioni orografiche del Distretto Reno Lavino Samoggia. L'identificazione e la selezione dei pazienti sarà effettuata con modalità integrate anche con il servizio sociale territoriale e per garantire una visione completa delle necessità e delle opportunità da offrire ai pazienti seguiti anche attraverso la TELEMEDICINA.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, ASC Insieme e Unione dei Comuni
Referenti dell'intervento	FINI ALESSANDRO (AUSL)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Riferimento scheda distrettuale: 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Reno, Lavino e Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	E;

Razionale	<p>I servizi di area sociale e sanitaria si confrontano oggi con una realtà complessa e fortemente mutata.</p> <p>La società si sta delineando in maniera diversa rispetto al passato: è caratterizzata dal carattere pluriculturale, da una nuova e diversificata composizione e organizzazione delle famiglie, da una crescente fragilità economica di molti nuclei, da nuove forme di povertà ed esclusione sociale, da difficoltà ad entrare (per chi è giovane) o a reinserirsi (per chi è più maturo o immigrato) nel contesto economico, dalla povertà materiale e relazionale di alcuni contesti, da patologie croniche e dalla multimorbilità.</p> <p>Occorre uscire dalla situazione di emergenza attraverso innovazione, ricambio generazionale, coordinamento fra servizi diversi, capacità di uscire dall'emergenza attraverso progettualità nuove che mettano insieme i diversi soggetti pubblici: sociale sanitario, scuola, comuni centri per l'impiego ecc e privati: no profit imprese fondazioni bancarie ecc</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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>
Descrizione	<p>Il Servizio Sociale territoriale ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale.</p> <p>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.</p> <p>Il Servizio Sociale Territoriale ha il compito di garantire l'ascolto dei cittadini, l'informazione e l'orientamento, sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi, attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale, promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere, favorire e sostenere politiche e interventi che riducano il grado di esposizione della popolazione a rischio di esclusione, di emarginazione e di disagio sociale, far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili che richiedono tempestività di intervento e nelle quali vi siano elementi di rischio e pregiudizio.</p> <p>L'Unione Reno Lavino e Samoggia attraverso la propria Azienda Speciale ASC InSieme, garantisce la presenza del SST su tutto il territorio distrettuale (la dimensione distrettuale per il distretto Reno Lavino e Samoggia caratterizza tutte le politiche sociali e socio sanitarie così da</p>

	<p>garantire unitarietà ed omogeneizzazione nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sociali e socio sanitari).</p> <p>Il Servizio sociale territoriale si sviluppa dunque in ambito distrettuale (distretto socio sanitario Reno Lavino e Samoggia), viene coordinato centralmente attraverso il servizio competente dell'Azienda speciale Asc Insieme e vede la presenza nei diversi territori di un team di assistenti sociali dedicato e di sportelli sociali</p> <p>Il cittadino può contattare qualsiasi Sportello Sociale del Distretto indipendentemente dal Comune di residenza per una prima informazione.</p> <p>Luoghi e orari di apertura, indirizzi e recapiti sono sempre reperibili e aggiornati al seguente link: http://www.ascinsieme.it/index.php/content/view/a3362c3a7v/luoghi-e-orari</p> <p>Team Assistenti sociali</p> <p>Presso ogni comune è presente un Team di assistenti sociali dedicati coordinati a livello centrale da coordinatrici e/o Responsabili di Area di Asc Insieme secondo il modello organizzativo dell'Azienda che vede i Servizi afferenti a diverse aree di competenza secondo il criterio prevalente dell'età anagrafica (tranne che per l'area disabilità): Area Minori e famiglie, Area Adulti e altre attività trasversali, Area Anziani e Area Disabilità.</p> <p>Ogni Area ha un Responsabile. Al momento le Aree Anziani e Disabilità hanno un unico Responsabile.</p> <p>Tutte le Aree, tranne quella Adulti, prevedono un coordinamento.</p> <p>Nell'area minori sono state individuate due coordinatrici, una per i territori di Casalecchio di Reno e Valsamoggia, l'altra per i Comuni di Monte S. Pietro, Sasso Marconi e Zola Predosa. Una coordinatrice a tempo pieno inoltre è stata individuata sia per l'Area Anziani che per l'area Disabilità. Un coordinamento ad hoc, inoltre, è previsto nell'unità operativa che si occupa specificamente di disagio abitativo (Servizio/attività trasversale "Albergo diffuso").</p> <p>Composizione Team assistenti sociali per territorio:</p> <p>Casalecchio di Reno Area Minori e Famiglie: 5 assistenti sociali Area Adulti e altre attività trasversali: 1 assistente sociale Area Anziani: 4 Assistenti sociali (di cui una impiegata al 50% nel coordinamento del Centro Diurno "Villa Magri") Area Disabilità: 1 Assistente Sociale.</p> <p>Monte San Pietro Area Minori e Famiglie: 1 assistente sociale Area Adulti e altre attività trasversali: 1 assistente sociale (18 ore settimanali) Area Anziani: 1 Assistente sociale (18 ore settimanali) Area Disabilità: 1 Assistente Sociale (18 ore settimanali).</p> <p>Sasso Marconi Area Minori e Famiglie: 2 assistenti sociali (di cui una impegnata al 50%) Area Adulti e altre attività trasversali: 1 assistente sociale (18 ore settimanali) Area Anziani: 2 Assistenti sociali (di cui una impiegata al 50% nel coordinamento del Centro Diurno "Il borgo del sasso" e una impegnata per 18 ore settimanali) Area Disabilità: 1 Assistente Sociale (18 ore settimanali).</p> <p>Valsamoggia Area Minori e Famiglie: 5 assistenti sociali Area Adulti e altre attività trasversali: 1 assistente sociale Area Anziani: 3 Assistenti sociali Area Disabilità: 1 Assistente Sociale.</p> <p>Zola Predosa Area Minori e Famiglie: 2 assistenti sociali Area Adulti e altre attività trasversali: 1 assistente sociale (18 ore settimanali) Area Anziani: 4 Assistenti sociali (di cui una impiegata nel coordinamento dei due centri diurni "Biagini" e "Fantoni" e una impiegata al 50%) Area Disabilità: 1 Assistente Sociale (18 ore settimanali).</p> <p>Totale Assistenti sociali previsti in pianta organica: 38 Totale posti coperti: 36 (è in corso bando di mobilità per la copertura dei due posti vacanti).</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>Si intende: - promuovere l'integrazione degli sportelli sociali con gli altri sportelli specialistici ed</p>

informativi a carattere tematico) sportelli sociali, urp dei comuni case della salute, centri per l'impiego ecc) mediante:

percorsi di formazione comune

incontri periodici e calendarizzati

creazione di canali per lo scambio continuo di informazioni

- promuovere il lavoro di rete come metodo per operare una più integrata accoglienza e presa in carico delle situazioni complesse:

potenziamento del metodo di lavoro in team fra professionisti del sociale del sanitario dei comuni dei centri per l'impiego

- sviluppare una maggiore integrazione con i servizi di area formativo/lavorativa e delle politiche abitative, per l'attuazione della L.R. 14/2015:

potenziamento del lavoro dell'equipe multidimensionale

potenziamento dei tirocini

individuazione migliori pratiche

rafforzare la rete territoriale informale di assistenza e monitoraggio

- rinforzare l'area dell'accoglienza attraverso la rete degli sportelli sociali anche per garantire la preavalutazione dell'accesso al SIA ed al RES e sostenere il lavoro necessario per attivare i Progetti di attivazione sociale ed inserimento lavorativo sottoscritti tra cittadini beneficiari e Servizi:

Proseguito progetto "Pon" (1 assistente sociale 1 educatore ed 1 amministrativo finanziati in aggiunta all'ordinario)

Aumento utenti con progetti Res e Sia

Potenziamento tirocini

Implementazione e allargamento dell'albo delle aziende inclusive

- sistematizzare la rete degli sportelli specialistici ed informativi a carattere tematico rivolti alla cittadinanza straniera (ad.es. su protezioni internazionali, cittadinanza, ricongiungimenti, ecc.), anche coinvolgendo i competenti uffici periferici dello Stato e supportandone il raccordo con il sistema complessivo dei servizi di welfare e con analoghi sportelli attivati dal terzo settore e da altri organismi (patronati, organizzazioni sindacali e datoriali, ecc.):

tavolo di raccordo fra i gestori di strutture per migranti sul territorio

formazione specifica per gli sportelli sociali

in coordinamento con i comuni laddove il tema è maggiormente sentito attivazione consultazioni specifiche e sportelli

- attivare sempre di più la co-costruzione dei percorsi assistenziali con gli altri servizi coinvolti, le famiglie e i diretti destinatari degli interventi:

attivazione del rinnovato Centro per le Famiglie in Unione

lavoro permanente dei tavoli tematici e del tavolo del welfare

- prevedere razionalizzazioni organizzative che consentano di semplificare la fase valutativa anche laddove questa sia svolta da unità multidimensionali:

analisi dei percorsi per arrivare all'individuazione del miglior percorso possibile

- 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:

potenziamento delle attività di prevenzione: educativa di strada, lavoro del Centro per le Famiglie, iniziative presso le scuole

individuazione di percorsi nei confronti delle persone fragili (es Ondate di calore) anche in collaborazione con le locali associazioni di volontariato

lavoro permanente del tavolo povertà

-Valorizzazione della forza lavoro pubblica con il coinvolgimento attivo della rappresentanza sociale.

- diffusione capillare del SST anche avvalendosi di collaborazioni con altri Servizi e con possibile diffusione di punti di accoglienza presso altre sedi come le Case della Salute:

collocazione degli sportelli sociali presso le case della salute o in alternativa laddove non possibile individuazione di un metodo di lavoro integrato con scambi di esperienze,

	<p>suggerimenti e codifica di percorsi fra professionisti del sanitario e professionisti del sociale che permetta al cittadino una presa in carico globale</p> <ul style="list-style-type: none">- svolgere, con il coinvolgimento di ANCI, un'attività di ascolto, confronto e scambio di esperienze costante tramite il Coordinamento regionale dei SST anche attraverso coordinamenti tematici che meglio affrontino specifiche aree di lavoro del Servizio sociale: <p>partecipazione ai tavoli Anci</p> <ul style="list-style-type: none">- attivare percorsi formativi per gli operatori degli sportelli sociali e per gli altri operatori del SST i cui temi saranno oggetto di definizione in accordo con il <p>Coordinamento regionale:</p> <p>definizione Piano di formazione annuale</p> <p>partecipazione alle formazioni regionali sul tema sportelli</p> <ul style="list-style-type: none">- sviluppare un sistema di monitoraggio della presa in carico (tempi e modalità): <p>sviluppo di un questionario sulla qualità percepita sul lavoro degli sportelli sociali</p> <p>monitoraggio dei tempi della presa in carico con individuazione tempi standard per alcune casistiche</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Collaborazione del SST 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.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Reno, Lavino e Samoggia; ASC InSieme; AUSL Distretto Reno, Lavino e Samoggia; Centro servizi per l'impiego; Comuni
Referenti dell'intervento	Cati La Monica (Unione Reno, Lavino e Samoggia); Cira Solimene (ASC Insieme)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 80.000,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **37.864,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **42.136,00 €**

Indicatori locali: 0

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 regionale

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

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Reno, Lavino e Samoggia
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>I servizi segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano contemporaneamente problematiche sia sociali sia psicopatologiche e necessitano di risposte complesse dell'intera rete dei servizi posta a protezione delle nuove generazioni. Si tratta di minorenni in difficoltà, ed in particolare coloro che hanno subito forme di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, allontanati dalla famiglia, in stato di abbandono, inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale, che presentano disagio psichico e/o fisico, anche in ragione dei traumi subiti, ecc.</p> <p>Negli ultimi anni sono state approvate diverse delibere regionali finalizzate a qualificare e regolamentare in modo omogeneo la tematica, in particolare la direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la D.G.R. n. 1904/2011 e ss.mm), le Linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013), la delibera per la ridefinizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014). In tutti questi dispositivi normativi è evidenziata la necessità di intervenire in modo appropriato attraverso una presa in carico tempestiva ed integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari appartenenti ad istituzioni differenti.</p> <p>Dal monitoraggio effettuato in questi anni circa l'applicazione di suddetti dispositivi normativi emerge la necessità, dalla prima sperimentazione, di dare completa applicazione alle norme, rivisitando l'accordo sottoscritto nel ns Distretto nel 2012 e approvato in CTSS, mettendo a punto la metodologia del lavoro integrato, la condivisione degli strumenti di valutazione e la co-progettazione.</p>
Descrizione	<p>I bambini e ragazzi che a livello regionale si trovano in affidamento a tempo pieno e in comunità residenziale senza la presenza della madre al 31 dicembre 2014 sono 2.569, pari a 3,6 ogni mille residenti minorenni (ultimi dati disponibili del flusso informativo SISAM-ER, che raccoglie i dati di attività dei servizi sociali territoriali degli Enti Locali).</p> <p>Nel ns distretto al 31/12/2014 i minori in affido familiare erano 25; i minori soli in comunità erano 33.</p> <p>Le ragioni del collocamento protetto sono legate a gravi incapacità o inadeguatezza nello svolgimento delle funzioni protettive e di cura da parte del nucleo di origine e/o del contesto familiare e sociale allargato, come ad esempio nelle situazioni di minori vittime di violenza domestica, maltrattamento e abuso, grave trascuratezza, fino ad arrivare a situazioni estreme di "abbandono". Il numero è influenzato dalla componente dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) che meritano un'attenzione particolare. Si tratta principalmente di</p>

	<p>adolescenti di 14-17 anni, prevalentemente ragazzi prossimi alla maggiore età. Per molti neomaggiorenni l'esperienza di accoglienza educativa non ha consentito il completamento di un percorso verso l'autonomia. La nuova condizione giuridica di maggior età spesso comporta una interruzione degli interventi ma non corrisponde ad un reale esercizio di autonomia psichica, economica, sociale, relazionale. Tutto ciò espone i ragazzi ad un maggior rischio di vulnerabilità psico-sociale e di traiettorie disadattive.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Bambini e ragazzi che si trovano in situazione di disagio grave e vulnerabilità, minori che vivono in contesti familiari disfunzionali e multiproblematici e per questo a rischio evolutivo.</p> <p>Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione.</p> <p>Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura.</p> <p>Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.</p>
<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - consolidare e monitorare i percorsi specifici delineati dalla normativa per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono un'intensità di cura,tempestività e alta specializzazione. - proseguimento nell'utilizzo di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multi professionali (èquipe territoriali e UVM distrettuale), per la valutazione e la presa in carico, tra Servizi Sociali, Educativi, Sanitari (psicologi del DCP, NPIA, CSM, SerDP, PDL, MMG, Ospedale, sistema di accoglienza (Comunità educative, Famiglie Affidatarie, volontariato, ecc.); - proseguimento e consolidamento del lavoro integrato con l'equipe di II° livello per l'Adozione, l'Affido e l'Accoglienza (AAA) garantendo sostegno alle diverse e complesse forme di genitorialità e tutela dei minori "accolti" che sempre di più necessitano di particolare cura e attenzione in quanto portatori di vissuti traumatici ; - partecipazione dell'equipe psicosociale AAA alle equipe territoriali e alle UVM dedicate a situazioni di minori che necessitano di progetti di affido familiare, nell'ottica di una analisi e valutazione "integrata" della condizione di rischio e pregiudizio del minore stesso e di una progettualità condivisa e partecipata ai fini degli interventi da attuare; - Monitorare l'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta all'evoluzione dei bisogni. - Monitorare le sperimentazioni di committenza socio-sanitaria-educativa interistituzionale integrata, anche avvalendosi di strumenti gestionali ed amministrativi comuni. - partecipare al coordinamento della committenza a livello delle CTSS attraverso i coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19). - attuare un monitoraggio degli interventi attivati per raccogliere dati di processo e di esito, al fine di valutare la loro efficacia all'interno del sistema dei servizi. - promuovere la formazione di base e specialistica a livello delle singole professioni e del sistema dei servizi per facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro di rete in un'ottica di alta integrazione ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo in modo da garantire risposte appropriate e sinergiche in situazioni ad alta complessità. - Mantenimento del contributo della NPIA con consulenze specifiche alla valutazione e trattamento dei MSNA che presentino crisi psicopatologiche. E' utilizzabile anche per i minori del ns distretto una consulenza specifica per le patologie di natura transculturale. I gruppi di lavoro interservizi si propongono di migliorare la cooperazione fra i diversi attori e di contribuire ad affrontare le criticità che il sistema di accoglienza ancora presenta. - Sperimentare approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscano un loro protagonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie, (es. Programma Ministeriale di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione P.I.P.P.I., Modello dialogico, Family Group Conference, Famiglie aiutano Famiglie, ecc.). - Promuovere azioni di supporto e/o implementazione del protagonismo dei neomaggiorenni (Care Leavers Network), azioni a supporto dei bisogni di autonomia in collaborazione con i servizi territoriali, con il privato sociale e il volontariato - sostenere l'attività del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza nel promuovere il Tutore volontario (legge 47 del 7 aprile 2017), che oltre ad essere riferimento e sostegno nell'autonomia del MSNA, può essere ulteriore elemento di continuità nell'accompagnamento negli anni successivi ai 18. - partecipare al percorso metropolitano di definizione dell'ufficio tutele metropolitano.

	<p>- adesione al percorso di "costruzione" di un Albo di strutture qualificate per minori che rispondono a criteri di qualità predeterminati.</p> <p>- promuovere azioni di raccordo con il rinnovato Centro per le famiglie dell'Unione e con il Coordinamento pedagogico per l'attivazione di progetti mirati all'accoglienza sia all'interno dei servizi educativi della prima infanzia sia in attività di socializzazione e di integrazione sociale nei territori comunali dell'Unione.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>- collaborazione tra i diversi soggetti, pubblici e privati, che compongono la rete di tutela, protezione e accoglienza, nell'analisi del bisogno e nella programmazione di obiettivi di miglioramento del sistema;</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Unione Reno, Lavino e Samoggia; ASC InSieme; AUSL Distretto Reno, Lavino e Samoggia; NPIA; Coordinamento pedagogico</p>
Referenti dell'intervento	<p>Cristina Vignali (ASC InSieme) Giovanni Amodio (Coordinamento pedagogico e Centro per le famiglie) Giovanna Manai(AUSL Distretto Reno, lavino e Samoggia)</p>
Risorse non finanziarie	<p>Spazi da comuni e azienda sanitaria</p>

Totale preventivo 2018: € 121.430,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **30.021,42 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **33.408,58 €**
- Altri fondi statali/pubblici (MSNA Prefettura): **58.000,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: 38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali - COORDINAMENTO AUSL

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

Razionale	<p>La prevenzione delle malattie infettive costituisce uno dei principali obiettivi di Sanità Pubblica. Le vaccinazioni rappresentano una eccezionale scoperta che ha cambiato il volto della storia della medicina, tanto che in un editoriale del British Medical Journal veniva affermato che le vaccinazioni contro le malattie infettive probabilmente hanno salvato più vite umane di qualsiasi altro intervento di Sanità Pubblica, esclusa l'introduzione dell'acqua potabile. Per questo la vaccinazione rappresenta l'intervento di prevenzione primaria per molte malattie infettive di maggiore efficacia specie nei confronti dei bambini e dei soggetti più fragili oltre ad essere considerato uno degli interventi sanitari più costo efficaci in grado di agire in modo positivo sulla salute del singolo e della comunità. Tuttavia, non essendo più visibili le patologie che sono state debellate o sensibilmente ridotte attraverso la pratica vaccinale, è diminuita la percezione della loro importanza, mentre vengono amplificati dal web messaggi allarmanti e preoccupanti sull'utilizzo dei vaccini oltre ad essere diffuse notizie prive di fondamenti scientifici senza tener conto che sono sempre maggiori i progressi tecnologici e scientifici che permettono di incrementare la gamma di vaccini a disposizione e di garantirne la sicurezza. In ragione di quanto sopra negli ultimi anni si è registrato un significativo calo delle adesioni ai programmi vaccinali con una conseguente diminuzione delle coperture vaccinali al di sotto dei valori percentuali che, secondo quanto riportato in letteratura scientifica, garantiscono la miglior protezione a tutta la popolazione. Un esito importante in termini di sanità pubblica di questa condizione di bassa copertura vaccinale è l'osservazione di epidemie nella popolazione quali quella da morbillo e da epatite A. Sulla base di queste evidenze, tenendo conto di quanto indicato nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) approvato il 19 gennaio 2017 in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, a partire dalla Regione Emilia Romagna (legge regionale n. 19/2016) e poi a livello nazionale (legge n. 119 del 31 luglio 2017) sono state emanate norme che prevedono l'obbligo della vaccinazione ad un numero maggiore di vaccinazioni e alla fascia di età 0-16 anni. Resta comunque fondamentale il coinvolgimento di molte istituzioni (ad esempio Conferenza Territoriale Socio Sanitaria, Amministrazioni Comunali, Ufficio Scolastico Regionale/Provinciale ed i singoli Istituti Scolastici) e dell'intera comunità nella promozione delle vaccinazioni attraverso lo sviluppo di interventi informativi e comunicativi coerenti con le evidenze scientifiche nonché azioni miglioramento qualitativo dei servizi istituzionali e relativa facilitazione all'accesso.</p>
Descrizione	<p>Seguendo quanto indicato dalla Regione Emilia Romagna in termini di recepimento del PNPV 2017-2019, l'Azienda USL di Bologna ha adottato un piano di implementazione del calendario vaccinale che ha visto la stretta collaborazione tra i servizi di Pediatria di Comunità e quelli di Igiene Pubblica (UOS Profilassi Malattie Infettive). I vaccini previsti nel nuovo Piano Vaccinale sono stati ricompresi nei nuovi LEA approvati all'inizio del 2017 e rappresentano in questo senso un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età</p>

	<p>previste dal piano stesso. L'Azienda USL di Bologna come anche il livello regionale ha l'obiettivo di adottare le migliori strategie vaccinali al fine di garantire l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità che prevede la disponibilità di professionisti sanitari di dimostrata competenza nella somministrazione corretta dei vaccini in soggetti di differenti classi di età e con diverse condizioni anagrafe e di salute (bambini, adolescenti, adulti sani, donne in gravidanza, soggetti portatori di patologie a rischio, anziani) e l'adozione di elevati profili di sicurezza. In risposta a ciò si ritiene necessario riorganizzare i servizi offerti ed integrare maggiormente la rete vaccinale aziendale afferente ai Dipartimenti di Cure Primarie (DCP) e Sanità Pubblica (DSP) al fine di raggiungere obiettivi specifici quali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mantenere la qualità e la sicurezza assistenziale; 2) facilitare l'accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ecc.) 3) saper comunicare e far comprendere l'importanza della vaccinazione per il singolo e la comunità attraverso specifici piani di comunicazione e informazione nei confronti della cittadinanza con l'intenzione di coinvolgere il paziente nelle scelte; 4) innalzare la copertura vaccinale; 5) organizzare attività di formazione rivolta agli operatori sanitari oltre che aumentare la loro adesione alle vaccinazioni; 6) perseguire la pro-attività degli interventi e la ricerca delle necessità non espresse, 7) ottimizzare le risorse; 8) sviluppare reti professionali integrate; 9) favorire l'autonomia professionale; 10) rispondere a quanto indicato dalla recente normativa in termini di vaccinazione (adozione nuovo calendario vaccinale che ha previsto nel 2017, tra l'altro, l'introduzione delle vaccinazioni contro la varicella ed il meningococco B in età pediatrica, il rotavirus ai neonati con fattori di rischio, la pertosse negli adulti e nelle donne in gravidanza, lo pneumococco alla coorte dei 65enni, il papilloma virus ai maschi dodicenni. Sono inoltre previste nel corso del 2018 l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati, l'introduzione del quinto richiamo alla poliomielite insieme a difto-tetanopertosse acellulare nell'adolescente e la vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni).
<p style="text-align: center;">Destinatari</p>	<p>Tutta la popolazione, con particolare riguardo alla fascia di età pediatrica e a quella anziana, alle persone più fragili per la presenza di patologie croniche o condizioni di salute particolari.</p>
<p style="text-align: center;">Azioni previste</p>	<p>Al fine di raggiungere gli obiettivi di cui sopra si indicano le azioni da perseguire:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) incremento delle sedute vaccinali e revisione tempistica dell'offerta vaccinale; 2) ridefinizione degli accordi con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta; 3) pianificazione e realizzazione momenti di aggiornamento per MMG, PLS, Medici competenti, Medici Specialisti e operatori sanitari che svolgono servizio presso consultori familiari, centri dialisi, servizi di pneumotisiologia, pronto soccorso, infettivologia, ecc.); 4) aggiornamento dei fondi necessari per l'acquisizione dei vaccini in risposta alle esigenze di adeguamento al nuovo Piano Vaccini; 5) riorganizzazione della rete dei servizi con identificazione di sette Centri Hub vaccinali in cui vengono concentrate attività di vaccinazione ed operatori con professionalità differenti (Pediatri, Igienisti, Assistenti Sanitari, Infermieri) e rimodulazione dei punti di erogazione periferici. Nel Distretto Reno Lavino SAMoggia il centro hub è definito presso la Casa della salute Reno Sasso con sede a Casalecchio di Reno 6) orientamento e sviluppo di servizi informatici al fine di migliorare il sistema di monitoraggio e di sorveglianza delle attività vaccinali; 7) arricchimento dell'offerta formativa per i cittadini che frequentano i corsi pre-natale; 8) attività di counseling motivazionale su esitanti e inadempienti oltre che in occasione di colloqui per viaggi all'estero; 9) attività di comunicazione attraverso vari strumenti mediatici tra cui i social con particolare attenzione a criteri di equità (informative in lingua urdù, araba, cinese, francese, spagnolo, inglese); 10) azioni specifiche nei confronti dei migranti (offerta attiva vaccini epatite B, tetano, varicella) e sottogruppi di popolazione ad alto rischio (soggetti disagiati, soggetti fragili, omosessuali o con comportamenti a rischio); 11) interventi di promozione delle vaccinazioni negli operatori sanitari.
<p>Eventuali interventi/Politiche</p>	<p>Sviluppo di politiche integrate con:</p>

integrate collegate	a) le amministrazioni comunali (ad esempio cogestione delle lettere a nuovi nati, realizzazione di corsi condivisi con la consulenza di professionisti dell'Azienda USL cogestite, ecc.); b) l'ufficio scolastico regionale e provinciale oltre che con i singoli istituti (realizzazione e distribuzione di strumenti informativi, definizione di strumenti per il monitoraggio delle coperture vaccinali nelle scuole, ecc.); c) la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria (realizzazione di strumenti pianificatori condivisi e partecipati).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AZIENDA: Regione Emilia Romagna, Conferenza Territoriale Socio Sanitaria, Amministrazioni Comunali (assessorati alla sanità ed alle politiche sociali), Ufficio Scolastico Regionale, Ufficio Scolastico Provinciale, Istituti Scolastici, Associazioni di citt
Referenti dell'intervento	Pandolfi Paolo
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: Realizzazione del centro hub distrettuale

Descrizione: Realizzazione del centro hub distrettuale

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Avvio presso la Casa della salute Reno Sasso con sede a Casalecchio di reno
- **Obiettivo 2019:** consolidamento
- **Obiettivo 2020:** consolidamento

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

Riferimento scheda regionale

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

Razionale	<p>Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili.</p> <p>Il Fondo regionale è costituito da una quota di FSR e da una quota proveniente dall'addizionale regionale ed ha natura strutturale, il Fondo regionale è integrato dal FNA.</p> <p>L'istituzione del Fondo aveva come obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consolidare e qualificare i servizi storici esistenti; • garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarità; • garantire l'equità di accesso ai cittadini; • garantire equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi. <p>Il governo istituzionale del Fondo (la programmazione congiunta Regione\Enti Locali\ AUSL), la definizione dell'importante ruolo dei Comuni all'interno dei Distretti, la Programmazione Distrettuale finanziata dal riparto distrettuale costituisce il processo virtuoso attraverso il quale si consolida l'integrazione socio-sanitaria, nasce e si afferma la programmazione e la gestione associata dei servizi sociosanitari, si arricchisce la gamma degli interventi secondo i fabbisogni territoriali.</p> <p>Il processo di accreditamento di alcuni servizi determina un sistema di regole e requisiti organizzativi volti a dare trasparenza e omogeneità alla spesa, condizioni di qualità ai servizi, maggiore equità nel sistema di compartecipazione dei cittadini. La qualificazione dei profili professionali del lavoro di cura e le condizioni di accreditamento determinano un ambiente più stabile e più favorevole all'investimento professionale.</p> <p>Dal 2007 ad oggi il sistema FRNA che possiamo considerare una politica integrata e matura della Regione ha subito le fasi alterne dei finanziamenti statali alle quali la Regione ha supplito con risorse proprie consentendo una sostanziale costanza di risorse che, stante la crisi e le varie spending, possiamo considerare un importante risultato. Ma non v'è dubbio che l'analisi che aveva determinato la nascita del FRNA non solo è tuttora valida, semmai si è decisamente confermata: tutti i dati demografici attuali ci disegnano una regione a forte invecchiamento e con una struttura familiare sempre meno numerosa e una forte fascia di popolazione anziana che vive sola. All'aumento del fabbisogno si renderà necessario un adeguamento del Fondo.</p> <p>In questi anni la presenza del Fondo ha consentito di mettere in campo processi che hanno promosso lo sviluppo della rete dei servizi a livello regionale e di migliorare l'equità di accesso e di partecipazione al costo dei servizi per i cittadini, in un quadro di aumento della qualità dei servizi stessi e di espansione di nuove forme di servizio.</p> <p>Nei prossimi anni è necessario prevedere una ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, anche per raggiungere una maggiore omogeneità nell'erogazione in tutto il territorio, anche attraverso proposte innovative che riguardano sia gli attuali servizi che nuove opportunità di tutela. Il Fondo Regionale ha operato, in questi anni, in anticipazione rispetto ad una legge nazionale, che riteniamo necessaria, per rendere esigibili i diritti sociali attraverso la definizione dei LEPS, in tutto il Paese.</p> <p>Risorse destinate alla non autosufficienza - Frna e Fna</p>
------------------	--

	<p>La programmazione economica è da intendersi linea di indirizzo di utilizzo delle risorse in quanto le risorse regionali e nazionali non sono ancora state comunicate.</p> <p>La programmazione tiene conto di quanto comunicato in sede di CTSS Cabina di Regia, in attesa della destinazione puntuale dei fondi</p> <p>Si è infine tenuto inoltre conto dello stanziamento a valere sulla legge sul "Dopo di noi" 1/12/2016 e di quelli previsti a valere sulla legge " Vita indipendente" Dgr 156/2018 della Regione</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Dal 2007 ad oggi sono intervenuti molti cambiamenti, ben descritti nello scenario socio-demografico ed economico alla base del nuovo PSSR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'andamento demografico e l'invecchiamento della popolazione; • la struttura della famiglia che si riduce; • la fragilità delle famiglie e la povertà che cresce; • il crescente disagio abitativo; • le nuove cronicità. <p>Da qui la necessità, per evitare il rischio di non essere in grado di rispondere ai bisogni, di uno sforzo di riprogettazione del sistema di welfare, che, ferma restando l'esigenza di consolidare, estendere, integrare il sistema dei servizi, punti ad una profonda innovazione sociale, per mettere in campo nuove risorse e nuove modalità di presa in carico delle persone.</p> <p>I principi ai quali ancorare l'innovazione: universalismo, governo del pubblico, valorizzazione del lavoro di cura, migliore integrazione socio-sanitaria, partecipazione attiva e diffusa di cittadini singoli o associati.</p> <p>In particolare sui disabili, a fronte di un invecchiamento degli utenti inseriti nei servizi residenziali e semiresidenziali e nei laboratori protetti, si rende forte la necessità di innovare e sperimentare nuove strade per permettere anche ai disabili minori e alle persone con disabilità acquisita di inserirsi man mano nella rete dei servizi.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Persone con gravissime gravità acquisite</p> <p>Persone con disabilità</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>DOMICILIARITA' e PERCORSI VERSO L' AUTONOMIA</p> <p>Dopo di noi: nuove modalità di progettazione degli interventi di uscita dal nucleo familiare di riferimento</p> <p>Azioni specifiche di sperimentazione di autonomie abitative: appartamento a Sasso Marconi - Casa fra le Nuvole - Fondazione Dopo di Noi, altri progetti appositamente presentati e da valutare</p> <p>Potenziamento Week end di sollievo</p> <p>Formazione ed informazione sugli strumenti previsti dalla legge dopo di noi</p> <p>Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza. La personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il fulcro intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.</p> <p>Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede l'accesso alla rete Socio Sanitaria sia accreditata sia non:</p> <p>ASSISTENZA DOMICILIARE Integrata socio Assistenziale e socio educativa(ASSDI):</p> <p>Per assistenza domiciliare si intendono tutti gli interventi di assistenza socio-sanitaria ed educativa a supporto dei progetti di vita indipendente di persone con disabilità.</p> <p>STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI : Centri Socio Riabilitativi diurni (CSRDI)</p> <p>Centri diurni: I Centri diurni sono strutture socio-sanitarie destinate a persone con disabilità. Le attività che vi si svolgono hanno l'obiettivo di far acquisire e di potenziare le autonomie individuali, sia di tipo cognitivo che relazionale, in un'ottica di integrazione sociale territoriale.</p> <p>Si rimanda al fabbisogno allegato per quanto riguarda i posti accreditati</p> <p>Laboratori protetti: I Laboratori di transizione al lavoro sono un Servizio diurno rivolto a persone con disabilità medio-lieve nei quali si svolgono attività manuali varie, sia di tipo creativo che di tipo produttivo. La loro finalità è principalmente educativa, formativa e di avviamento al lavoro.</p> <p>STRUTTURE RESIDENZIALI : Centri Socio Riabilitativi Residenziali (CRSS)</p> <p>Residenze: Per residenze si intendono le strutture residenziali per persone con disabilità medio-grave per le quali è garantito un alto livello assistenziale e prestazioni socio-sanitarie specifiche.</p>

	<p>Si rimanda al fabbisogno allegato per quanto riguarda i posti accreditati</p> <p>Gruppi appartamento: I Gruppi appartamento sono strutture residenziali per persone con disabilità medio-lieve, caratterizzate da una gestione leggera e molto autonoma e con una presenza assistenziale ed educativa mediamente limitata.</p> <p>ATTIVITA' SUL TEMPO LIBERO</p> <p>Per tempo libero si intendono tutte quelle attività educative, individuali o di gruppo, finalizzate al potenziamento delle autonomie personali e all'integrazione sociale di persone con disabilità: interventi educativi, Servizio di Aiuto alla persona, attività sportive ecc.</p> <p>AZIONI DI MONITORAGGIO E PROGRAMMAZIONE</p> <p>Promuovere un metodo di confronto permanente sull'utilizzo del FRNA: risorse, compartecipazione, strumenti di gestione.</p> <p>Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate la progettazione distrettuale prevede tra l'altro:</p> <p>Il confronto tecnico permanente a livello distrettuale tra Servizio Sociale Associato dell'Unione dei Comuni, ASC InSieme e AUSL permette una condivisione, a partire dall'analisi dei bisogni, della programmazione dei servizi socio sanitari, ponendo particolare attenzione all'innovazione e alla sostenibilità economica delle diverse fonti di finanziamento.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche educative formative scolastiche - politiche sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASL - ASC - Famiglie - Associazioni familiari disabili - Terzo settore Sindacati.
Referenti dell'intervento	Giovanan Manai Michele Peri
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 5.190.869,77

- FRNA: **4.745.273,00 €**

- FNNA: **445.596,77 €**

Indicatori locali: 0

41 Gestione associata servizi sociali e socio sanitari - Governance - Unione e Asc Insieme

Riferimento scheda regionale

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

Razionale	<p>I servizi sociali e socio sanitari sono stati conferiti dai 5 Comuni del Distretto socio sanitario Reno Lavino e Samoggia: Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, sasso Marconi, Monte San Pietro, Zola Predosa, Valsamoggia dal 1 Aprile 2015 all'Unione Reno Lavino e Samoggia. Presso l'Unione è presente il Servizio sociale associato composto dall'Ufficio Sociale e dall'UDP. I servizi sono gestiti tramite l'azienda speciale dell'unione Asc Insieme (l'azienda si è trasformata dal 1 Gennaio 2016 da azienda consortile dei 5 comuni ad azienda speciale dell'Unione).</p> <p>La presente scheda dettaglia l'organizzazione e i servizi sociali e socio sanitari non contenuti nelle altre schede tematiche o innovative erogati tramite asc insieme e finanziati da risorse dei 5 comuni.</p>
Descrizione	<p>Dal 1 Aprile 2015 la gestione dei servizi sociali e socio sanitari dei 5 comuni del Distretto avviene su programmazione dell'Unione e gestione da parte dell'azienda Speciale Asc Insieme. Si allegano Convenzione per il conferimento all'Unione dei servizi , Atto costitutivo e Statuto di Asc Insieme. Contratto di servizio fra Unione ed Asc Insieme.</p> <p>L'Unione si è dotata di un ufficio sovra comunale : Servizio Sociale Associato che al suo interno vede la presenza dell'Ufficio sociale che cura i temi più contabile amministrativo e i procedimenti di accreditamento delle strutture residenziali e semi residenziali (oltre Ad) per disabili ed anziani e dell'Ufficio di Piano che cura la programmazione dei servizi e il coordinamento fra i vari soggetti pubblico privati. Il Comitato di Distretto coincide con la Giunta dell'Unione. i bilanci preventivi e consuntivi di Asc Insieme vengono approvati dagli organi dell'Unione (Consiglio e Giunta) . Asc Insieme nell'ambito delle linee definite in tali atti o in atti regolamentari ha ampia autonomia gestionale ed opera mediante le decisioni del Cda e della Direttrice dell'azienda sulla base di quanto previsto dallo Statuto. La gestione associata ha permesso negli anni di omogeneizzare sempre più i servizi sull'intero ambito distrettuale.</p>
Destinatari	Multiutenza: Adulti, Famiglie e minori, Persone non autosufficienti
Azioni previste	<p>Il Bilancio e il rendiconto di ASC Insieme sono approvati dal Consiglio dell'Unione così come tutti gli atti di regolamentazione generale. Asc Insieme agisce sulla base delle linee di indirizzo dell'Unione in piena autonomia gestionale attraverso i propri organi: Cda e Direttrice.</p> <p>E'attivo anche un luogo di confronto fra Comuni Unione asl asc insieme: il Forum socio sanitario. All'interno del Forum vengono analizzati i temi del sociale e del socio sanitario, promossa l'omogeneità su ambito distrettuale dei servizi e in generale fornite proposte per la Giunta e il Consiglio dell'Unione.</p> <p>Il Comitato di Distretto coincide con la Giunta dell'Unione.</p> <p>Per quanto riguarda il dettaglio delle azioni previste per il 2018 si rimanda a quanto descritto con precisione sull'apposita sezione del sito dell'Unione e di Asc Insieme:https://www.unionerenolaviniosamoggia.bo.it/index.php/ascinsieme e nel Documento Piano programma di Asc Insieme 2018 che viene allegato alla presente scheda.</p>

	I servizi vengono erogati da Asc Insieme in tre aree tematiche: Area non autosufficienza - Area famiglia e minori - Area adulti La presente scheda contiene nella sezione economica la parte dei servizi finanziata dai comuni e non contenuta nelle altre schede specifiche.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie - educative formative scolastiche - politiche giovanili e dell'adolescenza
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Regione Emilia Romagna - Città metropolitana - Comuni - Terzo settore - Sindacati - Prefettura - Ministeri diversi - cittadini
Referenti dell'intervento	Cati La Monica - Dirigente del servizio sociale Cira Solimene - Direttrice Asc Insieme
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 10.698.667,31 (esclusa compartecipazione utenti: € 9.329.518,41)

- Compartecipazione utenti: **1.369.148,90 €**
- Altri fondi regionali (*Fondi R-ER - interventi Bassa soglia*): **52.428,00 €**
- Monte San Pietro: **682.237,49 €**
- Sasso Marconi: **1.024.160,92 €**
- Valsamoggia: **2.575.627,23 €**
- Zola Predosa: **1.635.502,02 €**
- Comune di Casalecchio di Reno: **3.359.562,75 €**

Indicatori locali: 0

Indicatori a compilazione distrettuale - Allegato A.1.c

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1										
2	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
3	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	6	31/12/2017	Almeno 6	almeno 8	Almeno 10	
4	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	3.2.A Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numerico	non definibile		non definibile	non definibile	non definibile	
5	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale		31/12/2017	Progetto prevenzione ricoveri inappropriati, prevenzione ondate di calore	Progetto presa in carico integrata dei pazienti fragili in sinergia con associazioni e organizzazioni di volontariato presenti sul territorio	consolidamento procedure operative	
6	4 Budget di salute	Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	4.2 Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Testuale	Competenze professionali degli assistenti sociali nella composizione di tutte le opportunità a supporto del progetto personalizzato di natura economica sulla base requisiti normativa nazionale regionale (misure di contrasto alla povertà) ma anche di relaz	31/12/2017	euro 618000 AUSL			
7	4 Budget di salute	Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	4.5 (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	S N	S	31/12/2017		Evidenza pianificazione		2018- avvio gruppo di lavoro interistituzionale per avviare formazione e programmazione 2019-Definizione pre-requisiti e, processo, e avvio sperimentazioni con BDS come strumento dell' UVM 2020-Esiti sperimentazione

Indicatori a compilazione distrettuale - Allegato A.1.c

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
2	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	5.1.A Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	S N	S	31/12/2017	S	S	S	per ogni anno almeno 7 Associazioni dei pazienti affetti da Parkinson per la qualificazione e valutazione di un gruppo di sostegno, la CRI, Auser ed alcune parrocchie per la realizzazione di un meeting Center a MSP, il Centro sociale Baiesi e Auser per la prosecuzione di un gruppo di sostegno a Castello di Serravalle, il Circolo dei mortali per una formazione sull'elaborazione del lutto
9	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	6	31/12/2016	Almeno 8	Almeno 8	Almeno 8	
10	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	N	31/12/2017	Almeno 1	Almeno 3	Almeno 3	
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	N.	31/12/2017	Almeno 1	Almeno 1	Almeno 2	
12	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	2	31/12/2016	Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2	
13	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	Numerico	5	31/12/2017	Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2 per ogni anno rispetto alla situazione di partenza
14	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi domiciliari in abitazioni per il Dopo di Noi art. 5 lettera b) DM 23.11.2018	6.2.B N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2017	Numerico	13	31/12/2017	Almeno 6	Almeno 6	Almeno 6	per ogni anno si prevede un aumento di 6
15	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie programmi di abilitazione e sviluppo competenze art. 5 lettera c) DM 23.11.2019	6.2.C N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2018	Numerico	N	31/12/2017	Almeno 3	Almeno 3	Almeno 3	tirocinii finalizzati all' inclusione sociale , all'autonomia delle persone e alla riabilitazione
16	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2020	6.2.D N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2019	Numerico	4	31/12/2017	Almeno 4	Almeno 4	Almeno 4	
17	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2021	6.2.E N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2020	Numerico	4	31/12/2017	4	4	4	in via residuale , interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra familiare

Indicatori a compilazione distrettuale - Allegato A.1.c

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
2	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
18	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	Definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014	6.3 N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti	S N	S	31/12/2017				Progetto SOSTENIAMO IL SOSTEGNO: - N. 1 incontro consulenza legale gli amministratori di sostegno, volontari sul tema della rappresentanza dei diritti dei piu' deboli; - N. 1 incontro con i professionisti di Sostegno rivolto anche agli operatori
19	8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	N. enti di Terzo settore coinvolti in percorsi di umanizzazione, promozione del benessere in carcere e di reinserimento sociale e lavorativo	8.6 N. enti di Terzo settore coinvolti	Numerico	non significativo					
20	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	non significativo					
21	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S N	non significativo					
22	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	12.4.B N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	S N	S	31/12/2017	S	S	S	N Posti nel 2018 238 N.posti nel 2019 364 N.Posti nel 2020 364
23	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	1	31/12/2016	Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1	
24	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS	15.1 Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	S N	S			evidenza		
25	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	15.4.A N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	S N	S		evidenza	evidenza	evidenza	
26	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico			almeno il 90% di quelle segnalate	almeno il 90% di quelle segnalate	almeno il 90% di quelle segnalate	

Indicatori a compilazione distrettuale - Allegato A.1.c

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
2	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
27	16 Sostegno alla genitorialità	Attività di rete dei Consulenti familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consulenti, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consulenti familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consulenti, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S N	S	31/12/2017	S	S	S	2018- Numero di consulenze familiari attivate (sia consulenza di coppia che familiari) Numero di incontri per il sostegno alla genitorialità Numero di gruppi Ama attivati Numero di attività rivolte alla genitorialità nei territori comunali dell'Unione Numero di News letter informa famiglia pubblicate Numero di famiglie straniere coinvolte 2019-Numero di progetti/iniziativa/attività realizzate in modo integrato tra servizi sociali, socio-sanitari, educativi, privato sociale, terzo settore 2020-Numero di progetti/iniziativa/attività realizzate in modo integrato tra servizi sociali, socio-sanitari, educativi, privato sociale, terzo settore
28	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S N	S					
29	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	S N	S	31/12/2017	S	S	S	- Proseguimento e consolidamento del coordinamento distrettuale del Progetto Adolescenza 2018- numero di incontri del Tavolo di coordinamento - numero di interventi educativi individuali e di gruppo attivati - numero di ragazzi coinvolti e "agganciati" tramite l'educativa di strada - numero di laboratori realizzati all'interno dei SAG (Spazi di aggregazione) 2019- numero di soggetti del Terzo settore coinvolti nelle progettazioni e nelle attività - numero di scuole coinvolte nelle progettazioni e nelle attività - numero di Commissioni Disagio e tavoli di Comunità realizzati 2020 -numero di iniziative condivise e realizzate nell'ambito del tavolo di coordinamento distrettuale
30	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	5	31/12/2017	5	5	5	1 per singolo Comune del Distretto: Casalecchio Zola Predosa Valsamoggia Sasso Marconi Monte San Pietro

Indicatori a compilazione distrettuale - Allegato A.1.c

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
2	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
31	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	18.1 Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	Numerico	-	31/12/2017	-	almeno 1	almeno 1	Per il 2018 Progettazione in corso Apertura di almeno uno spazio giovani /adulti per distretto CdS sede Casalecchio di Reno per gli il 2019 e 2020
32	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S N	S					Casa della Salute sede Casalecchio di Reno
33	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	-		Almeno 2	almeno 2	almeno 2	numero progetti innovativi di rete domiciliare (ondate di calore con terzo settore e Meeting Center)
34	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale			progetto fragile, ondate di calore e meeting center	non attualmente definibile	non attualmente definibile	
35	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON	22.5.A N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	2	31/12/2017	3	3		assunzione a tempo determinato : 1 assistenti sociali 1 Educatore Professionale 1 operatore Amministrativo
36	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con la quota dedicata del Fondo Povertà	22.5.B N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	17	31/12/2017	almeno 4	almeno 4	almeno 8	
37	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	23.5.A N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	Numerico	-		Almeno 10	Almeno 10	Almeno 10	
38	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	23.5.B N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	S N	S					
39	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	27.1 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	S N	N		non definibile	non definibile	non definibile	
40	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari	27.2.A N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	N		attualmente non definibili	attualmente non definibili	attualmente non definibili	
41	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi	27.2.B N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	N		attualmente non definibile	attualmente non definibile	attualmente non definibile	
42	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	27.3 N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	Numerico	N		non definibile	non definibile	non definibile	
43	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	27.4 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	S N	N	31/12/2017	N	S	S	

Indicatori a compilazione distrettuale - Allegato A.1.c

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
2	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
44	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	27.5 N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	S N	N	31/12/2017	N	S	S	
45	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	27.6 N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	S N	N	31/12/2017	N	N	S	
46	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	6	31/12/2017	7	7	7	mantenimento punti di incontro distrettuali
47	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico			non valutabile	non valutabile	non valutabile	
48	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.C N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	-		non valutabile i gruppi per riservatezza non sono tenuti a rivelare le presenze dei participant	non valutabile i gruppi per riservatezza non sono tenuti a rivelare le presenze dei participant		non valutabile i gruppi per riservatezza non sono tenuti a rivelare le presenze dei participant
49	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico			-			NON VALUTABILE La frequenza ai gruppi è volontaria, spontanea, libera, gratuita e fondata sull'attento rispetto della riservatezza. Data la tipologia i gruppi sono solitamente composti da un minimo di 3 persone a un massimo di 15
50	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	-		1	1	1	
51	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	-		presenti almeno un gruppo AMA PER gap, alcolisti e salute mentale. Oltre al caregiver di pazienti con disturbi cognitivi e pazienti affetti di Parkinson,	mantenimento dei gruppi e supporto alla diffusione di metodo aiuto tra pari		mantenimento dei gruppi e supporto alla diffusione di metodo aiuto tra pari

Indicatori a compilazione distrettuale - Allegato A.1.c

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
2	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
52	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.3 N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	1 esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini per Singolo Comune -Comune Zola Predosa
53	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	29.4 Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna	S N	Avvio e strutturazione di un percorso di confronto e supporto con i soggetti del Terzo settore per l'attuazione del RES	31/12/2017	Sottoscrizione formale	ampliamento e consolidamento del patto	Ampliamento e rendicontazione condivisa tra soggetti istituzionale e del terzo settore degli interventi inerenti al RES	Coerentemente con l'accordo regionale sottoscritto da Anci, Cgil, Cisl e Uil, Forum del Terzo settore, Delegazione regionale Caritas Emilia-Romagna, Fondazione Banco Alimentare Emilia-Romagna Onlus, Federazione italiana organismi per le Persone Senza Dimora - FiosPSD le finalità del prossimo triennio, da formalizzare e monitorare anche attraverso il protocollo con il terzo settaore, saranno: - promuovere le azioni necessarie a realizzare un sistema adeguato ai bisogni della fascia più vulnerabile, attraverso l'integrazione fra tutti gli strumenti normativi (e le relative risorse) nazionali, regionali e locali; - incoraggiare il coinvolgimento del Terzo settore nelle attività di progettazione degli interventi personalizzati di inclusione sociale e lavorativa; - avviare un percorso di integrazione che coinvolga anche gli strumenti normativi e i progetti che intervengono nell'ambito della marginalità estrema e della vulnerabilità (con particolare attenzione agli interventi a bassa soglia e a quelli per senza dimora) - semplificare le modalità di accesso alle misure da parte dei cittadini e promuovere tutte le azioni necessarie a superare la frammentazione degli interventi; - sviluppare le azioni necessarie in modo che tutti i potenziali interessati dalle misure di contrasto alla povertà siano adeguatamente informati
54	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S N		31/12/2016	n	s	s	Evidenza incontri periodici, almeno 1/anno, con Cittadini, CCMSS, Associazioni, Terzo Settore e Organizzazioni Sindacali
55	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Numerico	N	31/12/2017	Almeno 1 aziendale	Almeno 1 distrettuale	Almeno 1 distrettuale	N progetti di continuità assistenziale di prevenzione di ricoveri inappropriati 2018 Almeno 1 2019 Almeno 1 2020 Consolidamento percorsi
56	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Testuale	N.		Almeno 1 Aziendale	Almeno 1 Aziendale	Almeno 1 Aziendale	

Indicatori a compilazione distrettuale - Allegato A.1.c

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
2	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
57	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S N	S	31/12/2017	obiettivo già raggiunto			SST unificato (ASC), completata la costituzione di Servizi sociali territoriali di ambito distrettuale tramite la riorganizzazione dei servizi sociali e la costituzione del Servizio Sociale Associato che comprende il Servizio Sociale e l'Ufficio di Piano
58	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	37.3 Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S N	S	31/12/2017	S	S	S	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione dell' equipe multiprofessionale distrettuale; - utilizzo dello strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità delle persone di cui alla delibera n. 191/2016 per verificare la sussistenza delle condizioni per l'accesso al percorso; - costruzione di nuove modalità di raccordo con il Centri per l'impiego territoriale; - attuazione e monitoraggio delle azioni inserite nel programma personalizzato di politiche attive del lavoro e verifica dei -risultati ottenuti; - definizione del programma triennale (2018/2020) distrettuale degli interventi nell'ambito della L.R. 14/08); - definizione ed attuazione del piano integrato territoriale annuale e parallelo monitoraggio dell'attuazione degli interventi previsti; - attuazione dell'accordo di programma distrettuale; - utilizzo del sistema informativo di supporto per la gestione di tutte le attività previste dalla legge regionale da parte da parte di tutti gli operatori previsti nel processo.
59	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso	37.4 monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numerico	23	31/12/2017	non attualmente definibile	non attualmente definibile	non attualmente definibile	

CAPITOLO 4 Povertà e vulnerabilità sociale

4.1. Orientamenti dell'ambito distrettuale su come utilizzare la quota di Fondo povertà²

Con Delibera della Giunta Regionale N. 1001 del 02/07/2018 avente ad oggetto "*Misure di contrasto alla povertà e sostegno al reddito: definizione dell'ammontare del RES e dei finanziamenti da destinare ai comuni e alle loro Unioni in attuazione della L.R. n. 24/2016 e successive modificazioni*" la Regione ha rafforzato le misure di contrasto alla povertà ed ha assegnato agli ambiti distrettuali uno specifico fondo.

Con nota pervenuta in data 11 Luglio 2018 al contempo la Regione ha anticipato il riparto delle risorse del fondo povertà nazionale e regionale ed in specifico:

- fondo povertà - mezzi statali per quota servizi (art. 4 del decreto 18 maggio 2018 (All.9 - Riparto fondo povertà mezzi statali e regionali) che verranno trasferiti direttamente agli ambiti dal Ministero del lavoro e politiche sociali. Tali risorse sono quelle indicate alla tabella 2 del decreto, ripartite sulla base dei seguenti criteri: 50% popolazione residente all'1.1.2017, 30% beneficiari SIA/REI, 20% beneficiari RES;

- fondo povertà – mezzi regionali le cui finalità sono indicate al punto 4 della delibera di Giunta regionale 1001/2018 (All.9 - Riparto fondo povertà mezzi statali e regionali); con successivo atto, in corso di definizione, provvederemo alla concessione e impegno di tali risorse nonché alla definizione degli obiettivi specifici, delle modalità e tempi di programmazione in coerenza con i piani di zona 2018. I criteri utilizzati per il riparto sono: 50% popolazione residente all'1.1.2017 , 50% beneficiari RES al 31.5.2018;

- fondo povertà - mezzi statali per quota senza fissa dimora - (art. 5 del decreto 18 maggio 2018) che provvederemo a concedere e impegnare con il medesimo atto sopra indicato, sulla base dei criteri previsti dal Piano regionale povertà ovvero “agli ambiti distrettuali in cui sia presente un comune con popolazione superiore ai 50.000 abitanti”.

Al contempo al regione ha rinviato a successiva comunicazione le indicazioni circa obiettivi, beneficiari, tempi e modalità della programmazione.

Per questo motivo la presente sezione del Piano riporta i primi orientamenti e linee di indirizzo (schede intervento nn) ma per gli approfondimenti e l'individuazione puntuale delle misure di contrasto alla povertà si rimanda alla elaborazione ed approvazione di un documento di Pianificazione sul tema "Povertà e vulnerabilità sociale" da predisporre nei primi mesi autunnali

Per il triennio 2018 - 2020 Sono previsti specifici rafforzamenti a livello di ambito distrettuale, su base triennale, del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà.³

² Di cui al Decreto legislativo 147/2017 art. 13 comma 2 lettera d)

In particolare saranno previsti interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, per l'accesso e la valutazione e i sostegni da individuare nel progetto personalizzato afferenti al sistema integrato di interventi e servizi sociali, di cui alla legge n. 328 del 2000, nelle seguenti aree di intervento:

- a) segretariato sociale, inclusi i servizi per l'informazione e l'accesso al ReI di cui all'articolo 5, comma 1;
- b) servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale di cui all'articolo 5, comma 2;
- c) tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, di cui alle regolamentazioni regionali in attuazione dell'accordo del 22 gennaio 2015 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;
- d) sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;
- e) assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità;
- f) sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
- g) servizio di mediazione culturale;
- h) servizio di pronto intervento sociale.

4.2 Sintesi delle scelte previste nell'avviso 3 PON FSE Inclusione

Con il finanziamento ottenuto nel 2016 presentando apposito progetto sull'avviso in oggetto sono state sviluppate le seguenti azioni:

Sostegno alle funzioni di segretariato sociale (es. rafforzamento dei servizi di accesso con particolare riferimento alla funzione di Pre-assessment finalizzata ad orientare gli operatori nel percorso da attivare per prendere in carico efficacemente le famiglie)

Sostegno alle funzioni di segretariato sociale (es. rafforzamento dei servizi di accesso con particolare riferimento alla funzione di Pre-assessment finalizzata ad orientare gli operatori nel percorso da attivare per prendere in carico efficacemente le famiglie)

Sostegno alle funzioni di segretariato sociale (es. rafforzamento dei servizi di accesso con particolare riferimento alla funzione di Pre-assessment finalizzata ad orientare gli operatori nel percorso da attivare per prendere in carico efficacemente le famiglie)

Rafforzamento del servizio sociale professionale al fine di supportare la creazione delle equipe multidisciplinari per la presa in carico (per le funzioni di Assessment, progettazione, valutazione e monitoraggio dell'intervento integrato)

³ Di cui al decreto legislativo 147/2017 all'articolo 7, comma 1, finanziabili a valere sulla quota del Fondo Povertà di cui al comma 2 del medesimo articolo 7

Interventi sociali: sostegno sociale professionale

In generale dunque il contributo ha permesso un potenziamento dei servizi di segretariato sociale, dei servizi per la presa in carico e degli interventi sociali rivolti alle famiglie beneficiarie del SIA/REI attuato attraverso l'assunzione a tempo determinato di:

1 Educatore

1 Assistente sociale

1 Amministrativo

e attraverso l'aumento delle ore di sportello sociale

4.3 Piano integrato territoriale dei servizi pubblici, del lavoro, sociali e sanitari, ai sensi della LR14/15 e così come previsto nella DGR 73/2018 di cui si allega la relativa documentazione (All.7 Accordo di programma - PIT annuale 2018 - PIT triennale 2018/2020)

Le principali criticità rilevate dai servizi sociali del territorio rispetto all'inserimento lavorativo delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità sono le seguenti:

- disoccupati con basse competenze e scarsi profili professionali, in particolare ultracinquantenni;
- donne con carichi familiari e di cura in condizione di vulnerabilità socio-economica;
- adulti stranieri con difficoltà linguistiche e di integrazione sociale;
- adulti fragili, con particolare attenzione alle persone in condizione di emergenza abitativa;
- persone in carico ai servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche.

In tale contesto d'azione gli obiettivi individuati nel Piano integrato territoriale annuale e triennale sono stati: (Piani approvati con Deliberazione del Consiglio dell'Unione N. 14 DEL 25/06/2018 avente ad oggetto l'Accordo di programma ai sensi dell'articolo 34 del d.lgs. 267/2000 e del piano integrato territoriale in attuazione dell'articolo 4, comma 3, della l.r.14/2015 "disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità", attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari")

- Promuovere l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;
- Integrare le risorse pubbliche disponibili, utilizzando le diverse fonti di finanziamento in modo appropriato;
- Perfezionare le modalità di lavoro dell'équipe multidisciplinare per una maggiore coesione tra i servizi sociali, sanitari e del lavoro, al fine di promuovere l'inserimento lavorativo delle persone fragili;
- Garantire la personalizzazione degli interventi integrati, assicurandone un adeguato monitoraggio.

Nel triennio di attuazione del Piano si intende rafforzare ulteriormente la relazione con le aziende del territorio, a partire dalle sperimentazioni già avviate negli anni precedenti con i progetti già

implementati dai servizi; inoltre, promuovere la responsabilità sociale d'impresa in raccordo con le iniziative promosse a livello metropolitano e con le agenzie accreditate ai servizi per il lavoro presenti sul territorio.

L'inserimento lavorativo per le persone svantaggiate risulta prioritario a fronte degli utenti in carico ai servizi sociali del territorio.

Nel 2017 i servizi sociali hanno attivato e finanziato circa 147 tirocini che hanno portato all'assunzione di 17 persone. Tali interventi continueranno ad essere promossi anche nel triennio ad integrazione delle specifiche risorse della Legge 14/2015.

Si intende, inoltre, promuovere il perfezionamento delle modalità di lavoro dell'équipe multidisciplinare per garantire appropriatezza e qualità ai programmi personalizzati anche nell'ottica di implementare una piena integrazione con le misure di contrasto alla povertà regionali e nazionali.

Per le azioni di dettaglio previste dal Piano annuale e da quello triennale si rimanda ai documenti allegati al presente piano (allegati nn.4- 5- 6)

4.4 Informazioni sull'organizzazione e sulle caratteristiche dei servizi per ambito distrettuale, incluse le professionalità impiegate:

Le informazioni di cui al punto 4.4 e seguenti saranno meglio dettagliate nel documento di programmazione sul tema povertà e vulnerabilità sociale che verrà portato in approvazione nei primi mesi autunnali del 2018 , di seguito alcune prime informazioni

Sono presenti nel distretto:

- N° di Assistenti sociali operanti sugli Sportelli Sociali : 7
- N° complessivo di Assistenti Sociali Responsabili del caso operanti sulle diverse Aree : 34 di cui:
 - N° Assistenti Sociali Responsabili del caso sull'Area Anziani : 10,5
 - N° Assistenti Sociali R.C. sull'Area Minori e Famiglie : 15,5
 - N° Assistenti Sociali R.C. sull'Area Adulti : 3,5
 - N° Assistenti Sociali R.C. sull'Area Disabili : 4,5
- N° Assistenti Sociali su attività trasversale (RES/REI) : 1
- N° Assistenti Sociali su attività trasversale (ALBERGO DIFFUSO) : 1
- N° Assistenti Sociali coordinatrici : 4 di cui 1 area anziani, 2 area minori, 1 area disabilità

Standard/livello essenziale previsto: **1 Assistente sociale/5.000 abitanti.**

Sono inoltre attivi sul distretto n° 9 sportelli sociali/punti di accesso.

Nel territorio dell'Unione è rispettato lo standard definito (un punto di accesso per ogni comune con popolazione inferiore ai 40.000 abitanti) essendo presente un punto di accesso in ciascuno dei 5 Comuni aderenti a l'Unione (per Valsamoggia 1 per ciascuna municipalità) ; tramite la gestione unitaria dell'accesso di ASC InSieme è inoltre, prevista la necessaria flessibilità organizzativa in relazione alle esigenze della popolazione.

Inoltre gli sportelli sociali:

- garantiscono un'organizzazione coerente con le esigenze della popolazione; gli orari di apertura e la dotazione di personale sono proporzionati all'effettivo bacino di utenza di riferimento
- le sedi degli sportelli sono facilmente riconoscibili al cittadino e prive di barriere architettoniche
- sono previsti spazi adeguati a garantire l'accoglienza delle persone e la privacy nella gestione dei colloqui
- il personale impiegato (assistenti sociali) è debitamente formato per la gestione dell'ascolto, dell'informazione e dell'orientamento al cittadino.

4.5 modello di governance realizzato a livello distrettuale che rappresenti l'articolazione della RETE della protezione e dell'inclusione sociale a livello distrettuale

A livello distrettuale il **Comitato di distretto**, definito dalle LR 19/94 e 29/04, **coincidente con la** Giunta dell'Unione, integrato con il Direttore del Distretto AUSL Reno, Lavino e Samoggia, integrato da un referente del Centro per l'impiego per le questioni specifiche, assolve la funzione di articolazione della RETE della protezione e dell'inclusione sociale a livello distrettuale. Il comitato di distretto/Giunta dell'Unione definisce le modalità di partecipazione e consultazione di parti sociali e organismi del terzo settore.

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

4.6 modello organizzativo per l'attivazione, costituzione e funzionamento dell'equipe multidisciplinare, nel rispetto dei principi di adeguatezza, appropriatezza, non eccedenza, flessibilità realizzato nell'ambito distrettuale (così come indicato al punto 7a e 7C Piano povertà regionale).

Il progetto personalizzato di presa in carico è ispirato ai principi di proporzionalità, appropriatezza e non eccedenza rispetto alle necessità e alle risorse del nucleo familiare; ogni progetto ha dunque una sua specifica definizione ed articolazione. In particolare:

- qualora il bisogno del nucleo sia un bisogno essenzialmente di lavoro alla persona viene proposto un Patto di servizio ai sensi del Decreto legislativo 150/2015,
- se il nucleo non presenta bisogni complessi è possibile per il Servizio sociale territoriale procedere ad una progettazione semplificata.
- se il nucleo è già in carico ad altri servizi, la valutazione e la progettazione sono integrate ai fini del REI ma non necessariamente danno luogo ad attivazione di nuovi servizi.

Attualmente le fasi che conducono alla definizione del progetto personalizzato si distinguono in:

1) la prima fase, per tutti i nuclei richiedenti che abbiano avuto esito positivo circa la verifica dei requisiti per l'accesso al beneficio economico, è quella della **analisi preliminare o pre-assessment**; una prima valutazione che ha lo scopo di raccogliere informazioni sul nucleo, sulle sue risorse, su servizi e supporti già attivi, sull'eventuale presenza di fattori di vulnerabilità dei singoli componenti e

del nucleo nel suo complesso. Questa prima fase serve ad orientare ed iniziare a definire il successivo percorso.

2) qualora emerga una situazione di bisogno complesso del nucleo, non legata alla sola dimensione dell'assenza di lavoro, viene attivata la seconda fase ovvero la **valutazione multidimensionale o assessment** effettuata dall'équipe multidisciplinare. Viene condotta una analisi più approfondita non solo delle risorse e dei fattori di vulnerabilità del nucleo, ma si procede anche all'individuazione dei bisogni e delle risposte da attivare per intraprendere un percorso finalizzato all'autonomia.

3) la terza e ultima fase è la definizione, in collaborazione con il nucleo, del **progetto personalizzato** contiene obiettivi, risultati concreti, sostegni da attivare a supporto del percorso e impegni assunti dal nucleo stesso, che costituiranno l'elemento condizionale all'erogazione del beneficio economico.

I sostegni sono a loro volta puntualmente elencati dal Piano nazionale:

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

Livello essenziale garantito nel progetto personalizzato:

- per tutti i nuclei in cui si è proceduto alla definizione del quadro di analisi approfondito, viene attivato almeno uno degli interventi o dei servizi sopra citati:
- per tutti i nuclei in cui si presenti una situazione di bisogno complesso, quindi si sia definito il quadro di analisi approfondita, e qualora sia presente un bambino o una bambina nei primi 1000 giorni della sua vita, sarà attivato un percorso di sostegno alla genitorialità.

4.7 modalità e strumenti per la partecipazione e confronto con i soggetti del terzo settore a Livello distrettuale, così come previsto nel “Protocollo per l’attuazione del RES e delle misure a contrasto di povertà ed esclusione sociale in Emilia-Romagna” (vedi Piano Povertà Regionale 6B).

Saranno rafforzate relazioni stabili tra i referenti dei Comuni e i referenti del terzo settore sul tema delle povertà al fine di facilitarne il raccordo per la programmazione dei Piani di zona e per la declinazione delle specifiche azioni del protocollo;

saranno definite modalità di attuazione del protocollo a livello locale e assetti organizzativi attraverso un percorso di condivisione distrettuale.

34

Saranno realizzare le seguenti azioni:

- la promozione, ove opportuno, la collaborazione e l'inserimento di attività nei progetti personalizzati previsti dalle misure di sostegno al reddito e dalla LR 14/2015,
- l'avvio di percorsi di integrazione, anche nell'ambito della marginalità estrema e della vulnerabilità,

- il rafforzamento delle reti locali e delle relazioni che costituiscono il presupposto degli interventi di inserimento sociale e riattivazione.

4.8 Si rinvia alle **schede intervento di declinazione delle schede attuative del PSSR per le misure a contrasto della povertà SIA/REI/RES (scheda 22) e per l'avvicinamento al lavoro di persone fragili e vulnerabili ex LR14/15 (scheda 23)** da DGR 1423/2017.



CAPITOLO 5 Processo per la realizzazione del Piano

Il percorso per la condivisione degli obiettivi strategici, delle priorità e delle azioni del Piano di zona per la salute e il benessere sociale distrettuale, dopo un'istruttoria tecnica e il primo incontro sindacale dell'8/11/2017 in cui è stato delineato il percorso, è stato avviato il **22 Gennaio 2018** con l'approvazione nel Forum socio sanitario dell'Unione dei Comuni Reno, Lavino e Samoggia della governance distrettuale e della proposta organizzativa.

Il confronto aperto alla comunità, portatori di interesse, attori significativi, terzo settore, privati (profit e non) è stato strutturato attraverso riunioni periodiche a conduzione politica, di seguito descritte per area generale e tematiche specifiche (coerenti con le schede di intervento proposte dalla Regione). Trasversale a tutti i luoghi di confronto è stata la cura di partecipazione e responsabilizzazione della comunità.

Sono stati attivati tre tavoli tematici:

1) **Domiciliarità e prossimità**, coordinatore Assessore Daniela Occhiali:

Case della salute e Medicina d'iniziativa; Riorganizzazione rete ospedaliera e territoriale integrata; Cure intermedie e sviluppo Ospedali di comunità; Budget di salute; Riconoscimento ruolo caregiver; Progetto di vita, Vita indipendente, Dopo di noi; Rete cure palliative; Salute in carcere, umanizzazione e reinserimento.

2) **Prevenzione disuguaglianze, promozione salute e dell'autonomia**, coordinatore Assessore Massimo Masetti

Medicina di genere; Pari opportunità e differenze di genere, generazione, cultura, (dis)abilità...; Contrasto alla violenza di genere; Contrasto dell'esclusione sociale (povertà estrema,...); Equità: metodologie e strumenti; Inclusione persone straniere neo-arrivate; Fondi integrativi extra LEA; Potenziamento interventi nei primi 1000 giorni di vita; Sostegno alla genitorialità; Progetto Adolescenza; Salute sessuale e riproduttiva, prevenzione sterilità; Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico; Invecchiamento attivo in salute e tutela fragilità; Innovazione rete per anziani nell'ambito del FRNA; Misure a contrasto della povertà (SIA/REI,RES); Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Lr 14/2015); La casa come fattore di inclusione e benessere sociale;

3) **Qualificazione Servizi**, coordinatore Assessore Ivano Cavalieri

Aggiornamento di strumenti e procedure sociosanitarie; Riorganizzazione/miglioramento assistenza alla nascita; Equità d'accesso a prestazioni sanitarie; Miglioramento accesso in emergenza urgenza; Metodologie per innovare organizzazioni e pratiche professionali; ICT strumento per nuovo modello e-welfare; Consolidamento e sviluppo Servizi sociali territoriali; Qualificazione accoglienza/tutela 0-18 anni e neomaggiorenni con bisogni sociosanitari complessi; Nuovo calendario vaccinale e miglioramento coperture; Livelli essenziali delle prestazioni sociali

Inoltre è stato mantenuto un percorso specifico di **concertazione sindacale** tramite i seguenti luoghi di concertazione politica con supporto tecnico:

- Piano di zona triennale (si allega accordo di concertazione sindacale)
- Servizi a sostegno dell'assistenza domiciliare di cui si allega accordo sindacale. (All.10 Accordo sindacale Badando 3.0)
- Legge 14/15 integrazione SIA-REI/RES
- Salute di genere
- Ospedale di Bazzano

E' stato attivato un **Tavolo Welfare**, politico con supporto tecnico, di secondo livello con terzo settore, sindacati e soggetti organizzati in cui sono state portate a sintesi priorità e specificità degli altri luoghi di confronto e condivise finalità, obiettivi e interventi strategici della programmazione territoriale. Il tavolo è stato coordinato dal Sindaco e Assessore alle politiche sociali dell'Unione Stefnao Rizzoli

E' stato infine attivato un **Tavolo trasversale specifico sui temi della povertà e vulnerabilità** in cui sono state approfondite le caratteristiche del fenomeno, gli obiettivi strategici e le azioni relative.

Il supporto ed il coordinamento tecnico dei luoghi di confronto è stato a cura del Servizio Sociale Associato e in particolare dell'Ufficio di Piano. Indispensabile e qualificante è stata la partecipazione attiva e operativa di Distretto AUSL dell'Azienda Speciale ASC Insieme e dei Comuni dell'Unione, con i quali sono state precedentemente condivise modalità e contenuti del percorso partecipativo.

Durante il percorso è stato curato il flusso informativo e gli aggiornamenti in itinere nei confronti del livello tecnico e politico di Comuni e Distretto tramite un confronto costante con ASL e ASC su tematiche da affrontare nei singoli incontri e la documentazione da produrre.

I referenti aziendali delle schede che prevedevano un coordinamento dell'ASL hanno partecipato ai tavoli tematici descrivendo i contenuti delle schede intervento specifiche.

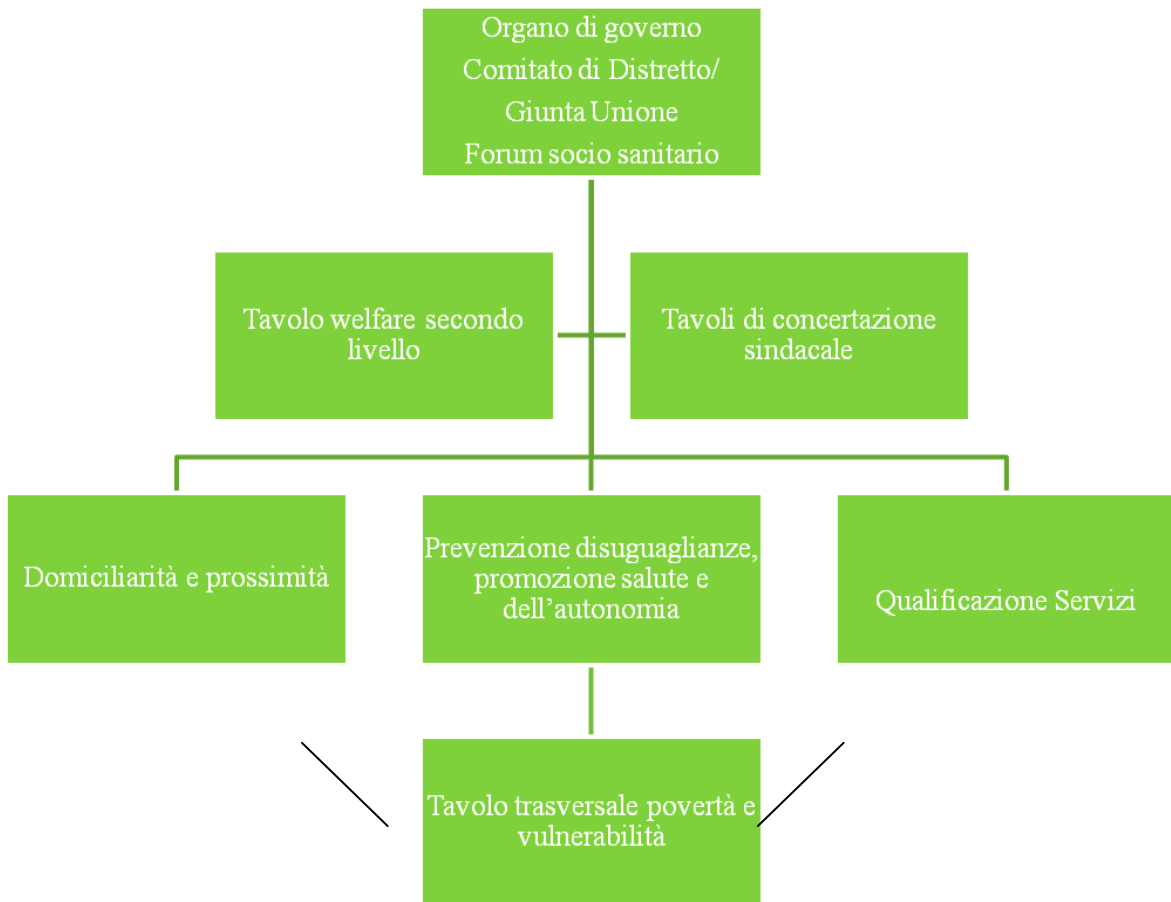
Il percorso è stato avviato con un avviso, da parte dell'Unione e rilanciato dai singoli Comuni, da ASC e ASL, aperto alle organizzazioni del terzo settore, del privato non e for profit per segnalare la loro disponibilità a partecipare agli incontri in programma.

Sono state condotte istruttorie specifiche precedenti ai singoli incontri per definire con tutti i soggetti istituzionali le delegazioni minime necessarie di partecipazione e rappresentanza, la produzione di materiale informativo e di approfondimento relativamente alle singole tematiche, la cura della redazione di bozze o parti delle singole schede intervento nonché delle schede economiche finanziarie.

E' stata realizzata una sezione specifica del sito internet dell'Unione:

<https://www.unionerenolavinosamoggia.bo.it/index.php/archivio-1/2957-piano-di-zona-2018-2020>

in cui sono stati pubblicati tutti i documenti inviati e distribuiti nel percorso di pianificazione, materiali di approfondimento, la normativa di riferimento e materiale che i partecipanti degli incontri hanno inviato per la condivisione con tutti gli invitati.



Calendario degli incontri svolti

- 8 novembre 2017 incontro di concertazione sindacale
- 22 gennaio 2018 approvazione in Forum sociosanitario dell'Unione della governance e proposta organizzativa
- 5 Febbraio 2018 tavolo di concertazione sindacale
- 15 Febbraio tavolo Welfare
- Dal 22 febbraio al 3 maggio 8 incontri dei 3 tavoli tematici (n. partecipanti 169)
- 20 Aprile tavolo "Dopo, durante e oltre noi"
- 10 maggio tavolo trasversale povertà e vulnerabilità
- 28 Maggio, 6 e 20 giugno incontri con Centro Servizi volontariato su bando per Associazioni di promozione sociale e organizzazioni di volontariato
- 08 Novembre 2017; 05 febbraio 2018; 29 marzo 2018; 01/14 Giugno 2018 tavoli di concertazione sindacale
- 15 Giugno approvazione in tavolo welfare allargato ai consiglieri comunali
- 18 Giugno 2018 approvazione nel Forum Socio sanitario dell'Unione
- 25 Giugno 2018 Comitato di Distretto: approvazione Piano
- 9 Luglio 2018 approvazione e sottoscrizione Accordo di concertazione sindacale
- 23 Luglio 2018 – Giunta Unione : approvazione proposta di Piano da sottoporre al Consiglio dell'Unione

CAPITOLO 6 Valutazione e monitoraggio

6.1 Strumenti per il monitoraggio e valutazione del Piano triennale

Sin dalla fase di pianificazione sono stati utilizzati gli indicatori previsti nelle schede regionali di cui alla DGR 1423/2017 riportati di seguito quale componente del Piano di zona .

Al Set di indicatori regionali e distrettuali sono stati aggiunti alcuni indicatori locali inseriti nelle apposite schede intervento

Il set di indicatori sarà utilizzato per il monitoraggio e la valutazione periodica degli interventi e degli obiettivi strategici del piano triennale e di quello annuale.

Sono previste le seguenti fasi di monitoraggio e valutazione :

Monitoraggio semestrale degli indicatori distrettuali e locali con il coordinamento nella raccolta dati a cura del Servizio sociale associato dell'Unione - Ufficio di Piano (il primo è previsto al termine dell'anno in corso): interlocutori indispensabili ed importanti per il monitoraggio, la raccolta dati e la successiva valutazione saranno oltre che l'Unione, Asc Insieme e l'Azienda Sanitaria.

I tavoli tematici e trasversali continueranno a incontrarsi con cadenza almeno semestrale e ciò garantirà una verifica/valutazione anche da parte degli stakeholder.

Verranno costruiti apposite check list al fine di verificare annualmente in modo sintetico e semplificato i risultati raggiunti.

Il portale verrà tenuto aggiornato dal Servizio Sociale Associato - Udp

All'interno del sito dell'Unione nella sezione dedicata al servizio sociale associato i monitoraggi verranno pubblicati così da offrire sia ai componenti i tavoli, sia ai consiglieri comunali e dell'unione sia ai cittadini semplici la possibilità di verificare i risultati raggiunti ed eventualmente interagire con suggerimenti e segnalazioni semplici o qualificate

Valutazione

La valutazione sullo stato dell'arte dei risultati conseguiti sarà preceduta da momenti di incontro con i Comuni/Unione (Forum socio sanitario, giunta e consiglio), il terzo settore (Tavoli), i Sindacati , cittadini (momenti allargati alla cittadinanza).

Il Servizio Sociale Associato unitamente ad Asc Insieme e all'Azienda Sanitaria predisporranno al termine di ogni anno un Report da sottoporre all'attenzione del Comitato di Distretto per le successive considerazioni ed azioni.

L'occasione costituirà momento di confronto ed analisi finalizzato alla stesura dei Piani attuativi annuali che terranno conto dell'andamento degli indicatori di risultato ed anche alla riprogettazione nel caso ciò si renda necessario alla luce di tutte le fasi precedenti.

Preventivo di spesa 2018

Allegato A.1a

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 126.514,97	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 94.660,00	€ 219.996,47	€ 441.171,44
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 140.789,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 105.340,00	€ 244.817,53	€ 490.946,53
Centri per le famiglie		€ 24.042,85	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 24.042,85
Compartecipazione utenti		€ 1.661.425,20	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.369.148,90	€ 3.030.574,10
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 86.170,33	€ -	€ 86.170,33
Fondi FSE POR - LR 14/2015		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 407.818,00	€ -	€ 407.818,00
Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie (almeno 10% del totale FSE assegnato) LR14/15		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 40.781,00	€ -	€ 40.781,00
Programma gioco d'azzardo patologico		€ -	€ -	€ 62.573,60	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 62.573,60
AUSL (specificare)	AUSL Bologna - Fondo Sanitario	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 618.000,00	€ 618.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	Attività formative servizi prima infanzia	€ 9.879,40	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 9.879,40
Altri fondi regionali (specificare)	Coordinamento pedagogico	€ 7.490,64	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 7.490,64
Altri fondi regionali (specificare)	Progetto Habitat	€ -	€ -	€ -	€ 33.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 33.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	Progetto Vita indipendente competenza 2018	€ -	€ 45.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 45.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	Fondo mobilità Disabili DGR 1073/2017 - competenza 2018	€ -	€ 14.156,50	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 14.156,50
Altri fondi regionali (specificare)	Agevolazioni TPER	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.914,00	€ 15.914,00
Altri fondi regionali (specificare)	Progetto Inclusione Possibile DGR 1845/2017	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 8.330,00	€ 8.330,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	Progetto HCP INPS - competenza 2018	€ -	€ 50.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 50.000,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	Progetto Sostegno alla natalità - quota Fondo Nazionale famiglie	€ 6.008,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 6.008,80
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	Contributi MSNA da Prefettura	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 58.000,00	€ 58.000,00

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Altri soggetti privati (specificare)	Contributo Fondazione del Monte progetto Anziani in RelAzione	€ -	€ -	€ -	€ 20.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 20.000,00
Unione di comuni (specificare)	Unione comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia - Progetto Inclusione Possibile DGR 1845/2017	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.670,00	€ 5.670,00
Comune (specificare)	Monte San Pietro - servizi 0-3/coord.pedagogico/pre e post scuola/compartecipazione Serv.Soc.Associato/compartec.bil.ASC	€ 345.385,45	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 682.237,49	€ 1.027.622,94
Comune (specificare)	Sasso Marconi - servizi 0-3/coordinamento pedagogico/pre e post scuola/compartecipazione Serv.Soc.Associato/compartec.bil.ASC	€ 514.633,40	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.024.160,92	€ 1.538.794,32
Comune (specificare)	Valsamoggia - servizi 0-3/coord.pedagogico/pre e post scuola/compartecipazione Serv.Soc.Associato/compartec.bil.ASC	€ 546.492,64	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.575.627,23	€ 3.122.119,87
Comune (specificare)	Zola Predosa - servizi 0-3/coord.pedagogico/pre e post scuola/compartecipazione Serv.Soc.Associato/compartec.bil.ASC	€ 1.303.611,83	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.635.502,02	€ 2.939.113,85

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Comune (specificare)	Casalecchio - servizi 0-3/coord.pedagogico/compartecipazione Serv.Soc.Associato/c ompartec.bil.ASC	€ 2.975.019,49	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.359.562,75	€ 6.334.582,24
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	Fondi MIUR	€ 633.678,82	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 633.678,82
Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)		€ -	€ 219.710,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 219.710,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	Fondi Ministero LPS Decreto 119 del 09/03/2018 - Progetto Vita indipendente	€ -	€ 70.793,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 70.793,00
FRNA		€ -	€ 4.745.273,00	€ -	€ 6.294.030,68	€ -	€ -	€ -	€ 11.039.303,68
FNNA		€ -	€ 445.596,77	€ -	€ 591.030,22	€ -	€ -	€ -	€ 1.036.626,99
Quota Fondo povertà nazionale		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 267.286,78	€ -	€ 267.286,78
Quota povertà regionale LR24/16		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 128.139,97	€ -	€ 128.139,97
Altri soggetti privati (specificare)	Hera - ATO 5	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 16.700,00	€ 16.700,00
Altri fondi regionali (specificare)	Fondi R-ER - Progetto RADICE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 18.771,00	€ 18.771,00
Altri fondi regionali (specificare)	Fondi R-ER - interventi Bassa Soglia	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 52.428,00	€ 52.428,00
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA		€ -	€ -	€ -	€ 75.632,50	€ -	€ -	€ -	€ 75.632,50
Altri soggetti privati (specificare)	Entrate generiche da contabilità economica bil.ASC	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 188.345,63	€ 188.345,63
Totale (al lordo della compartecipazione utenti)		€ 8.294.972,49	€ 5.590.529,27	€ 62.573,60	€ 7.013.693,40	€ -	€ 1.130.196,08	€ 12.093.211,94	€ 34.185.176,78
Totale (al netto della compartecipazione utenti)		€ 6.633.547,29	€ 5.590.529,27	€ 62.573,60	€ 7.013.693,40	€ -	€ 1.130.196,08	€ 10.724.063,04	€ 31.154.602,68

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

il giorno 31 luglio 2018 presso il Municipio di Casalecchio di Reno , con sede in via dei Mille n. 9

Tra

L'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia, con sede legale in Casalecchio di Reno, via dei Mille 9, CF 91311930373, di seguito denominata UNIONE, rappresentata dal Presidente MASSIMO BOSSO nato a CASALECCHIO DI RENO il 15/01/1958, in qualità di rappresentante legale dell'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA

E

l'Azienda USL di Bologna, avente sede in Bologna, via Castiglione 29, CF 02406911202, di seguito denominata AUSL, rappresentata dal Direttore del Distretto di Committenza e Garanzia Reno, Lavino, Samoggia, Fabia Franchi, temporaneamente assente e sostituita nelle funzioni di adozione di atti di competenza dal Direttore del Distretto di Committenza e Garanzia Pianura Est, Dott.ssa Maria Cristina Cocchi;

Premesso che

- La L.R. 12/3/2003, n.2 "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*"; riconosce la centralità delle comunità locali e la partecipazione attiva della società civile; assume il Piano Regionale degli interventi e servizi sociali integrato con il Piano Sanitario Regionale quale strumento di programmazione a livello regionale, individua nel Piano di zona per la salute e il benessere sociale lo strumento di programmazione sociale, sanitaria e socio-sanitaria triennale a livello distrettuale;
- La L.R. 29/12/2004, n. 29 "*Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale*" definisce le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale, rafforzando il ruolo degli Enti locali che, nell'ambito della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, sono chiamati a partecipare alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute.
- l'Unione Reno Lavino e Samoggia e l'Azienda USL di Bologna Distretto Reno Lavino e Samoggia hanno approvato con deliberazione del Consiglio dell'Unione n. 76 del 26/09/2016 e sottoscritto, in data 19 Ottobre 2016 la Convenzione, ai sensi dell'art. 30 del Testo unico Enti locali, per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per la costituzione dell' Ufficio di piano e per la gestione del Fondo

Regionale per la non autosufficienza, coerentemente a quanto disposto dalla Regione Emilia-Romagna con delibera di Giunta n. 1004/2007.

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

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

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

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

Dato atto che:

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

Il ruolo del Comitato di distretto è svolto dalla Giunta dell'Unione, in quanto coincide con l'ambito distrettuale

Agli incontri del Comitato di Distretto partecipa il Direttore di Distretto Reno lavino e Samoggia Dott.ssa Fabia Franchi per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale.

L'Ufficio di piano, ufficio interno al Servizio sociale Associato dell'Unione Reno lavino e Samoggia, costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatica e di *governance* organizzativo gestionale del Distretto in merito alle funzioni dell'area welfare.

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

Rilevato che

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

A tale attività hanno fattivamente e costruttivamente partecipato, oltre ai diversi livelli di governo politico e tecnico del distretto, i professionisti/operatori, i soggetti del Terzo Settore, le organizzazioni sindacali, singoli cittadini attraverso incontri locali/tavoli di programmazione orientati allo sviluppo di un welfare partecipativo ed inclusivo così come meglio illustrato nella sezione del Piano "Processo per la realizzazione del Piano"

Dato atto che il Comitato di Distretto come da verbale allegato alla deliberazione di Giunta dell'Unione n. 64 del 25/06/2018 ha approvato lo schema del Piano di Zona Triennale 2018 - 2020 e del Programma attuativo annuale 2018, il fabbisogno di servizi socio sanitari accreditati ai sensi della Dgr 514/2009, il Piano finanziario del Fondo sociale locale per il piano di zona e lo Schema di accordo di programma tra l'Unione dei Comuni e l'azienda Usl distretto Reno lavino e Samoggia per l'approvazione del piano di zona 2018 - 2020 ;

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

Accordo di Programma

Art. 1

La premessa è parte integrante del presente Accordo.

Art. 2 – Finalità

Con il presente Accordo le Parti approvano il “Piano di zona per la salute e il benessere sociale –2018 – 2020”, comprensivo del Programma attuativo 2018, frutto di un percorso di programmazione partecipata da soggetti pubblici (comuni unione azienda sanitaria asc insieme), del privato sociale, dalle OOSS oltre che dai cittadini attivi sul territorio.

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

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

Nell’arco del triennio il distretto socio sanitario coincidente con l’ambito ottimale, nel quale sono stati già raggiunti tutti gli obiettivi fissati dal Piano regionale Sociale e Sanitario per il prossimo triennio, intende consolidare, rafforzare e meglio definire i processi di governance, pianificazione, gestione, monitoraggio e controllo, nonché rinnovare il percorso di confronto partecipato con la comunità locale.

Nello specifico:

- verrà data continuità alla gestione distrettuale in forma associata, attraverso l’Unione Reno, Lavino e Samoggia, delle funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari;
- verranno messi a sistema gli strumenti definiti per delegare all’Unione funzioni complete e organiche;
- si proseguirà nell’integrazione istituzionale e professionale in ambito distrettuale coincidente con l’ambito di esercizio associato nell’Unione all’interno di un sistema stabile e formalizzato;
- l’unica Unione distrettuale proseguirà nello nell’assolvimento della funzione di Ente capofila distrettuale, ai sensi dell’art. 29 della L.R. 2/200313, inerenti all’esercizio delle funzioni ad essa delegate dagli Enti Locali;
- all’Unione, oltre la promozione del Piano di zona, afferisce l’Ufficio di piano e sarà destinataria delle risorse ripartite annualmente dalla Regione sul Fondo sociale locale;

- si proseguirà nel potenziamento degli strumenti istituzionali, professionali, organizzativi per l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie, le politiche educative, della formazione e lavoro, abitative, anche in attuazione della L.R. 14/2015, e della Delibera dell'Assemblea legislativa 16/2015;
- i Servizi sociali territoriali di ambito distrettuale saranno rafforzati tramite il Servizio Sociale Associato che comprende il Servizio Sociale e l'Ufficio di Piano;
- sarà data continuità agli interventi di valorizzazione, sviluppo, ottimizzazione dell'Azienda speciale dell'Unione ASC InSieme

Priorità a partire dal 2018 sono:

- lo sviluppo della medicina d'iniziativa e di un modello proattivo di intervento socio-sanitario;
- la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- il riconoscimento e la valorizzazione del lavoro di cura dei care giver professionali e familiari;
- l'attuazione piena delle misure di contrasto alla povertà impennate su RES/SIA/REI/L14 e con la creazione di un albo delle aziende socialmente responsabili;
- la valorizzazione delle competenze ed autonomie delle persone con disabilità;
- la creazione di una White list di case famiglia, così da coinvolgerle nella rete dei servizi rivolti alla non autosufficienza.

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

Titolo
01 Case della salute e Medicina d'iniziativa - COORDINAMENTO AUSL
02 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata - COORDINAMENTO AUSL
03 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità - COORDINAMENTO AUSL
04 Budget di salute - COORDINAMENTO AUSL
05 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
06 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
07 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative - COORDINAMENTO AUSL
08 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale
09 Medicina di genere - COORDINAMENTO AUSL
10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti - COORDINAMENTO AUSL
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
15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi
16 Sostegno alla genitorialità
17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e

adolescenti
18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità - COORDINAMENTO AUSL
19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
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
22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
25 Contrasto alla violenza di genere
27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy) - COORDINAMENTO AUSL
28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore
31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti - COORDINAMENTO AUSL
32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie - COORDINAMENTO AUSL
33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza - COORDINAMENTO AUSL
35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare - COORDINAMENTO AUSL
36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
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
38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali - COORDINAMENTO AUSL
40 Innovazione della rete dei servizi per disabili nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
41 Gestione associata servizi sociali e socio sanitari - Governance - Unione e Asc Insieme

individua, nell'ambito della sezione povertà, le seguenti priorità rispetto al rafforzamento su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, di cui all'articolo 7 comma 1 del Dlgs 147/17, finanziabili attraverso quota del Fondo Povertà:

Messa in campo e potenziamento degli Interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, per l'accesso e la valutazione e i sostegni da individuare nel progetto personalizzato afferenti al sistema integrato di interventi e servizi sociali, di cui alla legge n. 328 del 2000, nelle seguenti aree di intervento:

- a) segretariato sociale, inclusi i servizi per l'informazione e l'accesso al REI di cui all'articolo 5, comma 1;
- b) servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale di cui all'articolo 5, comma 2;
- c) tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, di cui alle regolamentazioni regionali in attuazione dell'accordo del 22 gennaio 2015 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;
- d) sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;

- e) assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità;
- f) sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
- g) servizio di mediazione culturale;
- h) servizio di pronto intervento sociale.

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

Art. 3– Oneri finanziari

Il valore economico del “Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020- anno 2018” può essere stimato per l’anno 2018 in **Euro 34.185.176,78** come declinato nella tabella allegata al presente accordo per farne parte integrante e sostanziale

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

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

Art. 4 – Impegni delle parti

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

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

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

Art. 5 – Durata

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

Art. 6 – Pubblicazione

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

Ente

Unione Reno Lavino e Samoggia

Firma

Massimo Bosso

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

Azienda Sanitaria di Bologna

In sostituzione del Direttore del Distretto di Committenza e Garanzia Reno, Lavino, Samoggia, Fabia Franchi, temporaneamente assente, firma il Direttore del Distretto di Committenza e Garanzia Pianura Est

Firma

Maria Cristina Cocchi

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



UNIONE DEI COMUNI

VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA

COMUNI DI CASALECCHIO DI RENO, MONTE SAN PIETRO, SASSO MARCONI, VALSAMOGGIA E ZOLA PREDOSA

**VERBALE DI ACCORDO TRA IL DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI RENO LAVINO E SAMOGGIA, L'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA
E
LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI CGIL - CISL - UIL CONFEDERALI, DEI PENSIONATI E DI CATEGORIA**

OGGETTO:RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO TERRITORIALE

Il giorno 4 Dicembre 2017 alle ore 11,00,presso la sede dell'Unione Comuni delle Valli del Reno Lavino e Samoggia, sita in Casalecchio di Reno Via dei Mille n. 9,

l'Unione dei Comuni delle Valli del Reno Lavino e Samoggia nelle persone di:
Presidente dell'Unione Sindaco Massimo Bosso
Assessore ai Servizi sociali, sanitari e socio sanitari dell'Unione Sindaco Stefano Rizzoli

E

le organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL, e le organizzazioni di categoria, nelle persone di:
per la CGIL:Gianni Monte, Paolo Carati, Giuseppe Peri e Nadia Tolomelli
per la CISL:Alberto Schincaglia, Matteo Maltinti ,Fausto Durante , Francesco Meli, Vincenzo Curcio e Gina Risi
per la UIL: Luciano Roncarelli, Roberto Rinaldi e Giancarlo Rossi

Premessa

Vista la piattaforma sindacale in merito alla riorganizzazione dei servizi sanitari e sull'innovazione sociali e socio sanitari presentata dai Sindacati al Comitato di distretto;

Ritenuto indispensabile adottare come metodo quello della concertazione per tentare di definire percorsi e strategie comuni tese a favorire la crescita economica anche attraverso il sistema di welfare estendendolo ai soggetti marginali e più fragili della nostra società.

Dato atto che:

- i vari livelli di contrattazione, confermati dal recente accordo tra gli Assessorati della Salute e Politiche sociali con le OO. SS, sottolineano l'importanza del dialogo tra le parti sulle materie oggetto di questa piattaforma e che dunque il confronto si svolge in Regione, Citta Metropolitana, Unioni e Distretti.
- la legislazione regionale, a partire dalle L.R.12/2103, individua nel Distretto l'attore Istituzionale dove combinare le esigenze normative e quelle negoziali.

- da un lato il Distretto è il luogo della programmazione, regolazione e verifica del sistema dei servizi sociali, (L.R.14/2015 e L.R.24/2016) dall'altro, la sua coincidenza con le Unioni, lo rende il contenitore ideale per far sì che le funzioni associate vadano di pari passo al processo di riordino del sistema delle autonomie locali.

Rilevato che in questo contesto il “profilo di salute” del distretto Reno Lavino Samoggia presentato nel settembre del 2016 è la migliore fotografia per chi vuole agire la leva della concertazione sociale territoriale per migliorare le condizioni di vita di tutti i cittadini, a partire da quelli che sono portatori di bisogni sociali e sanitari legati tra loro.

Il Distretto Reno Lavino Samoggia è composto da circa 110 mila abitanti con un aumento, anche rispetto all'area metropolitana della popolazione anziana ed un calo demografico degli adulti intorno ai trenta anni.

Il dato che più fa riflettere è quello relativo al fatto che la popolazione distrettuale sia leggermente più giovane di quella aziendale. Si arresta anche il contributo demografico portato dai migranti, con il superamento, a livello distrettuale, della componente femminile della popolazione straniera. Risulta che la situazione reddituale del distretto è nettamente positiva, i dati in nostro possesso indicano però che la distribuzione della stessa è sproporzionata e preoccupante. Lo stesso vale per il livello di istruzione (di significativa importanza il calo delle iscrizioni e dell'abbandono scolastico soprattutto nei segmenti nidi d'infanzia 0-3 e scuola secondaria di secondo grado 14-19). Risulta positivo l'andamento della speranza di vita nel distretto Reno Lavino Samoggia.

Se nel duemila le aspettative di vita della città di Bologna superavano i dati di Casalecchio, oggi secondo questo parametro fornito dal profilo di salute il dato Reno Lavino Samoggia è migliore. E' indispensabile per noi mettere in rete, in modo nuovo e territoriale, il Distretto Reno Lavino Samoggia con gli altri Distretti limitrofi a partire da quello della Montagna.

Tutto ciò premesso:

- precisando che si considerano validi gli accordi sottoscritti dalle parti in negoziazione fatti nelle precedenti stagioni di contrattazione sociale territoriale
- puntualizzando che ci si riserva di apportare eventuali integrazioni al presente documento unico distrettuale, in merito a specifiche problematiche riguardanti i singoli aspetti trattati anche in sede di Unione e di distretto;

le parti dopo ampio confronto e approfondimento concordano quanto segue:

CASE DELLA SALUTE

Nel 2014 la Commissione Europea ha definito l'assistenza primaria come “l'offerta di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, comprendenti tutte le dimensioni della salute, erogati da èquipe multiprofessionali e interdisciplinari, con la collaborazione dei pazienti e della famiglie”, in risposta alla maggioranza dei problemi della salute.

Lo stesso impegno profuso anche dal governo della regione Emilia Romagna, che inserisce la realizzazione di questi obiettivi tra le priorità di mandato. La traduzione empirica di questi indirizzi si chiama **Casa della Salute**.

Le Case della Salute sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita, prevenzione e cura della comunità locale, non sono sufficienti i muri per definire le case della salute ma deve esserci anche un approccio esplicito rivolto ad una costante collaborazione ed integrazione orizzontale nella presa in carico.



Le parti concordano sulla necessità di investire, potenziare e implementare le risorse umane che devono agire la Medicina di iniziativa e le cure intermedie e di definire i percorsi di presa in carico sia per specifiche patologie, che per percorsi socio sanitari inclusivi per la popolazione più fragile. Per questo si intende accompagnare il percorso coinvolgendo le equipe multidisciplinari (socio-sanitarie) con una particolare attenzione all'integrazione con la Medicina Generale.

Gli ambiti di riferimento del Distretto con le relative Case della Salute, **saranno due.**

In ognuno degli ambiti sarà presente una casa della Salute principale e diverse altre sedi collegate secondo il sistema Hub e Spoke.

Ambito Reno Sasso, sviluppato sulla valle del Reno (50.845 abitanti)

Ambito Lavino Samoggia, lungo valli del Lavino e del Samoggia (60.016 abitanti).

Le due sedi principali, Casalecchio di Reno e Zola Predosa, sono collegate alle sedi di Sasso Marconi , Bazzano, Monte S.Pietro, Crespellano , Monteveglio, Castello di Serravalle, Savigno nonché da tutti i nodi sociali e sanitari che si prendono cura della popolazione di quell'ambito.

Da sottolineare il ruolo della Casa della salute collegata di Bazzano che grazie alla contiguità con l'opportunità di percorsi diagnostici e alla presenza futura dei letti Osco assume una rilevanza paragonabile a quello delle case della salute principali.

Le Case della salute HUB verranno collegate con il resto delle Case presenti su tutto il territorio, definendo il progetto case in rete. Progetto che vede la capacità di intercettare i bisogni e dare risposte alle persone da qualsiasi punto di accesso arrivino (CdS principale o collegata, sportello sociale, ospedale o MMG)

Tutte queste sedi, saranno collegate attraverso una robusta azione di **collegamento, integrazione,** sinergia organizzativa e professionale in modo che l'offerta nei due ambiti sia fruibile da tutti i cittadini del territorio.

Obiettivo è quello di definire ed integrare le sedi presenti nei due ambiti (Reno-Sasso e Lavino-Samoggia) . Particolare impegno è rivolto alla identificazione e costruzione della rete tra le sedi dell'ambito Lavino Samoggia (Zola, Bazzano e le sedi collegate) a partire dalla ridefinizione degli spazi dentro la sede di Bazzano.

Di seguito una sintetica descrizione dei servizi attualmente in essere :

Servizi /funzioni presenti Case della Salute

	Casalecchio di Reno	Via Cimarosa CdS Sasso Marconi	Osp. di Bazzano	CdS Lavino-Samoggia	Monteveglia	Monte S.Pietro	Crespellano	Calcara	Montepastore	Savigno	Castello di Serravalle
Allergologia	x		x	x							
Ambulatorio Infermieristico	x	x	x	x							
Ambulatorio Infermieristico	x	x	x	x							

Handwritten signatures and initials in blue ink on the right side of the page, including a large signature at the top and several smaller ones below.

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right.

Cronicità														
Angiologia				x										
Assistenza domiciliare	x		x	x	X									
Cardiologia	x		x	x	X									
Chirurgia	x			x										
Consultorio familiare	x		x	x	X									
CSM e ambulatori		x	x	x	X									
Cure palliative	x		x											
Dermatologia	x		x	x										
Diabetologia	x			x										
Diagnostica Radiologica	x			x										
Dietologia	x			x										
Distribuzione Farmaci	x		x	x										
Distribuzione Presidi diabetici	x		x	x	X									
Disturbi cognitivi	x													
Ecografia percorso nascita	x			x										
Endocrinologia	x			x										
Fisiatria	x			x										
Gastroenterologia				x										
Ginecologia	x		x	x	X									
Igiene Pubblica Ambulatori Vaccinali	x		x	x	X									
Medicina dello Sport		x												
Nefrologia	x			x										
Neurologia	x			x										
Neuropsichiatria	x		x	x	X									
Oculistica	x			x										
Odontoiatria	x													
Oncologia	x		x	x										
Ortodonzia	x													
Ortopedia	x			x										
Ostetricia	x		x	x	X									
Otorinolaringoiatria	x			x										
Pediatria di Comunità	x		x	x	X									
Percorso nascita ostetricia	x		x	x	X									
Pneumologia	x			x										
Psicologo CdS			x											
Punto Prelievi	x		x	x	X			x	x			x		x
Reumatologia			x											

Riabilitazione fisioterapia	x			x								
Screening mammografico	x			x								
SERT					x							
Servizio Ausili per incontinenza	x			x								
Spazio Giovani	x											
Urologia	x			x								
MMG in GRUPPO	x		x	x	x	x	x	x				
Continuità Assistenziale	x	x					x				x	
Ambulatori Amico				x		x		x	x	x	x	
	Casalecchio di Reno	Via Cimarosa	CdS Sasso Marconi	Osp. di Bazzano	CdS Lavino-Samoggia	Montevoglio	Monte S.Pietro	Crespellano	Calcarà	Montepastore	Savigno	Castello di Serravalle

Continuità Assistenziale/ex Guardia Medica

Sede	Da Lunedì a Venerdì	Sabato	Prefestivi	Orari di apertura al pubblico
Bazzano	20.00-8.00	8.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	10.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	
Monte S.Pietro	20.00-8.00	8.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	10.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	Eventuali visite ambulatoriali a seguito di valutazione del medico
Casalecchio di Reno	20.00-8.00	8.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	10.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	da lun a ven e prefestivi infrasettimanali: 20.00-22.00 sab, dom, festivi infrasettimanali 10.00-12.00; 16.00-18.00
Sasso Marconi	20.00-8.00	8.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	10.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	Eventuali visite ambulatoriali a seguito di valutazione del medico
Savigno	20.00-8.00	8.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	10.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)	Eventuali visite ambulatoriali a seguito di valutazione del medico visite ambulatoriali

Punti Prelievo

Struttura erogante	Note
CASA DELLA SALUTE LAVINO SAMOGGIA	ACCESSO DIRETTO da lunedì a sabato
CASA DELLA SALUTE SASSO MARCONI	ACCESSO DIRETTO da lunedì a sabato
BZ - POLIAMBULATORIO BAZZANO	da lunedì a sabato
CH - CASA DELLA SALUTE CASALECCHIO DI RENO	da lunedì a sabato
SH - POLIAMBULATORIO SAVIGNO	Eroga il lunedì ogni 2 settimane
CE - CREPELLANO	Eroga il Mercoledì e Venerdì
CI - AMBULATORIO CALCARA DI CREPELLANO	Eroga il Martedì e Giovedì
CF - AMBULATORIO CASTELLO DI SERRAVALLE	Eroga il lunedì ogni 2 settimane
MD - AMBULATORIO MONTE SAN PIETRO	Eroga il martedì e giovedì

Per questo si definiscono alcuni impegni:

- **Orientare ed ampliare** un modello assistenziale che, partendo dalla medicina di iniziativa, intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento, modello di presa in carico ambulatoriale infermieristica in integrazione con i Medici di Medicina Generale, per gestione multidisciplinare della cronicità nelle sedi Aziendali e non solo. Le parti convengono che quando sarà sottoscritto l' Accordo Nazionale della Medicina Generale, l'implementazione dello stesso sarà oggetto di confronto tra le parti firmatarie del presente accordo.

- Creare un forte collegamento con **Servizi Sociali** dei territori con l'obiettivo di prevedere la presenza degli stessi in tutte le case della salute

- Continuare a pianificare azioni per **Panalisi dei pazienti fragili con interventi proattivi** in sinergia con i **MMG e il servizio sociale**

- **Potenziare il sistema dell'ACCESSO** con forme più strutturate e maggiormente integrate tra tutti i canali di accesso attuali (sportello sociale, Cup, Portineria...) Ad esempio creare punti di accesso/ascolto competenti per pazienti e Care Giver con la presenza di operatori esperti e/o associazioni disponibili. E' prevista una prima sperimentazione presso la Casa della Salute di Casalecchio di Reno da effettuarsi entro il 2018, con l'obiettivo di estenderla alle altre realtà.

- Partendo da un'autosufficienza oggi al 53%, nel medio termine **potenziare l'autosufficienza territoriale puntando al 70%** nel corso dei prossimi 36 mesi per le branche specialistiche a maggior prevalenza.

- Mettere in campo interventi formativi per costruire modalità di lavoro integrato a partire da chi è coinvolto direttamente come **professionista**, come **politico**, come **cittadino fruitore**, come **associazioni e sindacati**.

Sono già in corso 2 FORMAZIONI sul CAMPO aperte anche ad **Associazioni e Organizzazioni Sindacali** . E' previsto ne siano organizzate altre per continuare il lavoro *in progress* previsto per accompagnare processi complessi di cambiamento come quello in corso.

Si ritiene importante costruire riconoscibilità della struttura a disposizione della comunità e favore della cultura della Prevenzione. A tal fine sono state programmate, e ne verranno programmate altre, iniziative di prevenzione su tutto il territorio distrettuale favorendo il metodo della cooprogettazione.

Si allega l'elenco delle iniziative fin'ora fatte.

Per quanto riguarda i tempi per la realizzazione della sede collegata di **Monte San Pietro** le parti concordano di dar corso ad una accurata analisi di fattibilità relativa a:

- valutazione degli spazi
- presenza infermieristica aziendale per seguire i pazienti cronici e fragili definiti con i MMG
- presenza del Pediatra di Libera Scelta
- presenza dell'Ostetrica per incontri informativi, educativi aperti
- programmi di informazione ed educazione per la popolazione su stili di vita e prevenzione presso la sede collegata (esempio fumo, cammino, alimentazione ecc)

Si conferma che in ogni Casa della Salute (Hub e Spoke) è previsto:

-1 Responsabile di Struttura

- 1 Responsabile Medico

- 1 Coordinatore infermieristico Ass. Domiciliare e/o Ambulatoriale .

- 1 Coordinatore: Fisioterapia, NPIA, Pediatria Territoriale, Consultorio, SerT
ciascuna di queste figure professionali può avere assegnate più strutture

L'ambulatorio Infermieristico è presente oggi in 4 sedi con i seguenti orari: (nel corso dei prossimi incontri saranno forniti i dati di accesso divisi per rispettiva struttura)

Apertura al pubblico			tot
Casalecchio	Amb inf Cronici	Dal lunedì al venerdì 07,30-13,30	6 h/die
	Amb Infermieristico	Dal lunedì al sabato 08,00-13,00	5h/die
	Ambulatorio terapie	Dal lunedì al venerdì 08.00-09.30	1.5 h/die
	Amb Inferm Cure Palliative	Merc 13-19 giov e Ven 08.30-13.00	15/sett
			Tot 69
Sasso Marconi	Amb inf Cronici e Risk Cardio	Dal lunedì al venerdì 08,00 - 10,00	2h/die
	Amb Infermieristico	Dal lunedì al venerdì 10,00 – 12.30	2,5h/die
	Amb palliative	Martedì 8.30-13.00 10.00-12.30 una volta/sett	4.5h
	Presidi diabetici	10.00-12.30 una volta /sett	
			Tot 32
Bazzano	Ambulatorio Cronici	Lunedì e mercoledì 08,00 - 13,00	5h/die
	Ambulatorio Infermieristico	Dal lunedì al sabato 10,00 - 13,00	3h/die
			Tot 28
Zola	Ambulatorio Cronici	Dal lun al ven 11.00-12.00	1h/die
	Amb Infer terapie	Dal lunedì al venerdì 10,00 – 11.00	1h/die
	Amb Infermieristico	Dal lunedì al sabato 10,00 – 12.00	2h/die
	Presidi Diabetici	Mart – giov dalle 12 alle 13.00	2h/sett
			Tot 24

OSPEDALE DI COMUNITA'/PROSSIMITA'

Alcuni dati su Ospedale di Bazzano

Posti Letto

Denominazione	n. PL	
Chirurgia	6	Tot 54 PL
Medicina	41	
Lungodegenza	8	
Attività DH polispecialistico (DS ginecologia, chirurgia, ortopedia, oculistica, medicina)	12	
Osservazione Breve Intensiva (OBI)	6	

▪ Dati di Accesso al Pronto Soccorso

Gli accessi al PS dell'Ospedale di Bazzano nell'anno 2016 sono 20.905, il 76% accede al PS nella fascia oraria 20.00-23.59, il 61% appartiene alla classe di età 18-64 anni, si osserva un aumento di accessi nel mese di luglio di un punto percentuale. Le parte convengono che entro giugno 2018 saranno forniti i anche i dati di accesso divisi per codice di gravità..

Variabile	ANNO 2016	
	PS BAZZANO	%
Inviato da		
decisione propria	18.003	86,1%
C O 118	1.681	8,0%
Altro	1.221	5,8%
totale	20.905	100,0%

Variabile	ANNO 2016	
	PS BAZZANO	%
Fascia Oraria		
24.00-06.59	1.779	8,5%
07.00-19.59	3.239	15,5%
20.00-23.59	15.887	76,0%
totale	20.905	100,0%

Variabile	ANNO 2016	
	PS BAZZANO	%
Classi Età		
00-17	1.589	7,6%
18-64	12.807	61,3%
65-74	2.394	11,5%
75 e oltre	4.115	19,7%
totale	20.905	100,0%
	ANNO 2016	

Variabile		
Mese Accesso	PS BAZZANO	%
01-GENNAIO	1.715	8,2%
02-FEBBRAIO	1.652	7,9%
03-MARZO	1.766	8,4%
04-APRILE	1.754	8,4%
05-MAGGIO	1.849	8,8%
06-GIUGNO	1.836	8,8%
07-LUGLIO	1.941	9,3%
08-AGOSTO	1.654	7,9%
09-SETTEMBRE	1.682	8,0%
10-OTTOBRE	1.653	7,9%
11-NOVEMBRE	1.623	7,8%
12-DICEMBRE	1.780	8,5%
totale	20.905	100,0%

Principali cause di ricovero

Ricoverati PS BAZZANO per Problema Principale e tipologia accesso ANNO 2016

Problema Principale	altro	C O 118	decisione propria	Totale
Alterazione del ritmo	9	1	12	22
Altri sintomi o disturbi	102	260	470	832
Altri sintomi sistema nervoso	4	29	13	46
Coma		2		2
Dispnea	40	124	95	259
Dolore addominale	16	34	77	127
Dolore precordiale		2	2	4
Dolore toracico	5	9	39	53
Emorragia non traumatica		1	8	9
Febbre	11	50	45	106
Intossicazione		2		2
Ipertensione arteriosa		1	3	4
Pneumologia Patologia respiratoria		2	1	3
Problema sociale	2		1	3
Psichiatrico		2	1	
Reazione allergica			2	2
Shock	1			1
Sindrome neurologica acuta		6	5	11
Sintomi o disturbi oculistici		1		1
Sintomi o disturbi orl		2	2	4
Sintomi o disturbi ost gin	1		2	3
Sintomi o disturbi urologici	2	6	27	35
Stato di agitazione psicomotoria	1	3	1	5

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'JW', 'Dr.', and others.]

Trauma	4	25	38	67
Totale	198	562	844	1.604

Provenienza accessi in PS

Variabile Comune Residenza	ANNO 2016	
	PS BAZZANO	%
ALTO RENO TERME	3	0,0%
ANZOLA DELL'EMILIA	818	3,9%
ARGELATO	8	0,0%
BARICELLA	2	0,0%
BAZZANO	1	0,0%
BENTIVOGLIO	1	0,0%
BOLOGNA	1.417	6,8%
BORGO TOSSIGNANO	0	0,0%
BUDRIO	4	0,0%
CALDERARA DI RENO	44	0,2%
CAMUGNANO	2	0,0%
CASALECCHIO DI RENO	1.501	7,2%
CASALFIUMANESE	0	0,0%
CASTEL D'AIANO	7	0,0%
CASTEL DEL RIO	0	0,0%
CASTEL DI CASIO	3	0,0%
CASTEL GUELFO DI BOLOGNA	0	0,0%
CASTEL MAGGIORE	20	0,1%
CASTEL SAN PIETRO TERME	10	0,0%
CASTELLO D'ARGILE	4	0,0%
CASTELLO DI SERRAVALLE	0	0,0%
CREPELLANO	1	0,0%
CASTENASO	7	0,0%
CASTIGLIONE DEI PEPOLI	5	0,0%
CREVALCORE	10	0,0%
DOZZA	0	0,0%
FONTANELICE	0	0,0%
GAGGIO MONTANO	3	0,0%
GALLIERA	5	0,0%
GRANAGLIONE	0	0,0%
GRANAROLO DELL'EMILIA	16	0,1%
GRIZZANA MORANDI	6	0,0%
IMOLA	10	0,0%
LIZZANO IN BELVEDERE	1	0,0%
LOIANO	3	0,0%
MALALBERGO	3	0,0%
MARZABOTTO	23	0,1%
MEDICINA	7	0,0%
MINERBIO	2	0,0%
MOLINELLA	5	0,0%
MONGHIDORO	2	0,0%

MONTE SAN PIETRO	1.318	6,3%
MONTERENZIO	1	0,0%
MONTEVEGLIO	0	0,0%
MONZUNO	27	0,1%
MORDANO	2	0,0%
OZZANO DELL'EMILIA	10	0,0%
PIANORO	9	0,0%
PIEVE DI CENTO	3	0,0%
PORRETTA TERME	0	0,0%
SALA BOLOGNESE	20	0,1%
SAN BENEDETTO VAL DI SAMBRO	12	0,1%
SAN GIORGIO DI PIANO	7	0,0%
SAN GIOVANNI IN PERSICETO	57	0,3%
SAN LAZZARO DI SAVENA	22	0,1%
SAN PIETRO IN CASALE	8	0,0%
SANT'AGATA BOLOGNESE	7	0,0%
SASSO MARCONI	281	1,3%
SAVIGNO	0	0,0%
VALSAMOGGIA	9.302	44,5%
VERGATO	73	0,3%
ZOLA PREDOSA	2.435	11,6%
EMILIA-ROMAGNA ALTRE PROV	2.212	10,6%
ALTRE REGIONI	712	3,4%
STATO ESTERO	387	1,9%
SENZA FISSA DIMORA/NON DEFINITO	46	0,2%
totale	20.905	100,0%

In generale la messa a regime delle attività svolte all'interno delle "Casa della Salute" distrettuali avverrà senza depotenziare l'Ospedale di Bazzano, unico punto ospedaliero di tutto il distretto. L'Ospedale oggi già caratterizzato per le attività di pronto soccorso, degenze ordinarie e attività di day hospital medico e chirurgico, rafforzerà la sua mission di riferimento nella riorganizzazione della rete di chirurgia generale e urologica aziendale per gli interventi a bassa e media complessità.

L'attività svolta all'interno dell'ospedale di Bazzano verrà definita nelle sue linee progettuali entro il 2018. Le linee così definite saranno oggetto di confronto sia con le categorie sindacali che con le organizzazioni sindacali ciascuno per le proprie competenze, garantendo una implementazione della dotazione organica per ciascuna attività.

LETTI di cure intermedie (OSCO)

L'OSCO prende in carico prevalentemente pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa: si tratta di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare).

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni e l'accesso può avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su richiesta del medico di famiglia, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso in caso di rischio ricovero inappropriato

La responsabilità clinica è di un Medico convenzionato o dipendente, ma in ogni caso resta fondamentale il raccordo con il MMG del paziente. Si conviene che tale responsabilità sarà definita al netto delle responsabilità oggi presenti presso l'ospedale di Bazzano.

Tenuto conto della popolazione distrettuale è prevista l'attivazione di sedi di letti tecnici di Cure Intermedie (Oscos) nei due ambiti territoriali.

Il punto ospedaliero di Bazzano (ambito Lavino-Samoggia) pur mantenendo inalterata la propria vocazione, vedrà attivati dei letti tecnici di cure intermedie (Oscos) per garantire la presa in carico dei pazienti del Distretto. In questa fase i letti ipotizzati sono 14-16, a tal fine sono in corso verifiche logistico- strutturali e l'analisi delle risorse professionali necessarie.

I posti letto porteranno ad un'implementazione della dotazione complessiva già presente all'interno del punto ospedaliero.

Per l'ambito **Reno-Sasso** le parti concordano di incontrarsi entro sei mesi dal presente accordo al fine di analizzare l'avanzamento della progettualità sull'attivazione dei letti tecnici che sono ipotizzati in un numero compreso tra **10 e 15**.

Si concorda fin da ora che verranno in ogni caso adottate modalità organizzative/operative che garantiscano che i letti OSCO siano gestiti nell'ottica "territoriale" dando la possibilità anche ai MMG di ricoverare direttamente dal domicilio dei pazienti.

Le parti concordano altresì di incontrarsi, periodicamente e comunque entro giugno 2018, per verificare l'efficacia delle modalità d'integrazione/comunicazione tra l'OSCO, le Case della Salute e i MMG.

UTILIZZO FRNA e FNA

Le parti concordano di costituire una cabina di regia (composta da tutte le figure tecniche e politiche, comunque da convocarsi entro marzo 2018) con i sindacati al fine di confrontarsi sull'utilizzo del FRNA e FNA e Fondi del "Dopo di Noi" definendo congiuntamente le priorità di utilizzo dei suddetti fondi.

ASSISTENZA DOMICILIARE E ALTRI SERVIZI DOMICILIARI

Viene previsto un potenziamento dell'assistenza domiciliare e/o degli altri servizi domiciliari.

In particolare si prevede di implementare l'accordo sottoscritto con il distretto di Bologna del 2011 sull'assistenza ai soggetti fragili individuando diverse tipologie di assistenza in base alla gravità dei soggetti.

Le parti concordano di andare al rinnovo dell'accordo sul progetto badando previo incontro di presentazione dello stato dell'arte e sugli sviluppi futuri e dei servizi domiciliari.

POLITICHE ATTIVE SUL LAVORO E REDDITO DI INSERIMENTO SOCIALE

L'Ufficio di Piano si impegna a fornire con il supporto dei tecnici di Asc Insieme i dati relativi alla Legge 14, sulle politiche attive sul lavoro, sul reddito di inserimento sociale e in generale sulle diverse misure di inclusione.

Viene previsto un incontro tematico per confrontarsi sull'integrazione della Legge 14 e sulle politiche attive sul lavoro e del reddito di inserimento sociale varato dalla Regione per valutarne i risultati ed apportare se necessario eventuali modifiche.

Verrà predisposto entro marzo 2018 un elenco di aziende inclusive.

NUOVO REGOLAMENTO CRA

Si dà atto che la CTSS è l'ente che sta definendo tempi e modalità di sperimentazione di una modifica regolamentare che non trova l'accordo del sindacato.

La sperimentazione è prevista per il periodo Febbraio – luglio 2018.

LA SFIDA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA DI QUALITÀ'

La sfida che tutti noi abbiamo davanti, e che tutti abbiamo condiviso è quella di creare un sistema integrato per dare al cittadino un servizio qualificato e che riconosca la professionalità degli addetti.

L'idea di fondo è che tra l'autosufficienza e la non-autosufficienza grave ci sono molti passaggi intermedi, ai quali si può rispondere in forma innovativa, con strumenti leggeri e flessibili che privilegiano la soluzione domiciliare con gradi crescenti di protezione, posticipando al massimo l'eventuale inserimento in struttura;

Prendendo atto che già ora i servizi sul distretto sono fortemente innovativi e personalizzati, si intende dare una rilettura complessiva dei servizi in termini di "FILIERA DELL'INNOVAZIONE SOCIALE" così da costruire una serie di risposte personalizzate e non per compartimenti stagni, articolate sui vari gradi della non autosufficienza, che faccia perno su una domiciliarità effettivamente protetta e su una presa in carico pro-attiva e precoce in grado di monitorare la fragilità, calibrare gli interventi.

In modo non esaustivo di seguito si elencano alcune delle attività fortemente innovative di supporto ai caregiver familiari progettate nell'ultimo anno con accesso bassa soglia (libero non tramite presa in carico) destinate a raggiungere anche target di utenza che di solito non si rivolgono ai servizi, nello specifico:

Gruppi di sostegno

- Il mio amico parkinson;
- Ri-troviamoci Monte San Pietro;
- Ri-troviamoci Valsamoggia;
- Cafè San Biagio (raddoppiata la frequenza).

Gruppi di auto mutuo aiuto

- Badiamoci;
- Barcollo ma non mollo;
- Genitori di persone in condizione di disabilità.

Formazione

allargamento della partecipazione ai rientri in aula a favore delle assistenti familiari inserite nella lista distrettuale anche ai caregiver familiari, di seguito le iniziative da gennaio 2017:

- Oggi ti narro di me, esperienze e testimonianze di chi vive l'alzheimer;
- L'analisi del bisogno assistenziale



- Alzheimer, demenze, strategie comunicative;
- La bellezza non ha età: messa in piega e manicure;
- Elaborazione del lutto: cosa accade se manca?
- Quando bere diventa un problema;
- Death caffè ovvero il Circolo dei mortali;
- Mobilizzazioni, posture e ausili.

Si intende dunque rinnovare e potenziare il progetto badando (progetto Badando 3.0) guardando all'assistenza domiciliare dal duplice punto di vista: del bisogno dell'assistito di ricevere assistenza qualificata e del bisogno del caregiver professionale e/o familiare di ricevere tutela, formazione e counseling adeguati.

Obiettivi centrali del nuovo progetto saranno:

- favorire la domiciliarità delle persone fragili;
- aumentare la qualificazione del lavoro di cura dei caregiver professionali e familiari, nella consapevolezza che il miglioramento della qualità assistenziale permette un miglioramento della qualità di vita delle persone fragili stesse;
- mettere a sistema l'assistenza familiare privata integrandola nei servizi territoriali;
- qualificare l'investimento della famiglia in termini di assistenza "out of pocket";
- favorire l'emersione del lavoro nero dei/delle "badanti";
- mediare tra famiglia e assistente familiare professionale.

A tal fine sono in fase di analisi e progettazione:

- una procedura per l'acquisizione di crediti formativi per giovani caregiver, validi in ambito scolastico;
- la creazione di un meeting center
- partenza di ulteriori gruppi di autoaiuto
- apertura di uno sportello dedicato sulla disabilità
- nuovo avviso per la selezione delle agenzie di interinali per la somministrazione dei pacchetti badando in maniera unitaria a livello metropolitano con ASC capofila;

A queste azioni si affiancheranno ulteriori azioni alcune già in fase di progettazioni altre da individuare e progettare, che saranno oggetto di confronto entro tre mesi.

La fragilità verrà monitorata, con l'obiettivo di aumentare la platea della popolazione complessivamente intesa non autosufficiente presa in carico, il perno del sistema è quindi la domiciliarità, integrata nella rete dei servizi, con supporti efficaci che aumentino il grado di protezione al crescere della non-autosufficienza, in questo quadro rientrano gli interventi di promozione e supporto ai caregiver familiari.

Viene confermato il ruolo degli operatori del servizio di assistenza familiare: che da esecutori di singole prestazioni sono approdati a funzioni di tutoraggio, inserendo gli assistenti familiari medesimi nella rete dei servizi; come per es. progetto badando.

QUALITA'

Le parti concordano che entro il 2018 verrà predisposto un piano triennale di rilevazione della qualità percepita che preveda già dal 2018 la somministrazione di questionari ai soggetti interessati e alle famiglie per meglio capire la rispondenza ai bisogni dei servizi erogati: assistenza domiciliare, centri diurni, case residenza, riguardo ai tempi di risposta alla domanda, all'efficacia relazionale, agli orari di apertura, a mobilità e trasporto.

Si prevede anche il coinvolgimento dei lavoratori.

POSTI IN CRA

Compatibilmente con le risorse assegnate del Frna, il numero di posti in Cra verrà implementato tendendo nel medio termine al raggiungimento di un numero di posti pari al 3% della popolazione ultra settantacinquenne in CRA, con una particolare attenzione alla questione dell'accesso del cittadino su tutte le reti CRA del territorio metropolitano.

Verranno monitorate le strutture residenziali con particolare attenzione al rispetto dei contratti di lavoro sottoscritti dalle organizzazioni nazionali maggiormente rappresentative

Nel 2018 verranno aumentati i posti come segue:

- oggi 321 PL definitivi e sollievo

- dal 2018 331 PL definitivi e sollievo

I dieci posti letto saranno prioritariamente individuati nell'area Casalecchio di Reno - Zola Predosa

CASE FAMIGLIA

E' in corso un monitoraggio a cura dell'apposita commissione 564 su tutte le case famiglia del distretto.

Entro il mese di Gennaio 2018 verranno presentati i risultati dello stesso.

Verrà prevista una regolamentazione delle case famiglia, oggetto di confronto, che preveda la sottoscrizione di un protocollo territoriale atto ad identificare strutture da inserire nelle cosiddette "white list".

STILI DI VITA E BISOGNO DI SALUTE

Preso atto che sul territorio distrettuale sono in corso innumerevoli iniziative mirata alla promozione dei corretti stili di vita,

in considerazione delle previsioni demografiche e statistiche riguardanti il territorio metropolitano bolognese, che prefigurano un costante invecchiamento della popolazione verrà definito, anche in collaborazione con il distretto e l'azienda sanitaria, un programma informativo per corretti stili di vita che favoriscano il benessere quotidiano e la prevenzione rispetto alla potenziale perdita di autosufficienza nell'età avanzata. Verrà inoltre strutturata una analisi/monitoraggio sul bisogno di salute del distretto.

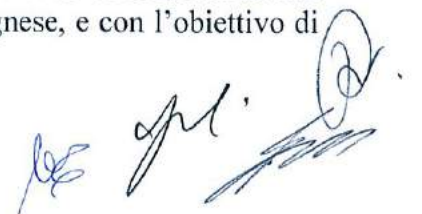
INFORTUNI SUL LAVORO

In collaborazione con gli enti preposti verranno forniti con modalità da concordare, utili indicazioni sulla gravissima situazione degli infortuni sul lavoro.

PROGETTO PER LA SALUTE DI GENERE

Il "Progetto per la salute di genere" parte dall'idea di garantire alle donne, e al genere, una presa in carico per dare una risposta al bisogno di salute complessivamente inteso.

Partendo dalla necessità di spostare sul territorio la presa in carico dei cittadini e l'assistenza, si concorda di definire un nuovo e specifico assetto del servizio relativo a tutto il Distretto Reno Lavino e Samoggia che garantisca anche un percorso territoriale di tutela e presa in carico della donna a "360 gradi", sui contenuti che sono oggetto del progetto "CENTRO TERRITORIALE SALUTE DI GENERE", già definito nel Distretto dell'Appennino Bolognese, e con l'obiettivo di esportare tale modello in tutti i distretti di Bologna e area metropolitana.



Ovviamente tale Progetto andrà valutato e calato nell'ambito della realtà del Distretto Reno lavino e samoggia; a tal fine si concorda la costituzione di un tavolo ad hoc che entro il mese di marzo definirà la realizzazione del Progetto.

Le parti infine concordano di attivare cinque tavoli tematici,rispettivamente:

- PIANO DI ZONA TRIENNALE
- OSPEDALE DI BAZZANO,
- SERVIZI A SOSTEGNO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE,
- LEGGE 14 INTEGRAZIONE SIA/RES
- SALUTE DI GENERE

Casalecchio di Reno,li

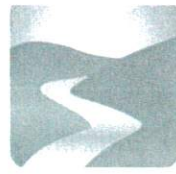
per il Distretto

per CGIL-CISL-UIL

Mario Fano
Nyana Pizzol
Gianni Pizzol

PER CGIL:
GIANNI PIZZOL
P. SRI-CGIL 2. *Antonio Pizzol*
FP CGIL *Poly Carati*
ASC Alberto Fanti
Vincenzo Carati
Francesco Melli

VIL. Pizzol
Superiore Pizzol



UNIONE DEI COMUNI

VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA
COMUNI DI CASALECCHIO DI RENO, MONTE SAN PIETRO, SASSO MARCONI,
VALSAMOGGIA E ZOLA PREDOSA

Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2018/2020

Accordo di concertazione sindacale

Il giorno 9 Luglio 2018 alle ore 16,30 presenti:

L'Unione dei Comuni rappresentata da :
Assessore ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari dell'Unione Sindaco Stefano Rizzoli

L'Azienda Sanitaria Distretto Reno Lavino e Samoggia rappresentata da:
la Direttrice di Distretto Dott.ssa Fabia Franchi

E

Le organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL confederali dei pensionati e di categoria, nelle persone di:

per la CGIL: Gianni Monte, Giuseppe Peri, Secondo Cavallari, Paolo Carati
per la CISL: Alberto Schincaglia, Vincenzo Curcio, Sergio Palmieri, Matteo Maltinti
per la UIL: Luciano Roncarelli

Le parti

Premesso che

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

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

1

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

- la CTSS in data 10 maggio 2018 ha elaborato ed approvato l'atto di indirizzo e coordinamento triennale.

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

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

Sottolineato il valore rappresentato dal confronto e la concertazione tra Parti Sindacali, Azienda Sanitaria e Unione come metodo di lavoro, alla luce anche dei risultati ottenuti, a partire dall'Accordo sul riordino territoriale dei Servizi sanitari e sociosanitari del distretto approvato nel mese di dicembre 2017.

Rilevato che il "Piano di zona per la salute e il benessere sociale -2018-2020" costituisce lo strumento unitario di programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria territoriale, rappresenta il punto di snodo e di interconnessione distrettuale con le scelte di intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale e di raccordo con altri strumenti di programmazione locale. La programmazione attuativa della sezione povertà, comprensiva delle risorse, avverrà attraverso apposita successiva integrazione del presente atto, da approvarsi con le modalità del programma attuativo annuale, in seguito alla definizione delle risorse nazionali e regionali destinate agli ambiti distrettuali.

Ritenuto che:

- per quanto riguarda i temi delle case della salute, delle cure intermedie, dell'implementazione dei letti di Cure Intermedie, i contenuti del presente accordo rappresentino la prima tappa per la valorizzazione sull'intero territorio distrettuale della medicina di iniziativa tesa a sviluppare complessivamente il ruolo di tutte le professioni sanitarie, incrementare in maniera adeguata le risorse umane necessarie, sottolineare il ruolo positivo dei pazienti e dei caregivers, in coerenza con quanto definito e concordato sul PSSR tra Regione Emilia Romagna ed OO. SS.

2

- in particolare sui temi relativi alla non autosufficienza vada sottolineato con forza il percorso che ci ha portato a sottoscrivere nel corso degli ultimi anni, a partire dal 2009, gli accordi relativi al protocollo badando finalizzato alla valorizzazione del lavoro di cura, all'emersione del lavoro nero, alla tutela delle famiglie stesse, nell'applicazione di contratti coerenti con la normativa nazionale e regionale sperimentando ulteriori percorsi che ci hanno portato a sottoscrivere il nuovo progetto badando 3.0 quale forte elemento di novità sull'intera filiera e presentato dalle OO. SS. unitariamente nel Piano strategico metropolitano come modello da sperimentare a livello Metropolitano (**accordo allegato al Piano di zona**) .

Considerato che, in tale contesto, alla luce anche degli ultimi fatti **le parti invitano con forza** la Regione ad intervenire sulla normativa del 2000 sulle case famiglie per anziani e disabili e coerentemente con quanto definito dall' accordo di riorganizzazione, le parti impegnano il distretto e la direzione dello stesso ad individuare le strutture che meritano di essere inserite nella c.d. **White list a garanzia dei pazienti, dei loro familiari e dei lavoratori/lavoratrici.**

Giudicata l'importanza del ruolo della concertazione, della condivisione comune della priorità su cui intervenire e delle modalità sull'utilizzo delle risorse messe a disposizione per finanziare tutte le attività del piano attuativo 2018, siano esse derivanti da fondi regionali, nazionali o europei.

Dato atto che:

- in merito alle risorse messe a disposizione di cui per altro non c'è ancora effettiva certezza le parti sottolineano forte preoccupazione per il mancato adeguamento delle risorse del Fondo Regionale Non Autosufficienza il cui stanziamento è praticamente invariato da diversi anni nonostante i bisogni e le necessità siano ampiamente aumentate, anche in relazione ai fondi sociali nazionali e per le politiche abitative il cui fondo di sostegno era alla base della riforma della L. 431/98 che ha introdotto il canone concordato ma che da diversi anni non viene finanziato.

- le parti sottolineano con soddisfazione l'incremento degli stanziamenti nazionali e regionali dei fondi finalizzati a contrastare la povertà vera emergenza degli ultimi 10 anni di crisi, il REI ed il RES recentemente modificato dalla giunta regionale devono essere strumenti non di carattere assistenziale ma bensì creare i presupposti concreti per incrementare le potenzialità occupazionali dei soggetti socialmente svantaggiati anche con adeguati percorsi formativi e coerenti controlli da parte della P. A. delle risorse a ciò deputate destinate alle aziende per i tirocini formativi.

- in questa ottica le parti definisco la creazione **dell'albo delle aziende socialmente responsabili** del distretto con l'impegno al monitoraggio dei percorsi di inclusione lavorativa.

Sottolineato il ruolo a cui sono chiamati i servizi per il lavoro in un gioco di squadra complessivo che deve vedere tutti i soggetti coinvolti come protagonisti per riuscire a raggiungere adeguati livelli occupazionali congrui con le risorse messe in campo, per questo motivo in coerenza con il presente accordo distrettuale, le parti si impegnano ad una verifica costante finalizzato alla piena implementazione dello stesso su questi temi individuati come prioritari dal PSSR stesso e condivisi con tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione.

Visto il documento "Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2018 - 2020" a cui viene allegato il presente accordo per farne parte integrante e sostanziale e dato che nello stesso sono state recepite le integrazioni proposte dalle parti sindacali;

Rilevato che vengono individuate alcune priorità d'azione che possono costituire alcuni dei punti forza del Piano:

- lo sviluppo della medicina d'iniziativa e di un modello proattivo di intervento socio-sanitario;

- la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- il riconoscimento e la valorizzazione del lavoro di cura dei caregiver professionali e familiari;
- l'attuazione piena delle misure di contrasto alla povertà imperniata su RES/SIA/REI/L14 e con la creazione di un albo delle aziende socialmente responsabili;
- la valorizzazione delle competenze ed autonomie delle persone con disabilità;
- la creazione di una White list di case famiglia, così da coinvolgerle nella rete dei servizi rivolti alla non autosufficienza.

tutto ciò premesso

le OO.SS esprimono condivisione e aderiscono al "Piano di zona per la salute e il benessere sociale -2018 -2020", comprensivo del Programma attuativo 2018;

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

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

Ente

Firma

Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia

Sindaco Stefano Rizzoli

Azienda sanitaria Distretto Reno Lavino e Samoggia

Direttrice Fabia Franchi

CGIL :

Gianni Monte

Giuseppe Peri

Secondo Cavallari

Paolo Carati

CISL:

Alberto Schincaglia

Vincenzo Curcio

Sergio Palmieri

Matteo Maltinti

UIL:

Luciano Roncarelli

CISL

UIL

PROFILO DI COMUNITÀ DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI BOLOGNA



Redazione e coordinamento del profilo di Comunità a cura di:

Francesco Bertoni e Alessandra Apollonio

Città metropolitana di Bologna

Capitoli 1, 2, 3 a cura di Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Claudia Altieri

Città metropolitana di Bologna

Capitoli 4, 5 a cura di Paolo Pandolfi, Natalina Collina, Paolo Marzaroli, Vincenza Perlangeli

Azienda Usl di Bologna

Capitoli 6, 8 a cura di Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio

Città metropolitana di Bologna

Capitoli 7, 9 a cura di Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Tiziana Di Celmo

Città metropolitana di Bologna

Capitolo 10 a cura di Claudia Ceccarelli, Alessandra Apollonio

Città metropolitana di Bologna

Si ringraziano per la disponibilità:

Monica Minelli, Michele Baccharini, Alice Scagliarini, Carlotta Gentili, Licia Bruno

Azienda Usl di Bologna

Marisa Lucon

Città metropolitana di Bologna

Gianni Sgaragli

Comune di Bologna

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

PROFILO DI COMUNITÀ DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI BOLOGNA

SOMMARIO

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

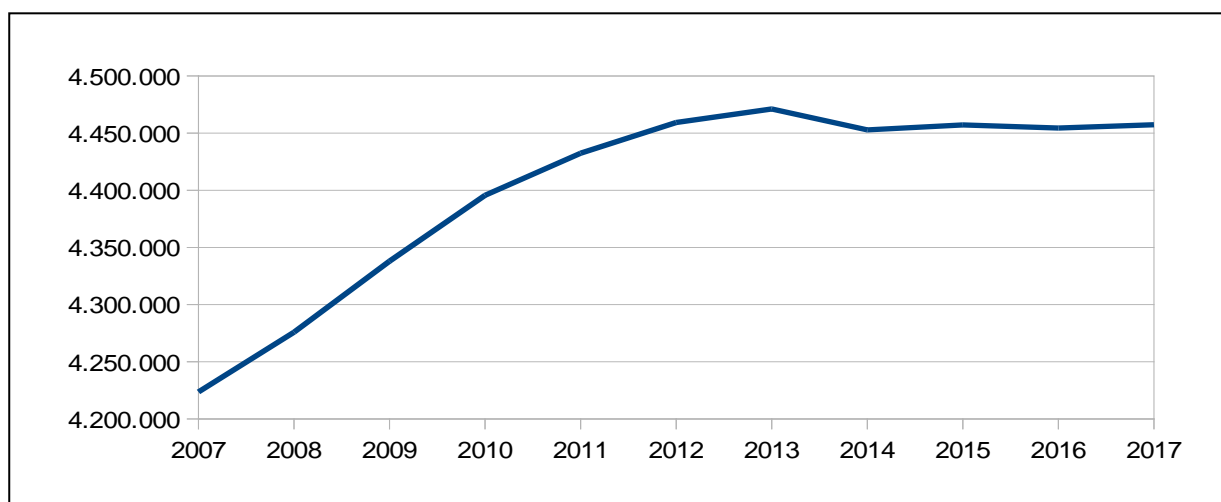
7.3 LE SCUOLE PRIMARIE.....	70
7.4 SCUOLE SECONDARIE	72
7.4.1 LE SCUOLE SECONDARIE DI I° GRADO	72
7.4.2 LE SCUOLE SECONDARIE DI II° GRADO	73
7.5 BAMBINI/ALUNNI CON DISABILITA': L'IMPEGNO DEGLI ENTI LOCALI	75
7.5.1 NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: ALCUNI DATI	76
7.5.2 L'IMPATTO SUGLI ENTI LOCALI	77
8. NON AUTOSUFFICIENZA	80
8.1 GLI ANZIANI	80
8.1.1 L'ANDAMENTO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA.....	80
8.1.2 UNA DISAGGREGAZIONE PER FASCIA DI ETÀ E DISTRETTO.....	81
8.1.3 UN TENTATIVO DI STIMA DELLA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE ...	83
8.1.4 LA STRUTTURA DELL'OFFERTA DEI SERVIZI NEL TERRITORIO BOLOGNESE	84
8.1.4.1. LE STRUTTURE RESIDENZIALI ACCREDITATE: LA CRA.....	85
8.1.4.2. LE STRUTTURE RESIDENZIALI AUTORIZZATE.....	86
8.1.4.3 LE STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI (CENTRO DIURNO).....	87
8.1.4.4 SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ	88
8.2 I DISABILI ADULTI.....	89
8.2.1 LA PRESA IN CARICO SOCIOSANITARIA DEGLI ADULTI DISABILI	89
9. CONTRASTO ALLA POVERTÀ: INTERVENTI PER L'INCLUSIONE SOCIALE	92
9.1 VERSO LA RICOSTRUZIONE DELLE MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTÀ E PER L'INCLUSIONE SOCIALE	92
9.2 I BISOGNI DEI CITTADINI ALLO SPORTELLLO SOCIALE.....	92
9.3 LE DOMANDE EFFETTIVE DI CONTRIBUTI A CONTRASTO DELLA POVERTÀ	93
9.4 LEGGE REGIONALE 14/2015	96
9.5 BORSE DI STUDIO	97
10. IL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE: I DATI DEL MONITORAGGIO DELL' "ACCORDO DI AMBITO METROPOLITANO PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ DI ACCOGLIENZA, ASCOLTO ED OSPITALITÀ PER DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA"	100

1. PROFILO SOCIO-DEMOGRAFICO

1.1 DINAMICA E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

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

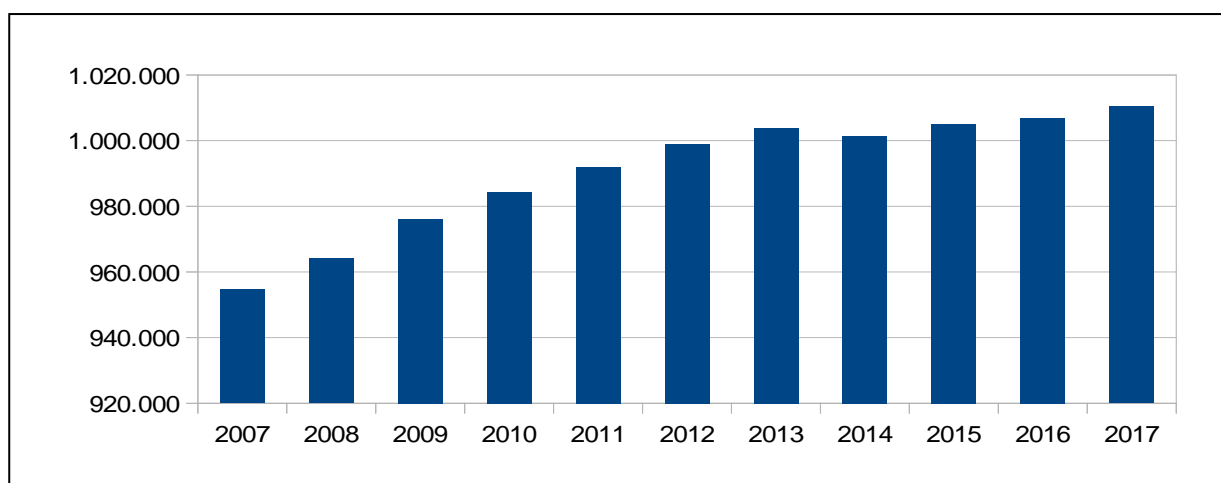
Grafico 1.1 - Popolazione residente in Emilia Romagna. Serie storica 2007-2017



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

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

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

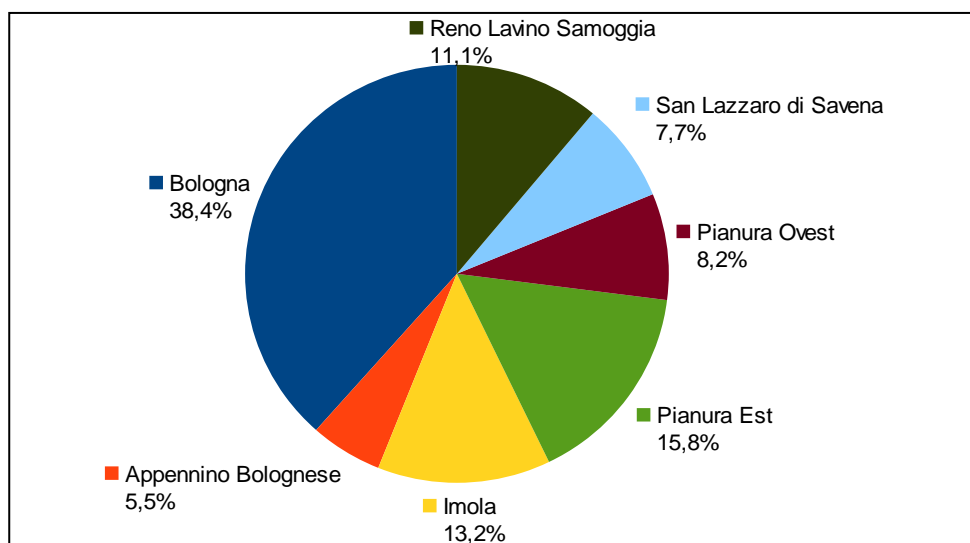


Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

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

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

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



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

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

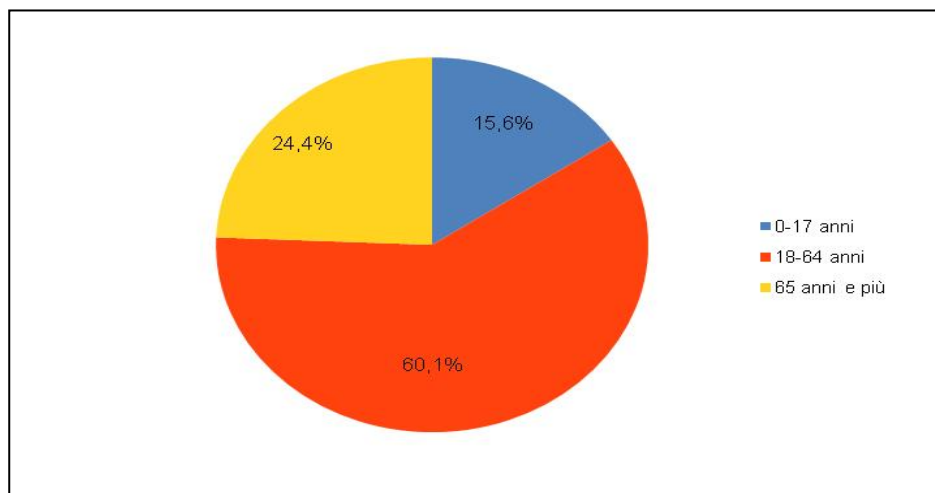
Tabella 1.1 - Popolazione residente nell'area metropolitana di Bologna per distretto e genere. Anno 2017

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

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

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

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



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

1.2 LA POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETÀ

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

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

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

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

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

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

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

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

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

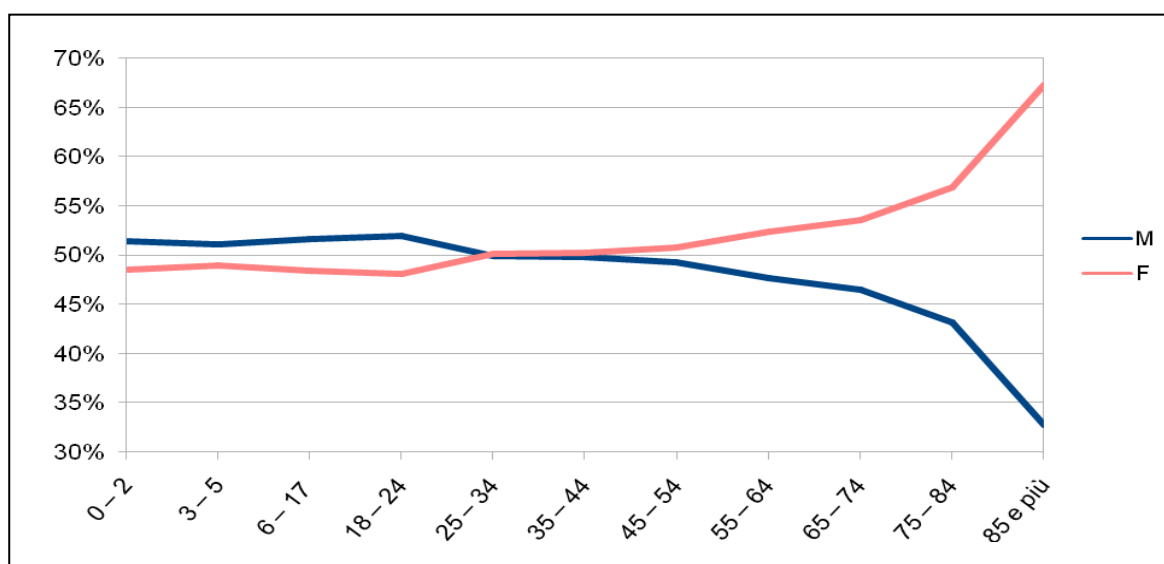
Tabella 1.4 - Anziani per classi d'età. Valori assoluti e valori percentuali. Anno 2017

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

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

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

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



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

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

Tabella 1.5. Popolazione residente per distretto e fasce d'età. Anno 2017

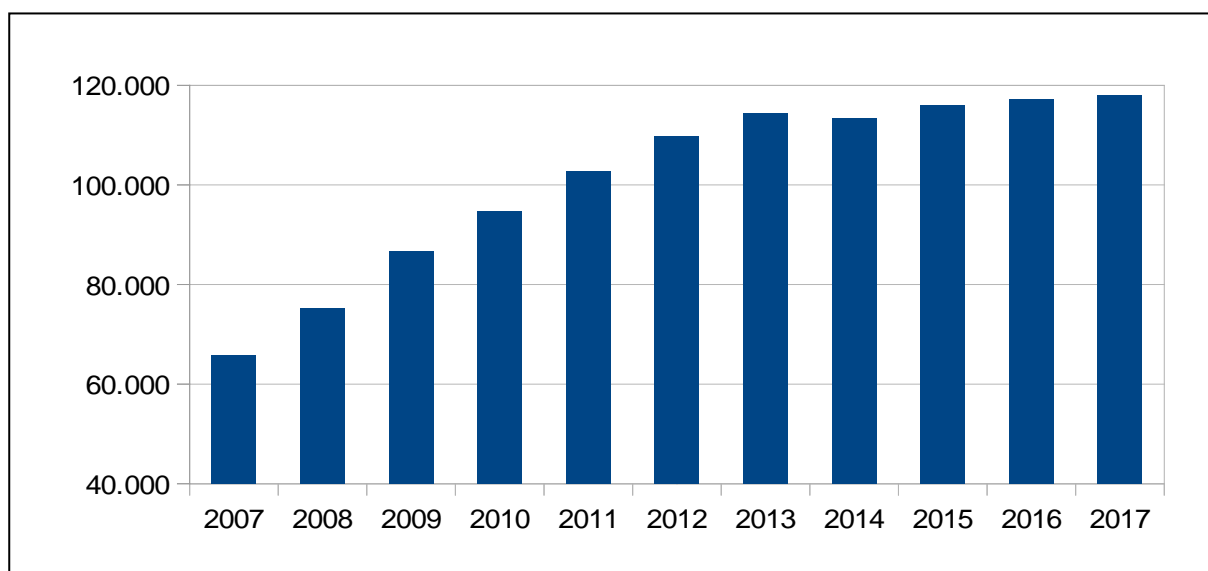
	0 – 2	3 – 5	6– 17	18 – 64	65 – 74	75 – 84	85 e più	Totale	% sul totale
Bologna	9.564	9.324	54.601	235.152	42.210	37.009	19.395	388.367	38,4%
Appennino Bolognese	1.116	1.291	8.114	33.179	6.956	5.018	2.417	55.684	5,5%
Imola	3.330	3.656	22.045	79.617	14.596	11.788	5.487	133.533	13,2%
Pianura Est	4.010	4.584	27.331	96.691	17.165	12.892	5.847	159.926	15,8%
Pianura Ovest	2.117	2.389	14.537	50.048	8.816	6.731	2.948	83.080	8,2%
Reno,Lavino,Samoggia	2.717	2.959	18.362	66.366	12.798	10.180	4.306	112.012	11,1%
San Lazzaro di Savena	1.683	1.999	12.286	45.948	9.450	7.250	2.881	77.815	7,7%
Area Metropolitana	24.537	26.202	157.276	607.001	111.991	90.868	43.281	1.010.417	100,0%
% sul totale	2,4%	2,6%	15,6%	60,1%	11,1%	9,0%	4,3%	100,0%	

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

1.3 LA POPOLAZIONE STRANIERA

La popolazione straniera residente nell'area metropolitana ammontava nel 2017 a 118.013 unità, 770 in più rispetto al 2016. La dinamica degli ultimi dieci anni (Grafico 1.6) evidenzia un aumento costante fino al 2013, per poi arrestarsi e mostrare un andamento pressoché stazionario negli anni successivi.

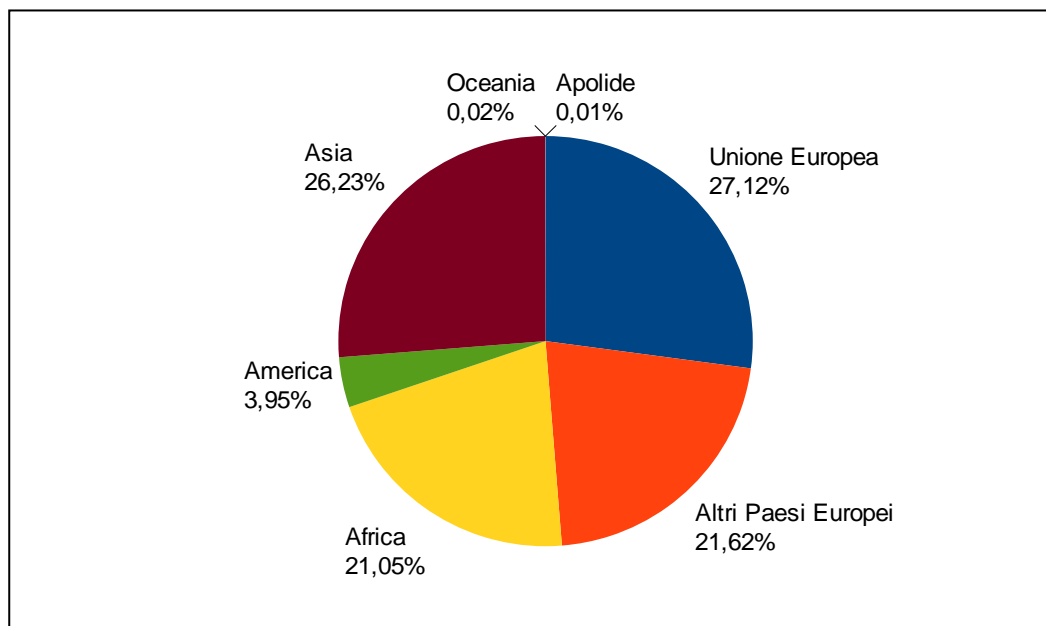
Grafico 1.6 - Popolazione straniera residente nell'area metropolitana di Bologna. Serie storica 2007-2017



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Rispetto alle aree di provenienza, più di un quarto della popolazione straniera (27,12%) proviene dall'Unione Europea, seguito da Asia (26,23%), altri paesi europei (21,62%) e Africa (21,05%).

Grafico 1.7 - Aree di provenienza degli stranieri residenti nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2016



Fonte: Atlante Statistico metropolitano

La popolazione straniera rappresenta l'11,7% del totale della popolazione residente nell'area Metropolitana (tabella 1.6). In particolare, si nota come l'incidenza degli stranieri sia al di sopra della media a Bologna (15,4%).

Tabella 1.6 - Popolazione residente straniera per distretto. Anno 2017

	Totale residenti stranieri	% su totale popolazione residente
Bologna	59.646	15,4%
Appennino Bolognese	5.495	9,9%
Imola	12.736	9,5%
Pianura Est	14.371	9,0%
Pianura Ovest	8.571	10,3%
Reno, Lavino, Samoggia	10.998	9,8%
San Lazzaro di Savena	6.196	8,0%
Area Metropolitana	118.013	11,7%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

La composizione della popolazione straniera nei distretti, disaggregata per genere, evidenzia che, nel 2017, a livello metropolitano le donne straniere residenti risultano 64.288 e rappresentano il 54,5% del totale della popolazione straniera, mentre gli uomini sono 53.725, pari al 45,5% del totale della popolazione straniera.

Tabella 1.7 - Popolazione straniera residente nell'area metropolitana di Bologna per distretto e genere. Anno 2017

	M residenti		F residenti	
	N	%	N	%
Bologna	27.663	46,4%	31.983	53,6%
Appennino Bolognese	2.488	45,3%	3.007	54,7%
Imola	5.690	44,7%	7.046	55,3%
Pianura Est	6.321	44,0%	8.050	56,0%
Pianura Ovest	3.970	46,3%	4.601	53,7%
Reno, Lavino, Samoggia	4.969	45,2%	6.029	54,8%
San Lazzaro di Savena	2.624	42,3%	3.572	57,7%
Area Metropolitana	53.725	45,5%	64.288	54,5%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Di seguito (Tabella 1.8) si riporta il dettaglio distrettuale della popolazione straniera per fasce d'età. Si può notare come la popolazione straniera sia una compagine molto più giovane rispetto alla popolazione italiana (riportata nella Tabella 1.5).

Tabella 1.8 -Popolazione straniera residente per distretto e fasce d'età. Anno 2017

	0 – 2	3 – 5	0 – 17	18 – 64	65 – 74	75 – 84	85 e più	Totale	% sul tot pop	% su tot pop straniera
Bologna	2.583	2.383	11.966	45.506	1.622	466	86	59.646	5,90%	50,54%
Appennino Bolognese	234	236	1.186	4.069	175	49	16	5.495	0,50%	4,66%
Imola	620	572	2.791	9.446	366	119	14	12.736	1,30%	10,79%
Pianura Est	735	696	3.288	10.586	369	109	19	14.371	1,40%	12,18%
Pianura Ovest	418	436	2.046	6.235	190	80	20	8.571	0,80%	7,26%
Reno, Lavino, Samoggia	491	502	2.360	8.229	299	93	17	10.998	1,10%	9,32%
San Lazzaro di Savena	251	268	1.238	4.751	148	45	14	6.196	0,60%	5,25%
Totale	5.332	5.093	24.875	88.822	3.169	961	186	118.013	11,70%	100,00%
% sul totale	4,5%	4,3%	21,1%	75,3%	2,7%	0,8%	0,2%	100,0%		

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

1.4 TASSI E SALDI DEMOGRAFICI

Con saldo naturale si intende la differenza tra nati vivi e morti in un determinato anno. Il saldo migratorio è invece la differenza tra il numero di immigrati e quello di emigrati. In particolare, è l'eccedenza o il deficit di iscrizioni per immigrazione dall'estero rispetto alle cancellazioni per emigrazione per l'estero intercorse in un determinato periodo.

La somma dei due saldi corrisponde al saldo anagrafico totale. Tale saldo indica la differenza positiva o negativa che ha subito il numero di residenti in un dato periodo di tempo. Nell'anno 2016, nell'area metropolitana bolognese la popolazione presenta un saldo demografico totale pari a +3.379 unità. Tale saldo complessivo è costituito da un saldo naturale negativo pari a -3.507 unità ed un saldo migratorio positivo pari a +6.886 unità (Tabella 1.10).

Tabella 1.10 - Saldo naturale, saldo migratorio e saldo demografico totale nei distretti della Città Metropolitana di Bologna. Valori assoluti, 2016

	Saldo naturale	Saldo migratorio	Saldo demografico totale
BOLOGNA	-1.540	3.244	1.704
APPENNINO BOLOGNESE	-399	72	-327
IMOLA	-329	490	161
PIANURA EST	-444	1.061	617
PIANURA OVEST	-112	410	298
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	-366	790	424
SAN LAZZARO DI SAVENA	-317	819	502
Area Metropolitana	-3.507	6.886	3.379

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

Il tasso di crescita naturale viene definito come rapporto tra il saldo naturale e la popolazione media di quell'anno, per mille abitanti. Il tasso di crescita migratorio si calcola invece come rapporto tra il saldo migratorio estero e l'ammontare medio annuo della popolazione residente, per mille abitanti. Il tasso di crescita totale, dato dalla somma dei due tassi precedenti, esprime la variazione (per 1.000 abitanti) che ha caratterizzato la consistenza di una popolazione in un determinato periodo di tempo.

Nell'anno 2016 il tasso di crescita totale nell'area metropolitana di Bologna è pari a 3,4 per mille abitanti; fatta eccezione per il distretto dell'Appennino Bolognese, che presenta un tasso di crescita totale negativo (pari a -5,9 per mille), gli altri territori presentano tassi di crescita positivi.

Tabella 1.11 - Tasso di crescita naturale, migratoria e totale nei distretti della Città Metropolitana di Bologna. Valori per mille abitanti, 2016

	Tasso di crescita naturale	Tasso di crescita migratoria	Tasso di crescita totale
BOLOGNA	-4	8,4	4,4
APPENNINO BOLOGNESE	-7,2	1,3	-5,9
IMOLA	-2,5	3,7	1,2
PIANURA EST	-2,8	6,7	3,9
PIANURA OVEST	-1,4	5	3,6
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	-3,3	7,1	3,8
SAN LAZZARO DI SAVENA	-4,1	10,6	6,5
Area Metropolitana	-3,5	6,8	3,4

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

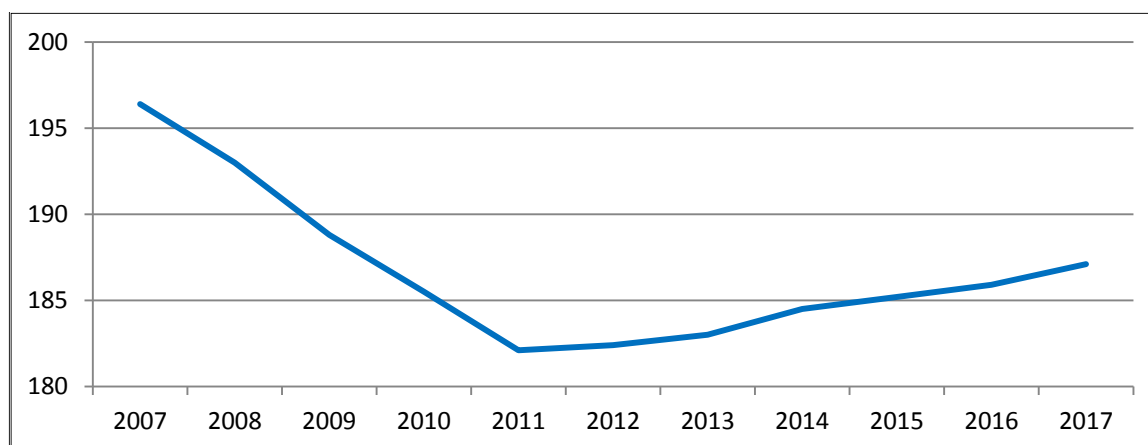
1.5 INDICI DEMOGRAFICI

Di seguito si riportano alcuni indici demografici, con l'obiettivo di sottolineare alcune caratteristiche della popolazione dell'area metropolitana bolognese.

Indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia è costituito dal numero di anziani con 65 anni e più ogni 100 giovani con meno di 15 anni. Nel 2017 tale indice era pari a 187,3; nel territorio bolognese, in altre parole, ci sono 187 anziani ogni 100 giovani (vedi grafico 1.8). Tale indice presenta un andamento calante dal 2006 al 2011 (anno nel quale ha raggiunto un "minimo" pari a 182), per poi crescere negli anni successivi.

Grafico 1.8 - Andamento dell'indice di vecchiaia nell'area metropolitana di Bologna. Anni 2006-2017



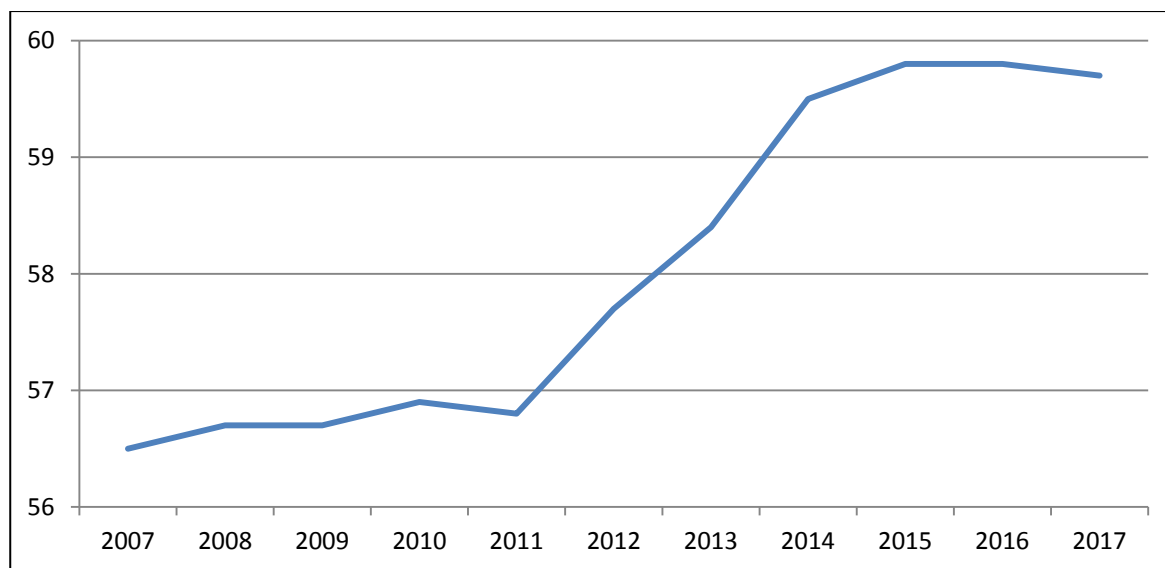
Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Indice di dipendenza

L'indice di dipendenza è costituito dal rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (data dalla somma della popolazione nelle classi di età tra 0 e 14 anni e oltre 64 anni) e la popolazione attiva (data dalla popolazione nella classe di età tra 15 e 64 anni).

Tale indice calcola il numero di individui in età non attiva ogni 100 individui in età attiva, fornendo indirettamente una misura della sostenibilità economica della struttura di una popolazione. Nell'area metropolitana di Bologna l'indice di dipendenza presenta un valore pari al 59,8% e risulta in pressoché continuo aumento (con intensità diversificate a seconda degli anni) nel periodo considerato (Grafico 1.9).

Grafico 1.9 - Andamento dell'indice di dipendenza nell'area metropolitana di Bologna. Anni 2006-2017



Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

2. PROFILO SOCIO-ECONOMICO

2.1 I REDDITI

Il reddito complessivo medio dell'area metropolitana di Bologna nell'anno 2015 era pari a € 23.151. I distretti di Bologna, Reno, Lavino e Samoggia e San Lazzaro di Savena presentano un reddito superiore alla media metropolitana.

Nel territorio metropolitano i contribuenti con reddito complessivo inferiore a 15.000 euro rappresentano il 33,4% del totale; i contribuenti con un reddito complessivo superiore a 55.000 euro rappresentano, invece, il 4,8% del totale (tabella 1).

Tabella 2.1 - Redditi complessivi medi nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2015

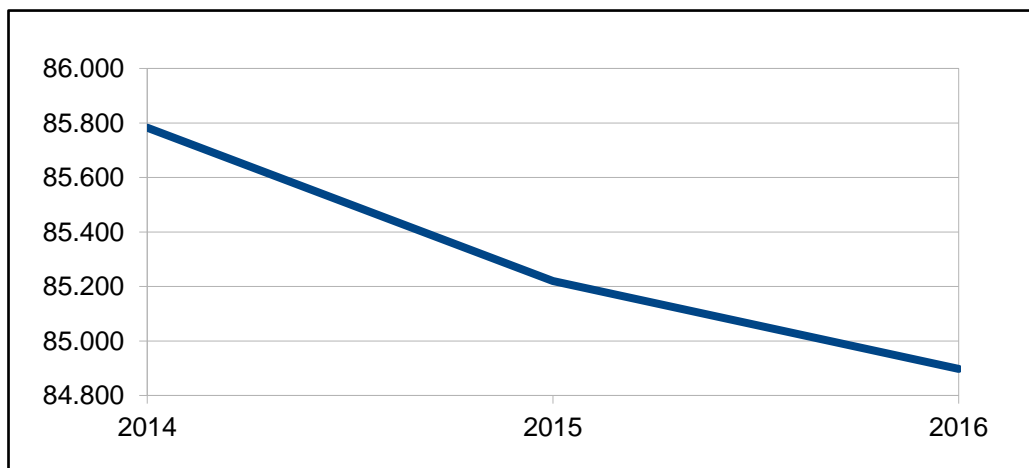
	Reddito complessivo medio	% contribuenti con red. Compl. < 15.000 euro	% contribuenti con red. Compl. > 55.000 euro	% reddito da lavoro dipendente	% reddito da lavoro autonomo	% reddito da pensione
BOLOGNA	26.860	33,5%	8,5%	47,6%	7,0%	29,6%
APPENNINO BOLOGNESE	20.964	36,3%	3,2%	50,6%	2,2%	32,9%
IMOLA	22.415	34,6%	4,4%	53,3%	3,0%	30,3%
PIANURA EST	23.064	32,6%	4,5%	55,0%	2,7%	28,5%
PIANURA OVEST	23.047	32,7%	4,5%	55,5%	2,4%	27,6%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	25.226	31,4%	6,4%	52,1%	3,6%	28,5%
SAN LAZZARO DI SAVENA	25.872	31,1%	7,2%	48,9%	4,9%	29,5%
Area metropolitana	23.151	33,4%	4,8%	52,8%	3,1%	29,7%

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

2.2 LE IMPRESE

Dal 2014 al 2016 si registra un calo delle imprese attive nell'area metropolitana di Bologna, pari a 885 unità (Grafico 2.1).

Grafico 2.1. Imprese attive nell'area metropolitana di Bologna. Anno 2014, 2015 e 2016



Fonte: Atlante Statistico metropolitano

Nel 2016 le imprese attive erano 84.898, suddivise per settore economico come descritto nella tabella seguente.

Tabella 2.2 - Imprese attive per settore economico, per distretto, valori assoluti. Anno 2016

	Agricoltura	Industria	Costruzioni	Commercio	Alloggio e ristorazione	Altri servizi	Totale
BOLOGNA	682	2.130	3.953	8.859	2.961	13.874	32.459
APPENNINO BOLOGNESE	908	519	1.027	990	397	968	4.809
IMOLA	2.226	1.293	1.798	2.188	623	2.765	10.893
PIANURA EST	2.221	1.871	2.186	3.159	713	3.795	13.945
PIANURA OVEST	1.063	1.157	1.355	1.647	381	1.911	7.514
RENO LAVINO E SAMOGGIA	1.085	1.217	1.472	2.284	526	2.638	9.222
SAN LAZZARO DI SAVENA	554	820	982	1.531	359	1.810	6.056
AREA METROPOLITANA	8.739	9.007	12.773	20.658	5.960	27.761	84.898

Fonte: Atlante Statistico metropolitano

I settori di attività delle imprese presentano una distribuzione territoriale che rispecchia le caratteristiche dei territori. Il settore agricolo, come si può dedurre dalla sua specificità, è molto presente nelle periferie: nel territorio imolese, per esempio, le imprese agricole rappresentano il 20,4% del totale. Nel capoluogo il 27,3% delle imprese è di tipo commerciale e il 42,7% è rappresentato da altri servizi.

Tabella 2.3 - Imprese attive per settore economico, per distretto, valori percentuali. Anno 2016

	Agricoltura	Industria	Costruzioni	Commercio	Alloggio e ristorazione	Altri servizi	Totale
BOLOGNA	2,1%	6,6%	12,2%	27,3%	9,1%	42,7%	100%
APPENNINO BOLOGNESE	18,9%	10,8%	21,4%	20,6%	8,3%	20,1%	100%
IMOLA	20,4%	11,9%	16,5%	20,1%	5,7%	25,4%	100%
PIANURA EST	15,9%	13,4%	15,7%	22,7%	5,1%	27,2%	100%
PIANURA OVEST	14,1%	15,4%	18,0%	21,9%	5,1%	25,4%	100%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	11,8%	13,2%	16,0%	24,8%	5,7%	28,6%	100%
SAN LAZZARO DI SAVENA	9,1%	13,5%	16,2%	25,3%	5,9%	29,9%	100%
AREA METROPOLITANA	10,3%	10,6%	15,0%	24,3%	7,0%	32,7%	100%

Fonte: Atlante Statistico metropolitano

La tabella 2.4 riporta i dati relativi alle imprese attive giovanili, femminili e straniere nell'anno 2016. Le imprese giovanili rappresentano il 7,7% del totale sull'ambito metropolitano, le imprese femminili il 21,04% e le imprese straniere l'11,48%.

Tabella 2.4 - Imprese giovanili, femminili e straniere nell'area Metropolitana di Bologna. Anno 2016

	Giovanili	Femminili	Straniere	% Imprese giovanili su imprese totali	% Imprese femminili su imprese totali	% Imprese straniere su imprese totali
BOLOGNA	2.783	7.116	4.952	8,58%	21,93%	15,26%
APPENNINO BOLOGNESE	372	1.140	453	7,74%	23,72%	9,42%
IMOLA	793	2.182	881	7,28%	20,03%	8,09%
PIANURA EST	983	2.768	1.278	7,05%	19,85%	9,17%
PIANURA OVEST	516	1.466	774	6,87%	19,51%	10,30%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	643	1.927	902	6,97%	20,90%	9,78%
SAN LAZZARO DI SAVENA	442	1.257	501	7,30%	20,76%	8,27%
AREA METROPOLITANA	6.532	17.856	9.741	7,70%	21,04%	11,48%

Fonte: Atlante Statistico metropolitano

2.3 IL MERCATO DEL LAVORO

I dati dell'Osservatorio del mercato del lavoro di seguito elaborati sono riferiti al primo semestre del 2016². Da gennaio a luglio 2016 sono stati rilevati nell'area metropolitana di Bologna 6.794 inoccupati³ e 59.905 disoccupati⁴. Le tabelle 2.5, 2.6 e 2.7 riportano i dati relativi allo status di inoccupazione e disoccupazione nei vari distretti dell'area metropolitana bolognese.

Tabella 2.5 – Inoccupati, per distretto e nazionalità, valori assoluti, I° semestre 2016

	INOCCUPATI		
	Italiani	Stranieri	Totale inoccupati
BOLOGNA	1.928	1.250	3.178
APPENNINO BOLOGNESE	274	200	474
IMOLA	462	310	772
PIANURA EST	583	223	806
PIANURA OVEST	324	180	504
RENO LAVINO E SAMOGGIA	392	221	613
SAN LAZZARO DI SAVENA	282	165	447
AREA METROPOLITANA	4.245	2.549	6.794

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

2 I dati dell'Osservatorio del mercato del lavoro della Città metropolitana raccolti dal 2015 in poi non possono più essere confrontati con gli analoghi dati degli anni precedenti in quanto è stata usata una metodologia differente. In particolare, dal 1 febbraio 2015 è stata data piena attuazione alla Delibera di Giunta Regionale n.2025/2013 che prevede nuove regole per la conservazione dello stato di disoccupazione in particolare per quello che riguarda la Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro (DID), la cui mancata conferma da parte del lavoratore, trascorsi 6 mesi dal primo colloquio di orientamento, comporta automaticamente la perdita dello stato di disoccupazione. La finalità di tali disposizioni è stata quella di consentire un costante aggiornamento delle banche dati relative alle persone in cerca di lavoro, anche per concentrare l'offerta di azioni di politica attiva a beneficio di persone realmente coinvolte nelle azioni già concordate con i servizi (Centri per l'Impiego) nel patto di servizio.

3 L'**inoccupato** ai sensi del D.lgs 297/2002 è colui che non ha mai svolto attività lavorativa, sia come dipendente che in forma autonoma; si dichiara disponibile a lavorare ed è in cerca di lavoro, oltre ad essere iscritto al Centro per l'Impiego (CIP).

4 Il **disoccupato**, ai sensi del D.lgs 297/2002, è colui che precedentemente "occupato", ovvero titolare di un rapporto di lavoro autonomo o subordinato, sia divenuto privo di lavoro e che si sia immediatamente reso disponibile allo svolgimento ed alla ricerca di una attività lavorativa secondo modalità definite con i Servizi competenti.

Tabella 2.6 – Disoccupati, per distretto e nazionalità, valori assoluti, 1° semestre 2016

	DISOCCUPATI		
	Italiani	Stranieri	Totale disoccupati
BOLOGNA	15.647	8.745	24.392
APPENNINO BOLOGNESE	2.479	1.029	3.508
IMOLA	6.482	2.279	8.761
PIANURA EST	6.528	1.837	8.365
PIANURA OVEST	3.504	1.043	4.547
RENO LAVINO E SAMOGGIA	4.555	1.782	6.337
SAN LAZZARO DI SAVENA	3.065	930	3.995
AREA METROPOLITANA	42.260	17.645	59.905

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

Tabella 2.7 – Inoccupati e disoccupati, per distretto e titolo di studio, valori assoluti, 1° semestre 2016

	NESSUN TITOLO DI STUDIO	NON INDICATO	LICENZA ELEMENTARE	LICENZA MEDIA	TITOLO DI ISTR. SECON. SUPER.	DIPLOMA TERZIARIO EXTRA-UNIV.	LAUREA DI PRIMO LIVELLO	LAUREA DI SECONDO LIVELLO	SPECIALIZ POST -LAUREA	TOTALE
BOLOGNA	269	976	569	8.104	10.383	282	2.109	4.366	512	27.570
APPENNINO BOLOGNESE	180	473	98	1.711	1.227	11	126	145	11	3.982
IMOLA	124	1.339	226	3.629	3.343	22	321	492	37	9.533
PIANURA EST	711	625	148	3.496	3.354	22	305	468	42	9.171
PIANURA OVEST	92	1.019	97	1.767	1.681	19	138	223	15	5.051
RENO LAVINO E SAMOGGIA	47	158	178	2.890	2.778	21	255	569	54	6.950
SAN LAZZARO DI SAVENA	28	200	104	1.619	1.870	18	207	371	25	4.442
AREA METROPOLITANA	1.451	4.790	1.420	23.216	24.636	395	3.461	6.634	696	66.699

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

Per effetto del **decreto legislativo n.150/2015** chi è disoccupato (o inoccupato) deve dichiarare la propria **immediata disponibilità al lavoro** per avvalersi dei servizi del Centro per l'impiego, ai fini di una ricollocazione nel mondo del lavoro. Alle persone prive di impiego, viene offerto di stipulare un patto di servizio personalizzato, che definisce un preciso percorso di misure di orientamento e formazione e che prevede poi l'impegno ad accettare una eventuale offerta "congrua", cioè adatta al profilo professionale del lavoratore.

I dati successivi sono relativi agli avviamenti dei Centri per l'Impiego (Tabella 2.8). Nel primo semestre del 2016 sono stati avviati 102.397 contratti di lavoro nell'area metropolitana, di cui 50.497 nel capoluogo.

Tabella 2.8 - Avviamenti, per distretto e tipologia di contratto, valori assoluti, I semestre 2016.

CONTRATTO	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	AREA METROPOLITANA
APPRENDISTATO	1.188	78	362	462	196	322	227	2.835
COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA	2.981	24	105	391	146	93	163	3.903
LAVORO A TEMPO DETERMINATO	32.465	1.520	9.979	11.012	4.531	7.434	3.969	70.910
LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	4.969	220	1.101	2.185	1.552	1.338	556	11.921
LAVORO AUTONOMO A PARTITA IVA	1.840	5	101	16	1	44	54	2.061
LAVORO DOMESTICO	2.323	145	413	489	244	385	312	4.311
LAVORO INTERMITTENTE	1.363	61	133	207	142	230	120	2.256
LAVORO OCCASIONALE	272	/	7	18	/	/	/	297
LSU	82	/	12	16	9	14	2	135
TIROCINIO	2.865	19	173	239	71	172	59	3.598
ALTRO	59	2	31	24	21	16	17	170
TOTALE	50.407	2.074	12.417	15.059	6.913	10.048	5.479	102.397

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

A livello percentuale (tabella 2.9) si può notare come la tipologia di contratto di lavoro maggiormente utilizzata nell'ambito metropolitano sia quella del lavoro a tempo determinato (69,3%), seguita dai contratti di lavoro a tempo indeterminato (11,6%).

Tabella 2.9 – Avviamenti, per tipologia di contratto, valori percentuali, I semestre 2016.

CONTRATTO	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	AREA METROPOLITANA
APPRENDISTATO	2,4%	3,8%	2,9%	3,1%	2,8%	3,2%	4,1%	2,8%
COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA	5,9%	1,2%	0,8%	2,6%	2,1%	0,9%	3,0%	3,8%
LAVORO A TEMPO DETERMINATO	64,4%	73,3%	80,4%	73,1%	65,5%	74,0%	72,4%	69,3%
LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	9,9%	10,6%	8,9%	14,5%	22,5%	13,3%	10,1%	11,6%
LAVORO AUTONOMO A PARTITA IVA	3,7%	0,2%	0,8%	0,1%	0,0%	0,4%	1,0%	2,0%
LAVORO DOMESTICO	4,6%	7,0%	3,3%	3,2%	3,5%	3,8%	5,7%	4,2%
LAVORO INTERMITTENTE	2,7%	2,9%	1,1%	1,4%	2,1%	2,3%	2,2%	2,2%
LAVORO OCCASIONALE	0,5%	/	0,1%	0,1%	/	/	/	0,3%
LSU	0,2%	/	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
TIROCINIO	5,7%	0,9%	1,4%	1,6%	1,0%	1,7%	1,1%	3,5%
ALTRO	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

La tabella 2.10 raffigura le fasce d'età dei lavoratori coinvolti negli avviamenti. Le fasce di età con un numero maggiore di lavoratori sono quelle da 25 a 34 anni e da 35 a 44 anni.

Tabella 2.10 - Fasce d'età dei lavoratori coinvolti negli avviamenti nei distretti dell'area metropolitana di Bologna. 1° semestre 2016

	FASCE D'ETA' AVVIAMENTI						
	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	Oltre 65	Totale
BOLOGNA	5.636	16.086	12.402	6.985	3.081	779	44.969
APPENNINO BOLOGNESE	569	1.001	994	945	397	76	3.982
IMOLA	2.457	3.807	3.349	2.839	1.109	240	13.801
PIANURA EST	1.968	3.354	3.170	2.621	1.077	271	12.461
PIANURA OVEST	1.048	1.788	1.622	1.415	532	118	6.523
RENO LAVINO E SAMOGGIA	1.565	2.378	2.339	1.934	676	142	9.034
SAN LAZZARO DI SAVENA	979	1.703	1.209	944	375	171	5.381
AREA METROPOLITANA	14.222	30.117	25.085	17.683	7.247	1.797	96.151

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio Metropolitano sul mercato del lavoro

2.4 IL TERZO SETTORE

Nell'area metropolitana di Bologna è presente un'ampia rete di associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali che, in collaborazione con gli enti locali, si attiva per dare risposte ai bisogni emergenti del territorio.

Una prima ricognizione di questa realtà si può avere a partire dalle iscrizioni ai registri regionali. Tuttavia, tali iscrizioni rilevano soltanto una parte dei soggetti del Terzo Settore esistenti e operanti sul territorio.

Nel corso dei prossimi mesi, in linea con l'obiettivo prioritario del contrasto alla povertà e all'impovertimento dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento – approvato dalla CTSS Metropolitana lo scorso 10 Maggio – si avvierà la realizzazione di una mappatura complessiva dei soggetti del Terzo Settore operanti nei territori dell'area metropolitana bolognese.

Le tabelle successive, pertanto, forniscono alcune prime informazioni sulle realtà del Terzo Settore attraverso l'analisi dei dati disponibili nei registri regionali.

ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO

Le Organizzazioni di Volontariato svolgono attività senza fine di lucro con finalità di carattere sociale, civile o culturale, ed esclusivamente per fini di solidarietà sociale. Sono 583 le organizzazioni di volontariato attive nell'area metropolitana di Bologna al 31/12/2016 iscritte al *Registro regionale delle organizzazioni di Volontariato*. Il settore di attività prevalente è quello socio-assistenziale e sanitario con la presenza rispettivamente di 140 e 129 associazioni, la maggior parte delle quali ubicate nel capoluogo metropolitano.

Tabella 2.11 - Organizzazioni di volontariato per settore prevalente e per distretto. Anno 2016

	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno, Lavino, Samoggia	San Lazzaro di Savena	Area Metropolitana
Assistenza sociale	82	2	23	20	4	3	6	140
Sanità	42	14	19	22	14	9	9	129
Ambiente, promozione e valorizzazione dei beni ambientali	23	4	5	4	5	6	8	55
Protezione civile	17	4	7	13	2	6	3	52
Tutela dei diritti	30	1	6	3	/	3	1	44
Cooperazione e solidarietà internazionale	21	1	3	4	6	3	/	38
Altre attività	20	1	4	5	1	3	1	35
Ricreazione finalizzata allo scopo solidaristico	9	6	5	2	3	4	3	32
Cultura, promozione e valorizzazione dei beni culturali	10	2	2	2	2	1	1	20
Istruzione e ricerca	13	/	2	/	/	1	1	17
Filantropia e promozione del volontariato	8	/	3	2	/	1	/	14
Sport finalizzato allo scopo solidaristico	1	/	1	1	/	1	/	4
Sviluppo economico e coesione sociale	2	/	/	/	/	/	1	3
Totale Associazioni di Volontariato	278	35	80	78	37	41	34	583

Fonte: Elaborazione dati Banca dati del volontariato, Regione Emilia Romagna

ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE

Le associazioni di promozione sociale perseguono, senza scopo di lucro, interessi collettivi attraverso lo svolgimento continuato di attività di promozione sociale rivolte a favore degli associati e di terzi. Possono essere sia soggetti che svolgono funzioni di produzione e vendita servizi, sia attori della società civile che favoriscono l'espressione di forme di cittadinanza attiva da parte dei loro aderenti.

Sono 785 le associazioni di promozione sociale attive nell'area metropolitana di Bologna al 31/12/2016 ed iscritte al Registro *Regionale delle Associazioni di Promozione Sociale*. I settori di attività prevalenti sono quello culturale (209), quello relativo ad attività di intrattenimento e ricreative (197) e quello delle attività sportive (119).

Tabella 2.12 - Associazioni di promozione sociale per settore prevalente e per distretto. Anno 2016

	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno, Lavino, Samoggia	San Lazzaro di Savena	Area Metropolitana
Cultura	127	10	15	13	7	24	13	209
Attività di intrattenimento e ricreativa	48	24	30	36	15	29	15	197
Sport	54	6	10	10	5	27	7	119
Istruzione, educazione e formazione	46	/	7	3	6	6	2	70
Altro	31	2	4	5	2	4	1	49
Tutela tradizioni locali	1	17	4	5	6	3	3	39
Socio-sanitario	12	1	4	2	1	/	/	20
Tutela diritti di categorie particolari	10	1	2	/	1	1	/	15
Ambiente	8	2	1	1	/	1	1	14
Assistenza sociale	7	/	1	1	/	2	1	12
Pace e solidarietà internazionale	9	/	1	/	/	1	1	12
Tutela dei diritti civili	6	/	1	1	/	/	/	8
Beneficenza	3	/	1	/	/	2	/	6
Tutela della famiglia e dell'infanzia	2	/	1	/	/	2	1	6
Tutela diritti dei consumatori	4	/	/	/	/	/	/	4
Ricerca scientifica	3	/	/	/	/	/	/	3
Religione	1	/	/	1	/	/	/	2
Totale Associazioni di promozione sociale	372	63	82	78	43	102	45	785

Fonte: Elaborazione dati Banca dati del volontariato, Regione Emilia Romagna

COOPERATIVE SOCIALI

Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso: la gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi (Cooperativa Tipo A); lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (Cooperativa Tipo B). I consorzi sociali sono costituiti come società cooperative aventi la base sociale formata da coop sociali in misura non inferiore al 70%.

Sono 133 le cooperative sociali presenti nella Città Metropolitana di Bologna al 31/12/2016 e iscritte all'*Albo Regionale delle Cooperative Sociali*. Più della metà sono cooperative sociali di tipo A.

Tabella 2.13 - Cooperative sociali, per tipologia e distretto. Anno 2016

	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno, Lavino, Samoggia	San Lazzaro di Savena	Area Metropolitana
Tipo A	47	/	9	8	2	4	2	72
Ad oggetto misto (A+B)	15	1	2	8	4	3	2	35
Tipo B	7	/	4	1	1	/	1	14
Consorzio	10	/	2	/	/	/	/	12
Totale Cooperative sociali	79	1	17	17	7	7	5	133

Fonte: Elaborazione dati Banca dati del volontariato, Regione Emilia Romagna

3. LE FAMIGLIE

3.1 LE FAMIGLIE ANAGRAFICHE RESIDENTI

Il numero delle famiglie anagrafiche residenti nell'area metropolitana di Bologna al 1 gennaio 2017 è pari a 484.110, in leggero aumento (+ 2.219) rispetto all'anno precedente. Il lieve aumento si verifica in tutti i distretti, ad eccezione dell'Appennino Bolognese, nel quale si evidenzia un lieve calo (-180 unità).

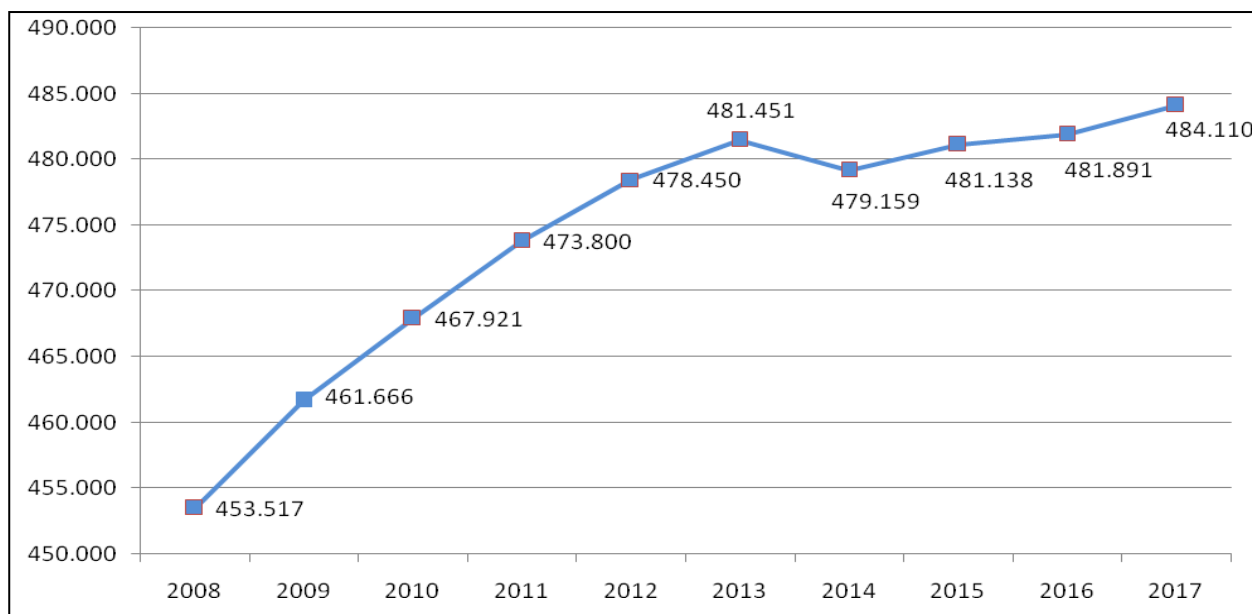
Tabella 3.1. Famiglie anagrafiche residenti per distretto. Serie storica 2011-2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BOLOGNA	202.684	204.598	206.244	204.681	205.520	205.199	206.050
APPENNINO BOLOGNESE	26.873	26.870	26.762	26.480	26.371	26.251	26.071
IMOLA	57.481	58.059	58.532	58.290	58.641	58.749	58.995
PIANURA EST	67.232	68.233	68.720	68.713	69.201	69.665	70.155
PIANURA OVEST	35.015	35.286	35.584	35.483	35.553	35.677	35.826
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	49.797	50.277	50.497	50.264	50.363	50.686	51.070
SAN LAZZARO DI SAVENA	34.718	35.127	35.112	35.248	35.489	35.664	35.943
AREA METROPOLITANA	473.800	478.450	481.451	479.159	481.138	481.891	484.110

Fonte: Elaborazione dati Atlante Statistico Metropolitano

Nell'ambito metropolitano, l'andamento delle famiglie nel tempo evidenzia un aumento costante, con un lieve calo solo nel 2014 e nel 2015 (vedi Grafico 3.1). Dal 2008 al 2017 il numero di famiglie è cresciuto di 30.593 unità.

Grafico 3.1. Famiglie anagrafiche residenti nell'area metropolitana di Bologna. Serie storica 2008-2017



Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

3.2 LA COMPOSIZIONE FAMILIARE

Le Famiglie monocomponenti nell'area metropolitana sono 202.955, quelle composte da due persone 135.423; le rimanenti, sono composte da tre o più persone (vedi tabella 3.2).

Tabella 3.2. Famiglie anagrafiche per distretto e n° di componenti. Anno 2017

	1 componente	2 componenti	3 componenti	4 componenti	5 o più componenti	Totale
BOLOGNA	105.867	51.680	27.080	15.952	5.471	206.050
APPENNINO BOLOGNESE	11.635	10.718	7.035	4.656	1.782	35.826
IMOLA	23.294	21.226	13.673	8.892	3.070	70.155
PIANURA EST	18.193	15.717	9.488	5.854	1.818	51.070
PIANURA OVEST	20.432	17.470	10.980	7.422	2.691	58.995
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	10.338	7.480	4.468	2.820	965	26.071
SAN LAZZARO DI SAVENA	13.196	11.132	6.412	3.961	1.242	35.943
AREA METROPOLITANA	202.955	135.423	79.136	49.557	17.039	484.110

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

Nella tabella successiva si riporta la distribuzione percentuale delle tipologie familiari per distretto. In ambito metropolitano, il 41,9% delle famiglie è composto da una sola persona. Questo dato risulta disomogeneo se si compara Bologna con gli altri distretti; infatti, se in tutti gli altri territori i nuclei familiari monocomponente rappresentano circa un terzo del totale (si va dal 32,5% in Appennino Bolognese al 39,7% nel distretto di Reno, Lavino e Samoggia), nel capoluogo invece tale tipologia si ritrova in più della metà dei casi (51,4%).

La situazione risulta completamente invertita se si prendono in considerazione le famiglie con 5 o più componenti; in tal caso Bologna ha la percentuale più bassa e l'Appennino Bolognese quella più alta (tabella 3.3).

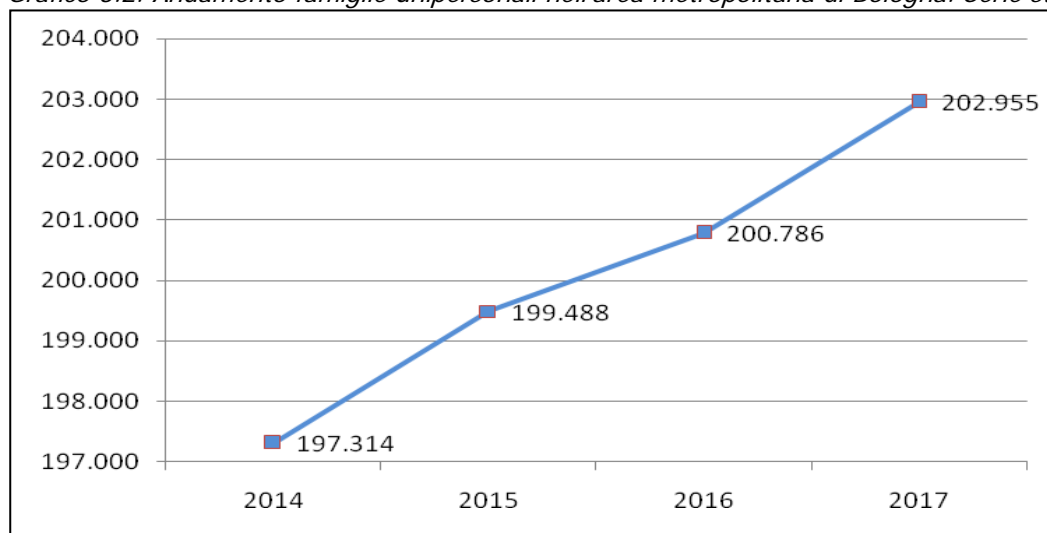
Tabella 3.3. Famiglie anagrafiche residenti per distretto e n° di componenti. Valori percentuali. Anno 2017

	1 componente	2 componenti	3 componenti	4 componenti	5 o più componenti	Totale
BOLOGNA	51,4%	25,1%	13,1%	7,7%	2,7%	100,0%
APPENNINO BOLOGNESE	32,5%	29,9%	19,6%	13,0%	5,0%	100,0%
IMOLA	33,2%	30,3%	19,5%	12,7%	4,4%	100,0%
PIANURA EST	35,6%	30,8%	18,6%	11,5%	3,6%	100,0%
PIANURA OVEST	34,6%	29,6%	18,6%	12,6%	4,6%	100,0%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	39,7%	28,7%	17,1%	10,8%	3,7%	100,0%
SAN LAZZARO DI SAVENA	36,7%	31,0%	17,8%	11,0%	3,5%	100,0%
AREA METROPOLITANA	41,9%	28,0%	16,3%	10,2%	3,5%	100,0%

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

Il grafico 3.2 rileva l'aumento costante delle famiglie unipersonali nel corso degli anni, che passano da 197.314 nel 2014 a 202.955 nel 2017.

Grafico 3.2. Andamento famiglie unipersonali nell'area metropolitana di Bologna. Serie storica 2014-2017



Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

La composizione delle famiglie unipersonali per fasce d'età e sesso evidenzia che la fascia d'età con maggiore numero di famiglie monocomponente è quella compresa che va dai 75 anni in su (tabella 3.4).

Tabella 3.4. Famiglie unipersonali per fascia d'età, sesso e distretto. Anno 2017

	<23 anni		24-34 anni		35-44 anni		45-54 anni		55-64 anni		65-74 anni		75 anni e oltre	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
BOLOGNA	972	803	10.989	8.856	11.228	7.987	8.410	8.145	5.717	8.025	4.123	7.371	5.212	18.029
APPENNINO BOLOGNESE	44	35	510	299	831	419	1.119	664	910	719	826	920	902	2.140
IMOLA	121	85	1.325	854	1.867	1.022	1.914	1.456	1.381	1.682	1.008	1.706	1.501	4.510
PIANURA EST	122	82	1.339	823	2.268	1.328	2.387	1.776	1.598	1.859	1.217	1.984	1.635	4.876
PIANURA OVEST	67	34	725	439	1.219	558	1.304	829	773	868	600	976	771	2.472
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	135	78	1.080	742	1.674	1.054	1.922	1.410	1.204	1.441	956	1.535	1.250	3.712
SAN LAZZARO DI SAVENA	88	46	762	517	1.229	804	1.383	1.035	1.001	1.094	714	1.216	880	2.427
AREA METROPOLITANA	1.549	1.163	16.730	12.530	20.316	13.172	18.439	15.315	12.584	15.688	9.444	15.708	12.151	38.166

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Le famiglie con almeno un componente straniero sono 59.992 nell'anno 2017; di queste, 32.026 sono residenti a Bologna (tabella 3.5). In ambito metropolitano, il 42% delle famiglie con almeno un componente straniero è composto da una sola persona (tabella 3.6).

Tabella 3.5. Famiglie con almeno 1 componente straniero, per distretto, valori assoluti, 2017

	1 componente	2 componenti	3 componenti	4 componenti	5 o più componenti	Totale
BOLOGNA	16.522	4.740	4.354	3.648	2.762	32.026
APPENNINO BOLOGNESE	690	522	470	482	415	2.579
IMOLA	1.881	1.147	1.169	1.031	845	6.073
PIANURA EST	2.152	1.221	1.261	1.172	1.063	6.869
PIANURA OVEST	1.153	672	711	630	716	3.882
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	1.678	1.005	1.033	913	693	5.322
SAN LAZZARO DI SAVENA	1.117	656	596	517	355	3.241
AREA METROPOLITANA	25.193	9.963	9.594	8.393	6.849	59.992

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

Tabella 3.6. Famiglie con almeno 1 componente straniero per distretto, valori percentuali, 2017

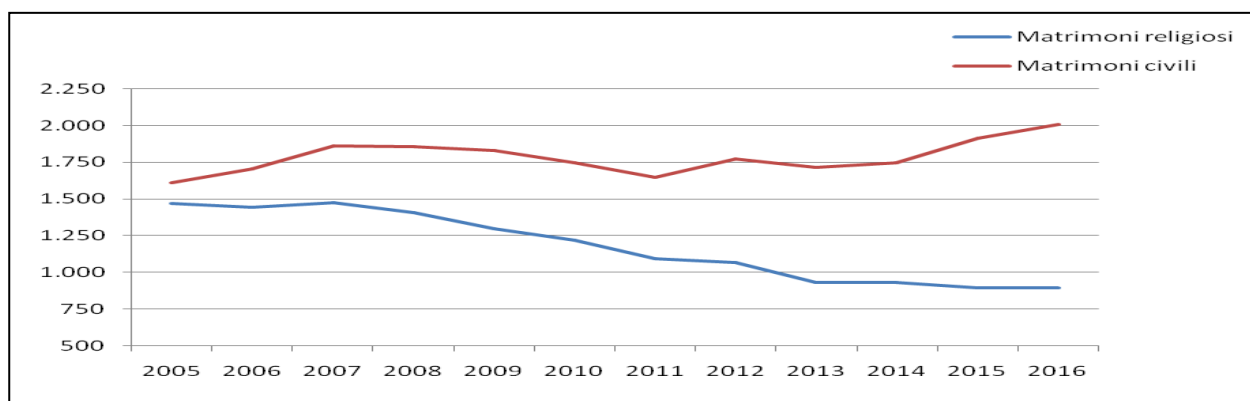
	1 componente	2 componenti	3 componenti	4 componenti	5 o più componenti	Totale
BOLOGNA	51,6%	14,8%	13,6%	11,4%	8,6%	100,0%
APPENNINO BOLOGNESE	26,8%	20,2%	18,2%	18,7%	16,1%	100,0%
IMOLA	31,0%	18,9%	19,2%	17,0%	13,9%	100,0%
PIANURA EST	31,3%	17,8%	18,4%	17,1%	15,5%	100,0%
PIANURA OVEST	29,7%	17,3%	18,3%	16,2%	18,4%	100,0%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	31,5%	18,9%	19,4%	17,2%	13,0%	100,0%
SAN LAZZARO DI SAVENA	34,5%	20,2%	18,4%	16,0%	11,0%	100,0%
AREA METROPOLITANA	42,0%	16,6%	16,0%	14,0%	11,4%	100,0%

Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

3.3 I MATRIMONI

Il grafico successivo rappresenta l'andamento dei matrimoni nel corso del decennio 2005-2015. Si nota un netto calo dei matrimoni religiosi, che passano da 1.468 nel 2005 a 895 nel 2015. I matrimoni civili, invece, seguono un andamento tendenzialmente costante.

Grafico 3.3. Matrimoni religiosi e civili nell'area metropolitana di Bologna. Serie storica 2005-2015



Fonte: Atlante Statistico Metropolitano

4. LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

4.1 ASPETTATIVA DI VITA

Il decremento della mortalità nel tempo si accompagna ad un aumento dell'aspettativa di vita. Per i nati nel 2016 nell'area metropolitana di Bologna, l'aspettativa di vita è di circa 81 anni nei maschi e di oltre 85 anni nelle femmine, con un guadagno rispettivamente di 6,8 anni e di circa 4 anni rispetto al 1993.

Tabella 4.1 - Speranza di vita alla nascita nei distretti dell'area metropolitana di Bologna. Anno 2016

	M	F	Totale
BOLOGNA	81,4	85,5	83,45
APPENNINO BOLOGNESE	80	83,6	81,8
IMOLA	81,9	86,1	84
PIANURA EST	80,6	84,9	82,75
PIANURA OVEST	81,4	85,7	83,55
RENO LAVINO SAMOGGIA	81	84,7	82,85
SAN LAZZARO DI SAVENA	80,6	84,9	82,75
Area Metropolitana	80,92	84,98	82,95

Fonte: Elaborazione dati Profilo di Salute 2017 Azienda USL Bologna

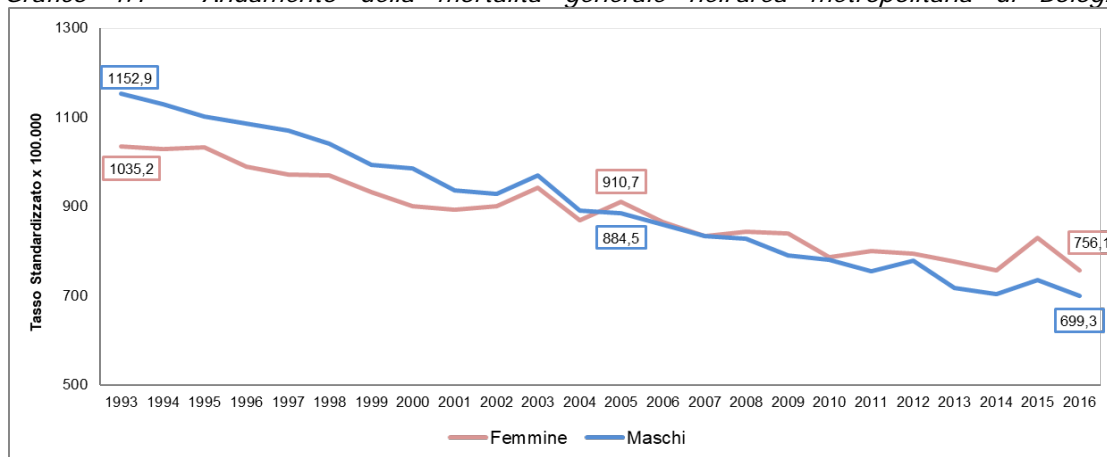
4.2 ANALISI DELLA MORTALITÀ

4.2.1 MORTALITÀ GENERALE

Il tasso di mortalità generale rappresenta uno dei principali indicatori utilizzati per valutare in maniera sintetica lo stato di salute di una popolazione.

Nel periodo 1993-2016 (Grafico 4.1), l'andamento temporale del tasso di mortalità nella Città metropolitana di Bologna mostra un progressivo decremento sia per le femmine che per i maschi, maggiore per questi ultimi (-39% vs -27%). Infatti, a partire dal 2005 il tasso di mortalità femminile diventa, contrariamente agli anni precedenti, più alto di quello maschile e tale si mantiene fino al 2016 (756,1 contro 699,3 per 100.000 residenti).

Grafico 4.1 - Andamento della mortalità generale nell'area metropolitana di Bologna. 1993-2016



Fonte: Azienda USL di Bologna

Il tasso standardizzato di mortalità nell'area metropolitana assume il valore più basso nel distretto di Bologna (tabella 4.2).

Tabella 4.2 - Mortalità generale per genere e distretti - Tasso Standardizzato per 100.000 (popolazione standard ITA 2001). Anni 1993-2016

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
BOLOGNA	867,10	901,30	878,70
APPENNINO BOLOGNESE	976,90	981,80	990,60
IMOLA	857,70	862,60	871,20
PIANURA EST	875,20	880,10	885,60
PIANURA OVEST	868,90	888,00	885,50
RENO LAVINO SAMOGGIA	908,90	869,00	897,50
SAN LAZZARO DI SAVENA	927,70	874,60	910,60
Area Metropolitana	902,55	892,68	906,83

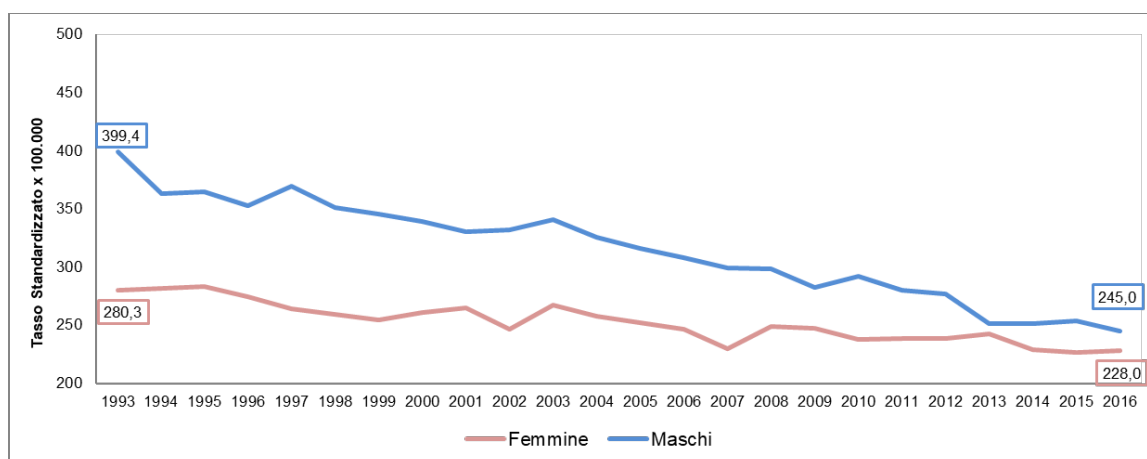
Fonte: Azienda USL di Bologna

4.2.2 MORTALITÀ PER TUMORI

Nel periodo 1993-2016 i decessi per tumore, che rappresentano il 30,4% del totale della mortalità, hanno visto un progressivo calo del tasso standardizzato. I maschi hanno storicamente un tasso di mortalità più alto delle femmine, ma nel tempo è proprio tra i maschi che si registra il decremento più marcato (vedi grafico 4.2).

Per i maschi il tumore con maggiore peso percentuale è il tumore del polmone (25,9%) seguito dai tumori del colon-retto (11,2%) e della prostata (8,6%). Nelle femmine, invece, il tumore alla mammella ha la percentuale più alta tra tutte le morti per tumore con il 15,4%, seguito dai tumori del colon-retto (12,3%) e del polmone (11,8%).

Grafico 4.2 - Andamento della mortalità per tumori nell'area metropolitana di Bologna. 1993-2016



Fonte: Azienda USL di Bologna

Anche per la mortalità per tumore esiste una variabilità nei singoli territori distrettuali. Nella seguente tabella si può osservare come nelle femmine il Distretto con il tasso di mortalità standardizzato più alto sia Città di Bologna (265,4 decessi per 100.000 residenti), mentre nei maschi il valore più alto si ha nel distretto dell'Appennino Bolognese (327,2 per 100.000 residenti).

Tabella 4.3 - Mortalità per tumori per genere e distretti - Tasso Standardizzato per 100.000 (popolazione standard ITA 2001). Anni 1993-2016

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
BOLOGNA	265,4	326,9	293,1
APPENNINO BOLOGNESE	257,3	327,2	295,6
IMOLA	229,6	288,3	262,7
PIANURA EST	240,3	306,5	275,8
PIANURA OVEST	231,0	303,2	269,0
RENO LAVINO SAMOGGIA	243,1	295,2	271,9
SAN LAZZARO DI SAVENA	253,6	313,3	286,9
Area Metropolitana	242,5	305,6	277,0

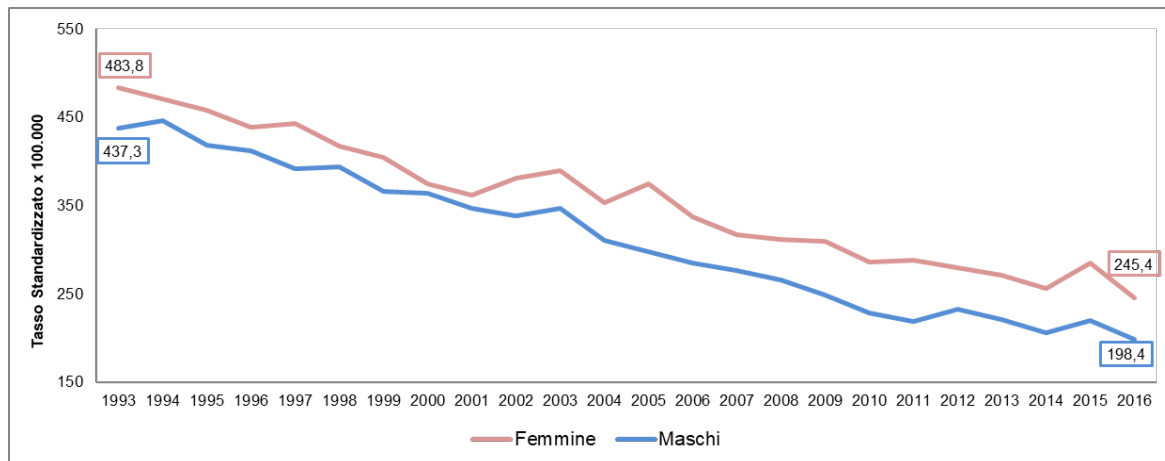
Fonte: Azienda USL di Bologna

4.2.3 MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA CARDIO CIRCOLATORIO

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano nel periodo 1993-2016 la prima causa di morte con una percentuale sul totale dei decessi di oltre il 38%. Il trend temporale evidenzia tuttavia, dal 1993, una notevole tendenza alla riduzione, più marcata nei maschi rispetto alle femmine (vedi grafico 4.3).

Nei maschi, a partire dal 2004, la mortalità per malattie cardiovascolari viene superata da quella per tumori, diventando la seconda causa di morte.

Grafico 4.3 - Andamento della mortalità per malattie del sistema cardio-circolatorio nell'area metropolitana di Bologna. 1993-2016



Fonte: Azienda USL di Bologna

Nei tassi standardizzati differenziati per distretto si osserva come l'Appennino Bolognese sia quello con valori più alti in entrambi i generi (vedi tabella 4.4)

Tabella 4.4 - Mortalità per malattie del sistema circolatorio per genere e distretti Tasso Standardizzato per 100.000 (popolazione standard ITALIA 2001). Anni 1993-2016

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
BOLOGNA	330,6	297,7	313,0
APPENNINO BOLOGNESE	434,3	357,9	400,7
IMOLA	329,1	285,0	310,9
PIANURA EST	360,9	306,5	337,0
PIANURA OVEST	359,8	309,6	337,8
RENO LAVINO SAMOGGIA	374,0	315,7	348,5
SAN LAZZARO DI SAVENA	369,0	285,6	330,8
Area Metropolitana	371,2	310,1	344,3

Fonte: Azienda USL di Bologna

4.2.4 ANNI DI VITA POTENZIALMENTE PERSI

Un indicatore di rilievo nell'analisi della mortalità evitabile è il tasso standardizzato di anni di vita potenzialmente persi (PYLL). Questo indicatore rappresenta una stima degli anni medi che una persona avrebbe vissuto se non fosse morto prematuramente (prima dei 75 anni) per cause "evitabili".

Il tasso più elevato nei maschi si ha nel Distretto di Bologna (3187,5 PYLL per 100.000) e nelle femmine nel Distretto Pianura Est (1719,1 PYLL per 100.000). È interessante notare come, per tutti i distretti, il tasso maschile sia quasi doppio di quello femminile.

Tabella 4.5 - Tasso standardizzato di anni di vita potenzialmente persi (PYLL x 100.000). Anni 2009-2015

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
BOLOGNA	1.653,30	3.187,50	2.384,30
APPENNINO BOLOGNESE	1.554,00	3.111,00	2.342,90
IMOLA	1.680,20	2.933,50	2.296,60
PIANURA EST	1.719,10	3.100,00	2.410,50
PIANURA OVEST	1.548,30	3.008,00	2.277,00
RENO LAVINO SAMOGGIA	1.295,70	2.449,00	1.863,60
SAN LAZZARO DI SAVENA	1.550,50	3.127,00	2.325,90
Area metropolitana	2.745,95	1.766,85	2.252,75

Fonte: Azienda USL di Bologna

4.3 STILI DI VITA

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Azienda Sanitarie per la Salute in Italia), coordinato dalla Regione Emilia Romagna e dall'Istituto Superiore di Sanità e attivo dal 2008, ci permette di avere informazioni su comportamenti, abitudini e stili di vita dei nostri cittadini, disaggregate per residenza.

Di seguito sono confrontati, per Distretto di residenza, alcuni indicatori derivanti dal sistema di sorveglianza. Il capoluogo ha il tasso più alto per il consumo di alcol a rischio ma è il distretto con meno sedentarietà; San Lazzaro di Savena ha la popolazione con un livello di salute molto alto, ma ha la percentuale più bassa per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura in quantità raccomandata.

Tabella 4.6 - INDICATORI PASSI, per distretto, 2013-2016

Indicatore (% sulle persone intervistate)	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno Lavino Samoggia	San Lazzaro
Salute buona o molto buona	72,7	71,3	73,2	77,4	69,7	78,2	82,4
Sedentari	21,3	28,5	24	23,3	27,1	24,9	24,4
Fumatori	32	29,5	31,8	28,3	33	33,2	28,8
Eccesso ponderale	43,1	45,3	39,7	46	42,1	35,3	42,8
Consumo frutta e verdura in quantità raccomandata	9,4	7,8	12,9	14,3	10,2	8	4,3
Consumo di alcol a rischio	27,2	24,4	16,7	25,9	20	17,2	26,1

Fonte: Azienda USL di Bologna

4.4 OSPEDALIZZAZIONE

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) costituiscono un flusso informativo che fornisce un quadro delle patologie causa di ricovero ospedaliero per i cittadini residenti nel territorio metropolitano. Dall'analisi delle patologie indicate come causa principale di ricovero si evidenzia che nell'anno 2016 le malattie del sistema circolatorio hanno rappresentato la causa più frequente (15,3% del totale dei ricoveri), seguite dalle patologie oncologiche (10,4%) e da quelle dell'apparato respiratorio (9,9%).

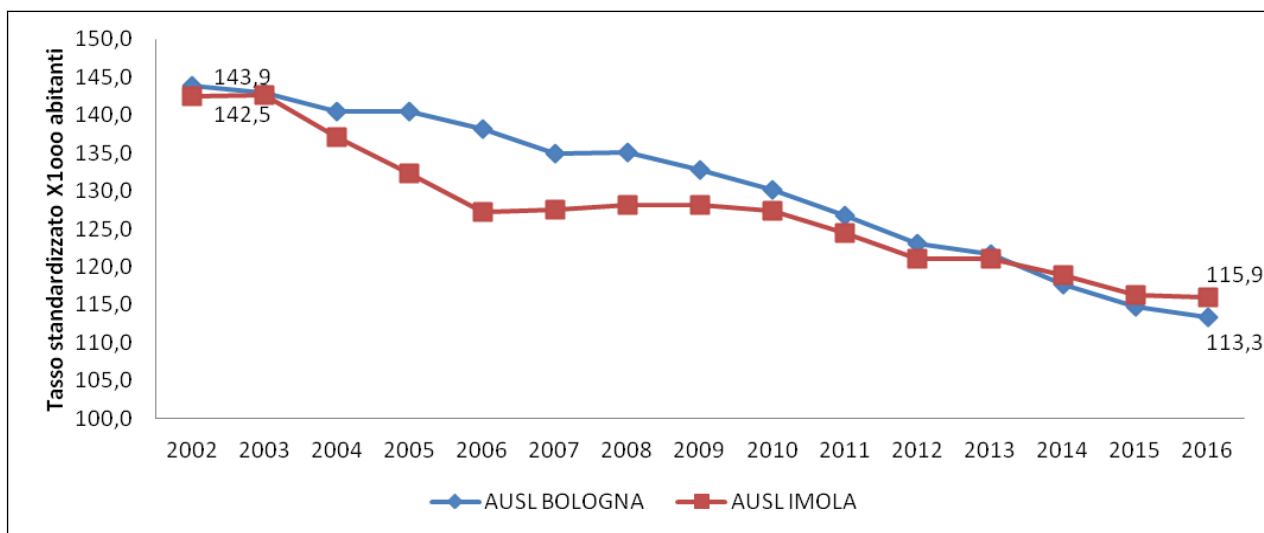
Tabella 4.7 -. Ricoveri ordinari per grandi gruppi di patologia nella Città Metropolitana di Bologna, anno 2016

Cause ricovero per categoria ICD-9-CM	Dimessi	%
Malattie del sistema circolatorio	19.945	15,3
Tumori	13.621	10,4
Malattie dell'apparato respiratorio	12.877	9,9
Malattie dell'apparato digerente	11.991	9,2
Traumatismi e avvelenamenti	11.346	8,7
Codici V	10.641	8,1
Complicazioni della gravidanza, parto, puerperio	9.988	7,6
Malattie dell'apparato genitourinario	9.115	7
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	8.904	6,8
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	4.232	3,2
Disturbi mentali	3.668	2,8
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3.644	2,8
Malattie infettive e parassitarie	3.228	2,5
Malattie delle ghiandole endocrine, nutrizione e metabolismo	2.470	1,9
Condizioni morbose di origine perinatale	1.718	1,3
Malattie del sangue e organi emopoietici	1.308	1
Malformazioni congenite	1.252	1
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	833	0,6
Totale	130.781	100

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

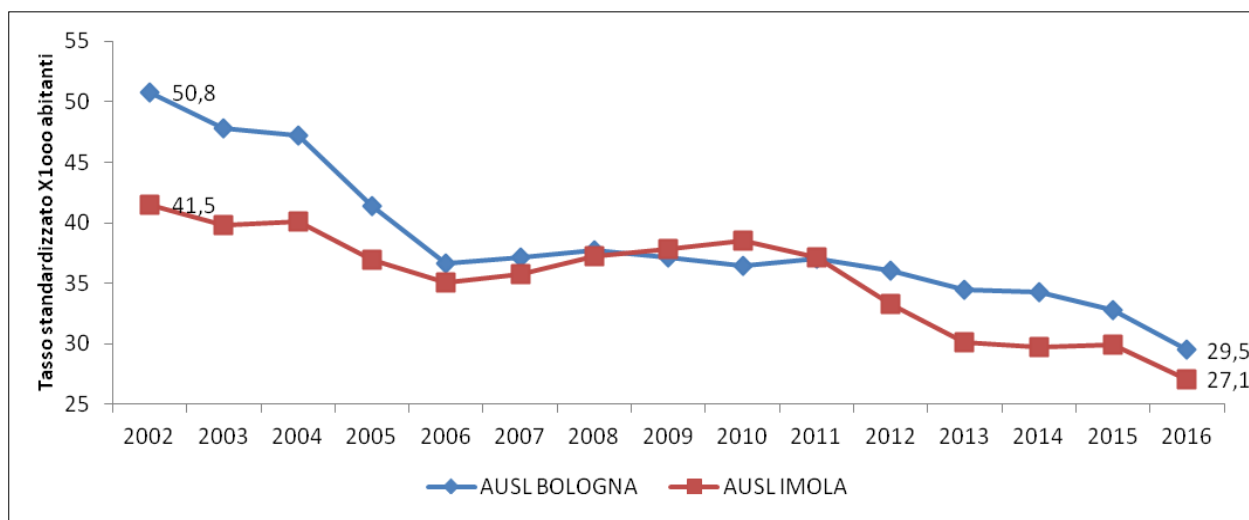
Il tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso⁵, mostra, sia nel territorio dell'Azienda Usl di Bologna che in quello dell'Azienda Usl di Imola, un andamento in diminuzione nel tempo in entrambi i generi sia per il regime ordinario che per la degenza in day hospital (grafico 4.4 e 4.5).

Grafico 4.4 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie. Degenza Ordinaria. Serie storica 2002-2016



Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

Grafico 4.5 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le patologie. Day hospital. Serie Storica 2002-2016



Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

La tabella 4.8 mostra come, a livello distrettuale, il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario con il valore più basso si ha nel Distretto Pianura Est (104 per 10.000) mentre quello più elevato si riscontra nei Distretti di Bologna e dell'Appennino Bolognese (118,5 per 10.000). Per il tasso di ospedalizzazione in day hospital, Pianura Ovest presenta il tasso più elevato (31,3 per 10.000) mentre San Lazzaro di Savena ha il valore più basso (28,5 per 10.000).

5 Popolazione standard Italia 1/1/2012

Tabella 4.8 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione in regime ordinario e in day-hospital. Dato aggiornato al 13/10/2017

	In regime ordinario	In day-hospital
BOLOGNA	118,5	29,5
APPENNINO BOLOGNESE	118,5	29,1
IMOLA	115,9	27,1
PIANURA EST	104	29,6
PIANURA OVEST	106,4	31,3
RENO LAVINO SAMOGGIA	107,5	28,9
SAN LAZZARO DI SAVENA	117,3	28,5
Area metropolitana	112,6	29,1

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

4.5 OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICA

Il tasso di ospedalizzazione pediatrica si attesta sul valore di 61,8 per 1000 per il regime ordinario e 17 per 1000 per il regime di day hospital (tabella 4.9).

Tabella 4.9 - Dimessi e tassi di ospedalizzazione in regime ordinario per classe di età. Anno 2016

	AUSL BOLOGNA		AUSL IMOLA		AREA METROPOLITANA	
	Dimessi	Tasso x 1.000	Dimessi	Tasso X 1.000	Dimessi	Tasso x 1.000
0 anni	3.291	490	441	478,5	3.732	478,5
1-4 anni	1.635	55,7	297	56,8	1.932	56,8
5-14 anni	2.654	34,4	467	34,8	3.121	34,8
15-17 anni	773	35	167	36,5	940	36,5
Totale	8.353	61,8	1.372	62,2	9.725	61,8

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

Tabella 4.10 - Dimessi e tassi di ospedalizzazione in day hospital per classe di età. Anno 2016

	AUSL BOLOGNA		AUSL IMOLA		AREA METROPOLITANA	
	Dimessi	Tasso x 1.000	Dimessi	Tasso X 1.000	Dimessi	Tasso x 1.000
0 anni	170	24,6	23	20,5	193	24
1-4 anni	501	16,8	59	12,4	560	16,5
5-14 anni	1.271	16,6	195	15,4	1.466	16,3
15-17 anni	406	18,9	49	13,6	455	17,7
Totale	2.348	17,4	326	14,8	2.674	17

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

4.5.1 LE CAUSE DELL'OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICA

Nei bambini fino al 14° anno di età la principale causa di ricovero è costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio (16%); seguono le condizioni morbose di origine perinatale (15,9%) e le

cause con codice V (fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari) (15,8%) (vedi tabella 4.11).

Tabella 4.11 - Dimessi di età 0-14 anni in regime ordinario per causa di ricovero nell'Area Metropolitana di Bologna. Anno 2016

Cause di ricovero per grandi gruppi 0-14 anni	Dimessi	%
Malattie dell'apparato respiratorio	1.409	16
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	1.396	15,9
Fattori che influenzano lo stato di salute (Codici V)	1.384	15,8
Malformazioni congenite	679	7,7
Malattie dell'apparato digerente	617	7
Traumatismi e avvelenamenti	494	5,6
Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi	459	5,2
Malattie dell'apparato genito-urinario	458	5,2
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	439	5
Malattie infettive e parassitarie	405	4,6
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	292	3,3
Malattie endocrine nutrizionali e metaboliche	213	2,4
Malattie del sangue e organi emopoietici	145	1,7
Tumori	133	1,5
Malattie pelle e tessuto sottocutaneo	109	1,2
Disturbi psichici	82	0,9
Malattie del sistema circolatorio	71	0,8
Totale	8.785	100

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

La tabella 4.12 evidenzia che, nella fascia di età 15-17 anni, la causa principale di ricovero è costituita dalle patologie traumatiche e dagli avvelenamenti (14,9% del totale). Seguono le malattie dell'apparato respiratorio e le malattie del sistema osteomuscolare e connettivo che rappresentano rispettivamente il 12,1% ed l'11,3% del totale.

Tabella 4.12 - Dimessi di età 15-17 anni in regime ordinario per causa di ricovero nell'Area Metropolitana di Bologna. Anno 2016

Cause di ricovero per grandi gruppi 15-17 anni	Dimessi	%
Traumatismi e avvelenamenti	140	14,9
Malattie dell'apparato respiratorio	114	12,1
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	106	11,3
Malattie dell'apparato digerente	97	10,3
Malattie dell'apparato genito-urinario	88	9,4
Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	46	4,9
Tumori	46	4,9
Fattori che influenzano lo stato di salute (Codici V)	42	4,5
Disturbi psichici	41	4,4
Malattie del sistema circolatorio	38	4
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	35	3,7

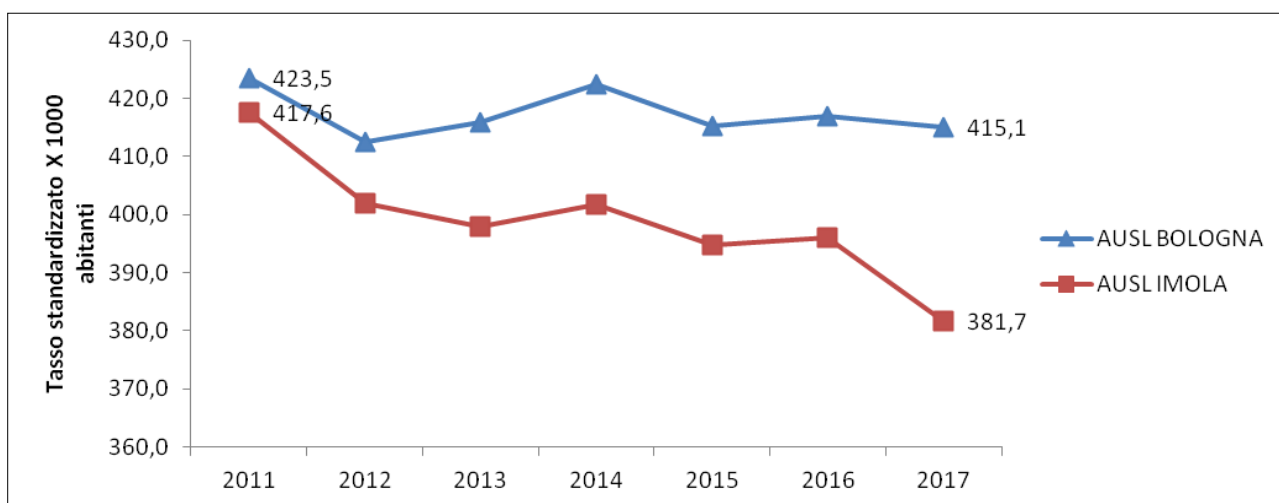
Malattie infettive e parassitarie	34	3,6
Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi	34	3,6
Malformazioni congenite	29	3,1
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	28	3
Malattie endocrine nutrizionali e metaboliche	12	1,3
Malattie del sangue e organi emopoietici	10	1,1
Totale	940	100

Fonte dati: SISEPS Regione Emilia-Romagna

4.6 PRONTO SOCCORSO

Nel 2017 gli accessi totali al Pronto Soccorso (PS) nella Città Metropolitana di Bologna sono stati 455.908, in leggera diminuzione rispetto al 2016 (-0,8%). A partire dal 2011 si nota un decremento dei tassi di accesso dei residenti, più marcato per il territorio dell'Azienda Usl di Imola, che presenta valori sempre più bassi di quelli dell'Azienda Usl di Bologna (Grafico 4.6).

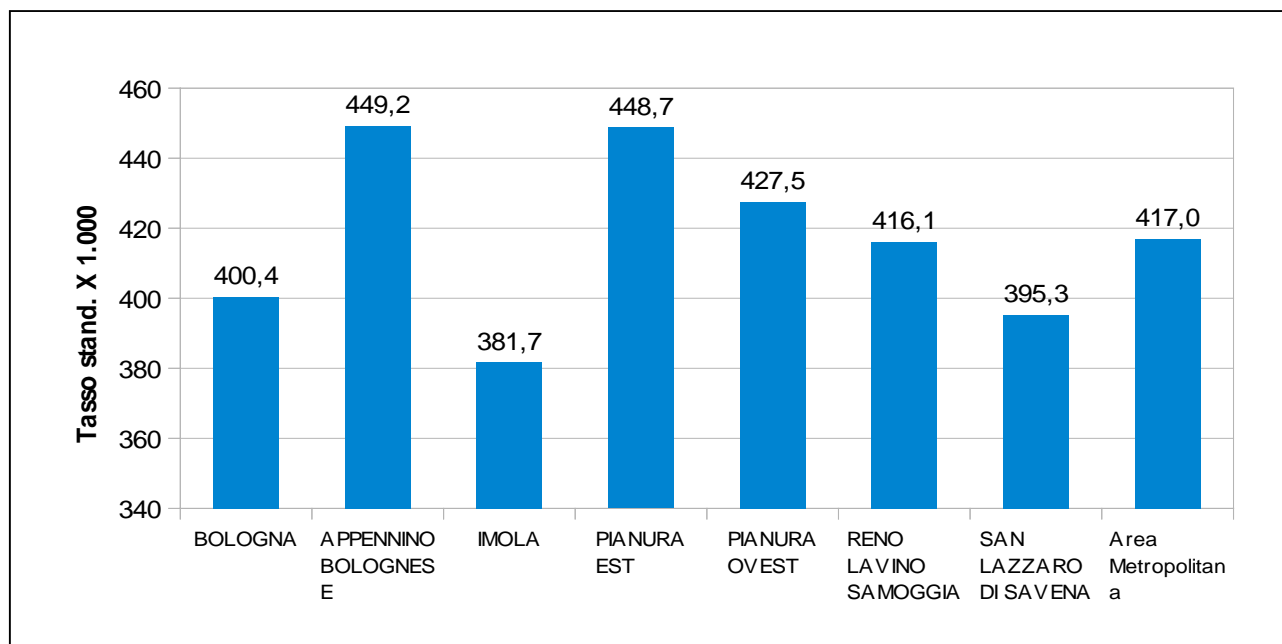
Grafico 4.6 - Tasso standardizzato di accesso al pronto soccorso. Serie storica 2011-2017



Fonte: Azienda AUSL Bologna

Nel grafico 4.7 si nota come il territorio che ha avuto il più alto tasso di accesso al pronto soccorso è l'Appennino Bolognese, seguito da Pianura Est. Imola presenta invece il tasso più basso in assoluto.

Grafico 4.7 - Tasso standardizzato di accesso al pronto soccorso per Distretti. Anno 2017



Fonte: Azienda Usl Bologna

La maggior parte degli accessi è costituito da casi a bassa gravità (codici bianchi e verdi) soprattutto negli Ospedali dell'area della cintura bolognese. I casi più gravi (codici giallo e rosso) sono maggiormente rappresentati nei PS dell'Ospedale Maggiore e dell'AOU S.Orsola-Malpighi (tabella 4.13).

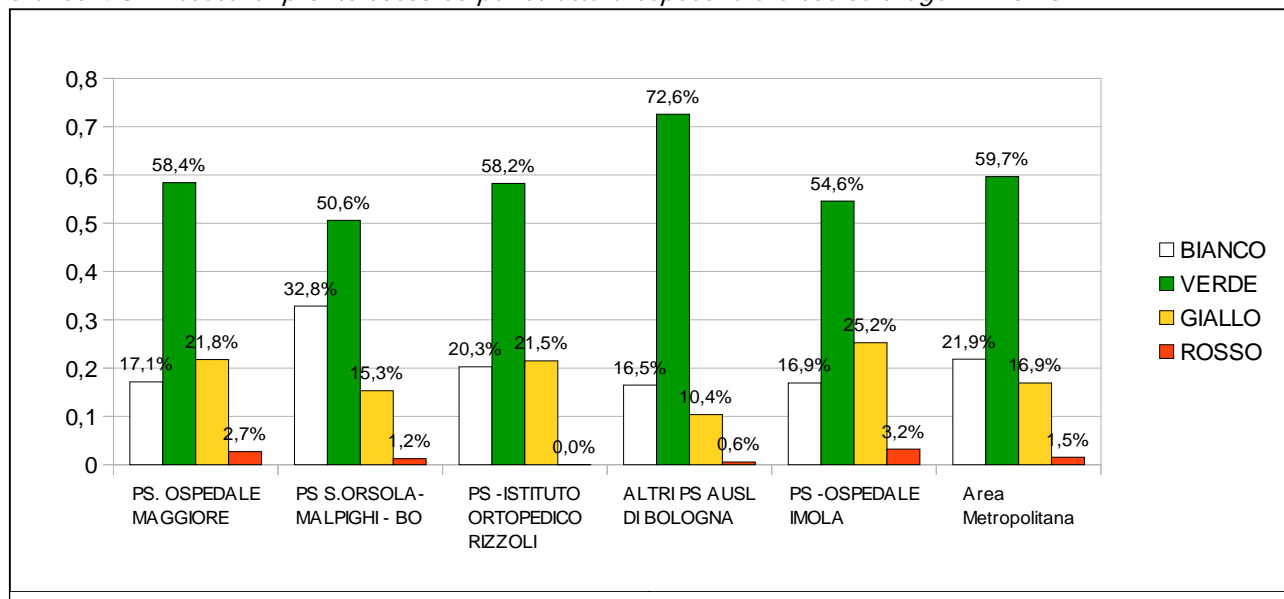
Tabella 4.13 - Accessi al pronto soccorso per struttura ospedaliera. Anno 2017

	Accessi codice bianco	Accessi codice verde	Accessi codice giallo	Accessi codice rosso	Totale Accessi
PS. OSPEDALE MAGGIORE	18.629	63.464	23.646	2.922	108.661
PS S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	45.276	69.754	21.112	1.705	137.847
PS - ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	5.498	15.806	5.833	1	27.138
ALTRI PS AUSL DI BOLOGNA	21.544	94.899	13.552	730	130.725
PS - OSPEDALE IMOLA	8.723	28.139	13.013	1.662	51.537
TOTALE	99.670	272.062	77.156	7.020	455.908

Fonte: Banca dati PS - Regione Emilia-Romagna

Nel 2017 in tutti i PS più del 50% degli accessi è costituito dai codici verdi (range 50,6% - 72,6%). La maggior percentuale di accessi per codici bianchi si registra all'AOU Sant'Orsola Malpighi (32,8%) mentre al PS di Imola si ha la maggior percentuale di codici gialli (25,2%) e codici rossi (3,2%) (Grafico 4.8).

Grafico 4.8 - Accessi al pronto soccorso per struttura ospedaliera e codice triage. Anno 2017

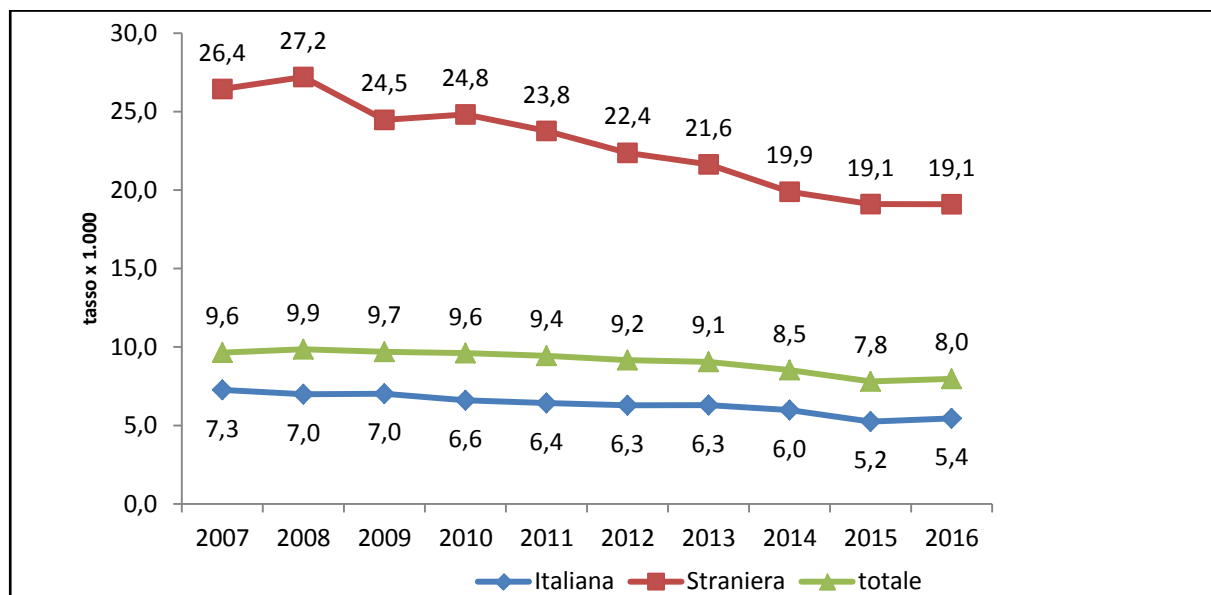


Fonte: Banca dati PS - Regione Emilia-Romagna

4.7 INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA

Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), nell'area metropolitana di Bologna sono in decremento. Nel grafico 1 si nota come dal 2007 al 2016 i valori scendono da 9,6 a 8,0 per mille donne di età 15-49 anni (-16,7%). Tra le straniere il tasso di IVG risulta più elevato; nel 2016 è pari a 19,1 donne per mille in età feconda, ma con un decremento dal 2007 pari al 27,7%, superiore a quello rilevato tra le italiane (-26%).

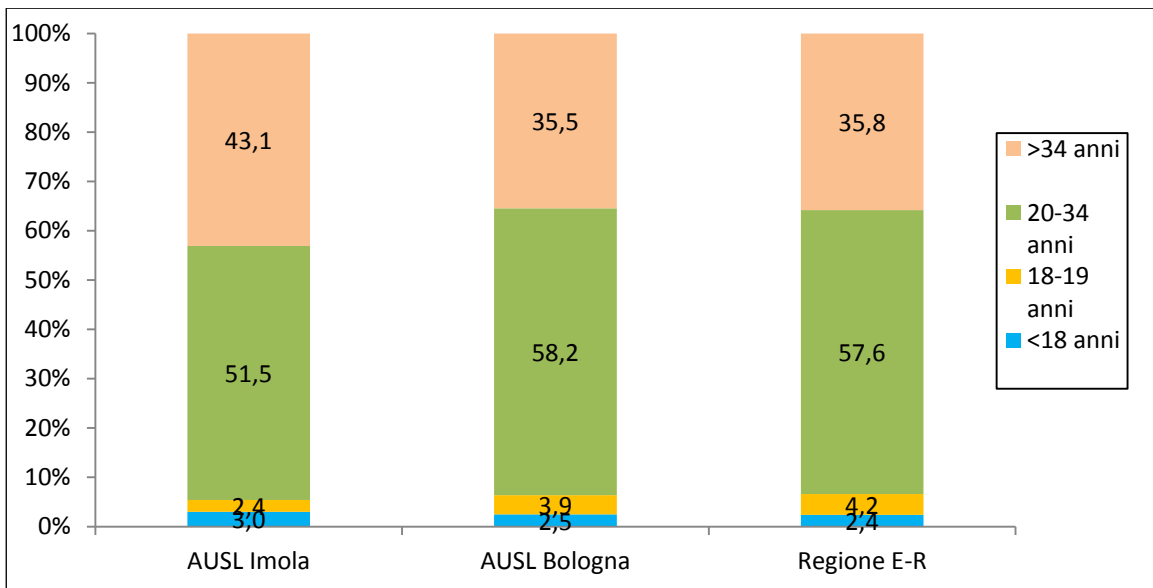
Grafico 4.9 - Andamento tasso di IVG per cittadinanza tra le residenti nell' Area Metropolitana di Bologna. Serie storica 2007-2016



Fonte: Regione Emilia Romagna

Oltre il 50% delle donne che effettuano una IVG ha un'età compresa tra 20 e 34 anni. Nella fascia di età 18-19 anni i valori non raggiungono il 4% e tra le minorenni non superano il 3% (vedi grafico 4.10).

Grafico 4.10 - IVG per classi di età ed AUSL di residenza. Anno 2016



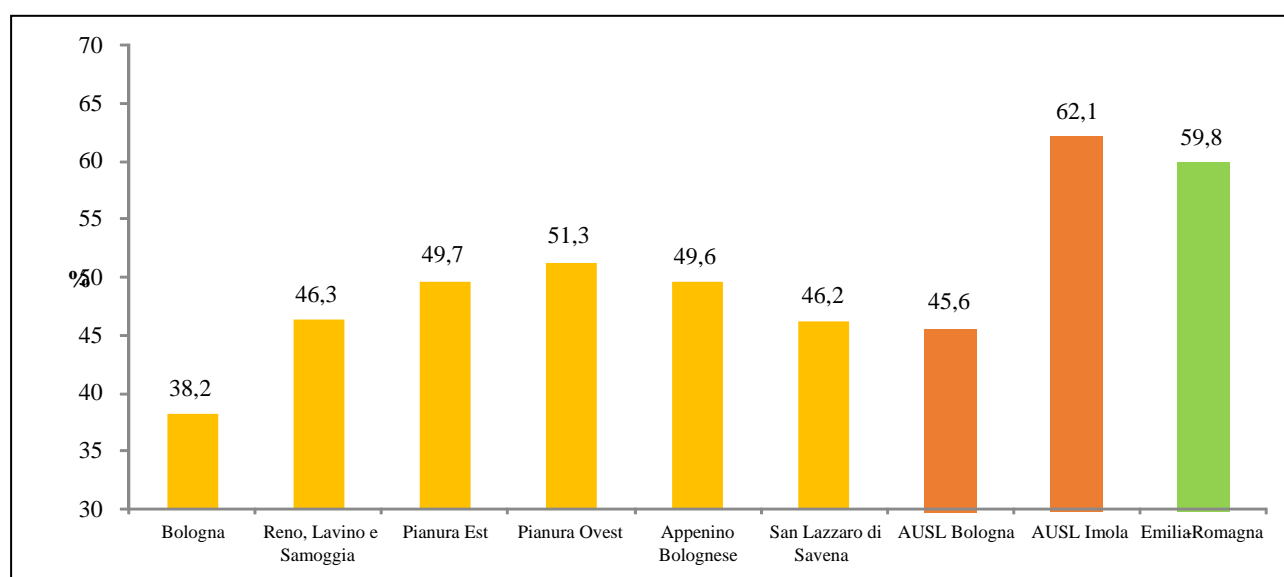
Fonte: Regione Emilia Romagna

5. LA PREVENZIONE

5.1 SCREENING

Lo Screening per il tumore del collo dell'utero si rivolge alle donne di età compresa fra i 25 e i 64 anni, alle quali viene offerto il pap-test o l'HPV test quale test di 1° livello⁶. La popolazione femminile interessata dal programma al 1/1/2017 è costituita da 274.626 donne (238.495 per l'AUSL di Bologna e 36.131 per l'AUSL di Imola). L'adesione allo screening è molto variabile in relazione al territorio di residenza; il valore più alto si è avuto nel territorio di Imola (62,1%) mentre il Distretto di Bologna ha il valore più basso (38,2%) (vedi Grafico 5.1).

Grafico 5.1 - Adesione corretta al programma di screening cervicale, popolazione femminile 25-64 anni, Rilevazione puntuale al 31/12/2016



Fonte dati Regione Emilia-Romagna

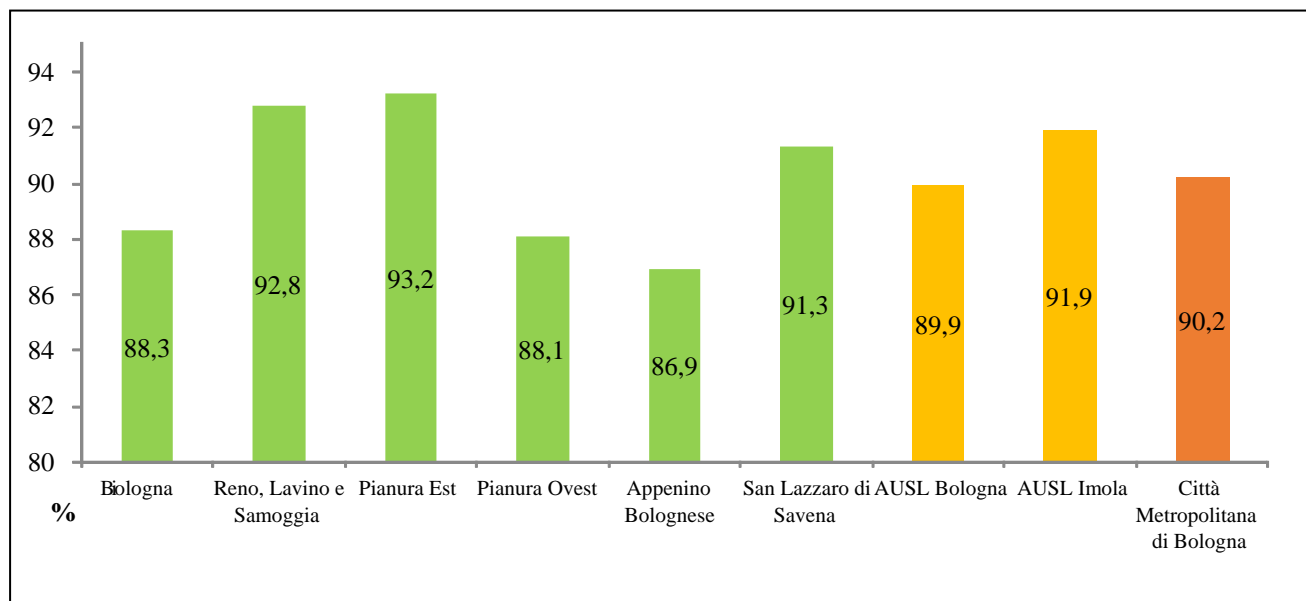
La percentuale di copertura è presumibilmente sottostimata in quanto esiste, soprattutto nell'area di Bologna, una percentuale consistente di popolazione che effettua il test autonomamente, presso ginecologi liberi professionisti (comportamento che appare ricorrente nei grandi centri urbani).

Per quanto riguarda la stima della copertura complessiva, considerando anche le donne che eseguono il test di screening autonomamente al di fuori del programma, si può fare riferimento ai dati derivanti dal sistema di sorveglianza PASSI.

Nel periodo 2013-2016, nell'Area Metropolitana il 90,2% delle donne 25-64enni intervistate ha riferito di aver eseguito un test preventivo nei tempi raccomandati. Il valore più alto di copertura si ha nel Distretto Pianura Est (93,2%) e quello più basso nell'Appennino Bolognese (86,9%) (Grafico 5.2).

⁶ Dall'anno 2016, è stato introdotto l'HPV test quale test di screening primario del collo dell'utero, per le donne di età compresa tra i 30 e i 64 anni, sostituendosi al Pap Test (che è diventato test di secondo livello). L'intervallo di screening per le donne negative all'HPV test è quinquennale. Si è mantenuto il Pap Test con intervallo triennale quale test primario invece per le donne più giovani, di età compresa tra i 25 e i 29 anni.

Grafico 5.2. Donne di 25-64 anni (%) che hanno eseguito pap-test (o HPV) nei tempi raccomandati per Distretto.

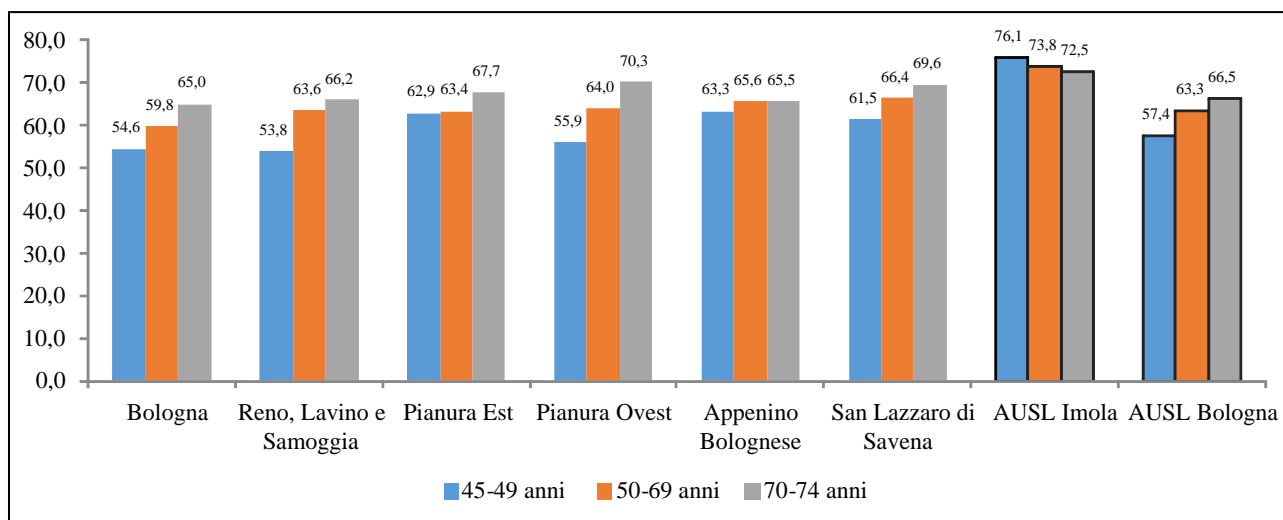


Fonte dati PASSI 2013-2016

Lo Screening per il tumore della mammella si rivolge alle donne di età compresa fra i 45 e 74 anni, alle quali viene offerta la mammografia quale test di 1° livello con periodicità annuale per le classi di età 45-49 e biennale per le classi di età 50-74 anni.

La popolazione femminile interessata dal programma in Area Metropolitana è costituita all'1/1/2017 da 206.096 donne (178.947 nel territorio di Bologna e 27.149 nel territorio di Imola). Nella classe di età 45-49 anni l'adesione più alta allo screening si rileva nel territorio di Imola (76,1%), la più bassa nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia (53,8%). Nella classe 50-69 anni la maggior adesione si ha di nuovo nel territorio di Imola (73,8%) e la più bassa a Bologna. Nella classe di età più anziana (70-74 anni) Imola ha ancora il valore più alto di adesione (72,5%) e il valore più basso si riscontra ancora a Bologna (65%) (Grafico 5.3).

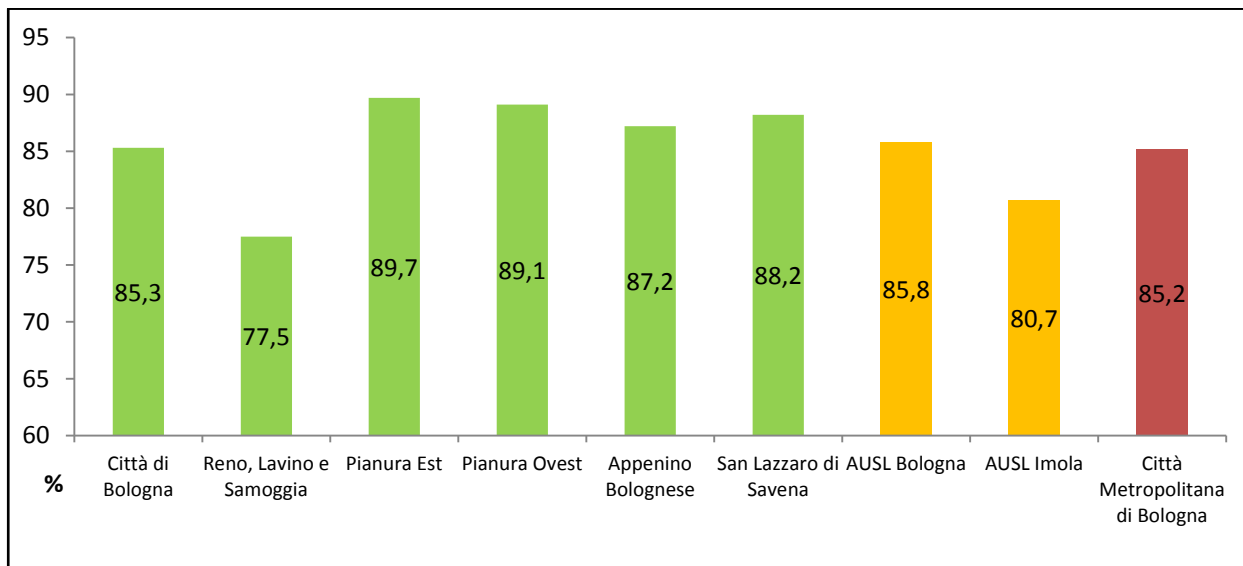
Grafico 5.3 - Adesione corretta al programma di screening mammografico per classi di età e territorio di residenza. Rilevazione puntuale al 31/12/2016



Fonte dati Regione Emilia-Romagna

Nel periodo 2013-2016, nella Città Metropolitana di Bologna l'85,2% delle donne 45-69enni, intervistate nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, ha riferito di aver eseguito una mammografia in assenza di sintomi nei tempi raccomandati. Il grafico 4 evidenzia che la copertura più alta si ha nel Distretto Pianura Est (89,7%) mentre quella più bassa nel Distretto Reno, Lavino e Samoggia (77,5%).

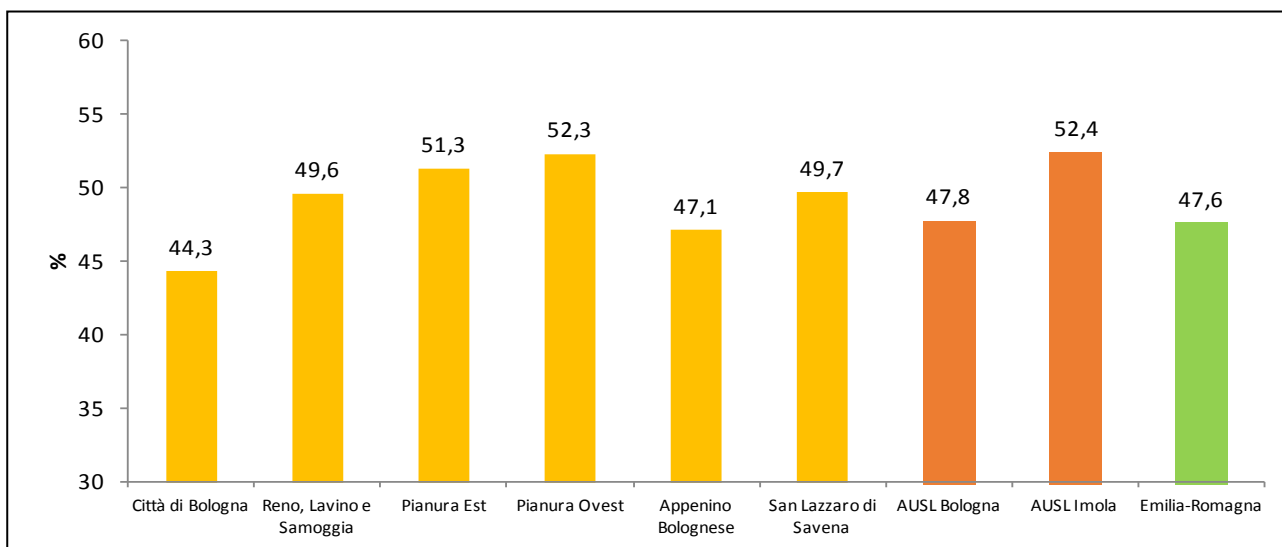
Grafico 5.4 - Donne di 45-69 anni (%) che hanno eseguito una mammografia preventiva nei tempi raccomandati per Distretto e AUSL



Fonte dati: Indagine passi 2013-2016

Lo screening per il tumore del colon retto si rivolge ad uomini e donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni con l'offerta di un esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT), con intervallo biennale. La popolazione interessata da questo programma al 1/1/2017 è di 264.367 persone. L'adesione all'invito del totale della popolazione bersaglio varia da un valore massimo di 52,4% nel territorio di Imola al valore più basso (44,3%) del Distretto Bologna (Grafico 5.5).

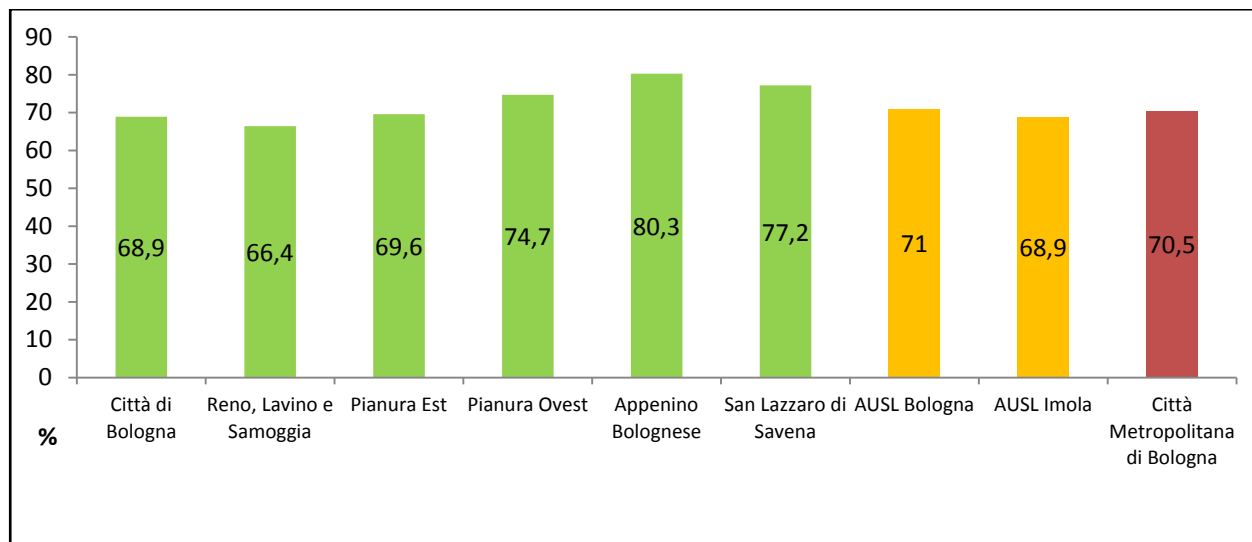
Grafico 5.5 - Adesione corretta al programma di screening coloretale della popolazione 50-69 anni. Rilevazione puntuale al 31/12/2016



Fonte dati Regione Emilia-Romagna

Nel periodo 2013-2016 nella Città Metropolitana di Bologna il 70,5% delle persone 50-69enni intervistate nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI ha riferito di aver eseguito negli ultimi 2 anni un esame per la ricerca del sangue occulto fecale. I dati sull'esecuzione del test nei singoli Distretti oscillano tra l'80,3% dell'Appennino Bolognese e il 66,4% di Reno, Lavino e Samoggia (Grafico 5.6).

Grafico 5.6 - Persone di 50-69 anni (%) che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto fecale negli ultimi 2 anni per Distretto e AUSL



Fonte dati: Indagine PASSI 2013-2016

5.2 COPERTURE VACCINALI

5.2.1 COPERTURE VACCINALI NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

Le vaccinazioni sono tra gli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive, strumento essenziale per la salute della popolazione e soprattutto dell'infanzia. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie.

Dal 2011, tuttavia, le coperture vaccinali hanno mostrato un andamento in diminuzione, indicativo di una minore adesione ai programmi in atto e una minore fiducia della popolazione nei confronti di questa arma di prevenzione. Nel 2016 e nel 2017, grazie alla Legge che l'Emilia-Romagna si è data sugli obblighi vaccinali, seguita dalla legge nazionale (Legge 119/2017) la copertura è di nuovo in aumento (tabella 5.1).

L'AUSL di Imola e di Bologna hanno nel 2017 una copertura vaccinale al 12° mese più alta di quella regionale per tutte le tipologie di vaccini.

Tabella 5.1 - Copertura vaccinale nei bambini al 12° mese al 31/12/2017

Anno	Obbligatorie al 12° mese (%)			Pertosse al 12° mese (%)			Emofilo b al 12° mese (%)			Pneumococco al 12° mese (%)		
	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER
2010	96,7	98	96,8	96,9	98,1	96,9	96,4	97,9	96,8	95,1	96,1	95,5
2011	96,7	98,4	96,9	96,7	98,3	96,8	96,5	97,8	96,5	95,2	96,4	95,2
2012	96,4	98,2	96,6	96,4	98,1	96,6	96	98	96,3	94,9	97	95,5
2013	96,7	96,1	95,7	96,7	96,3	95,7	96,4	95,7	95,4	95,2	94,2	94,5
2014	95,6	96,8	94,7	96	96,9	94,7	95,4	96,2	94,3	93,5	94,5	93,1
2015	94,7	96	94,4	95,4	96,1	94,7	94,4	95,6	94,1	94,1	93,7	93,2
2016	96,7	97,8	95,8	97,3	98	96,2	96,8	97,5	95,8	95,6	96,2	94,8
2017	98,1	98,4	97,1	98,3	98,5	97,3	97,9	98,2	97	97	97,6	96,3

Fonte dati: Regione Emilia-Romagna

La copertura al 24° mese, calcolata in riferimento ai bambini che hanno eseguito tutte e quattro le vaccinazioni storicamente obbligatorie (antipolio, antidifterite, antitetano, antiepatite B), risulta pari al 94,2%, nell'Ausl di Bologna e al 96,9% nell'Ausl di Imola, in aumento rispetto al 2016 (92,3% e 94,5% rispettivamente).

Anche la copertura al 24° mese per MPR (morbillo-parotite-rosolia), in costante diminuzione fino al 2016, vede un aumento di quasi 4 punti percentuali nell'AUSL di Bologna (90,9%) e in quella di Imola (92,9%).

I dati di copertura vaccinale calcolati al 7° anno di vita si riferiscono ai bambini che entro il 7° compleanno hanno effettuato **due** dosi di morbillo, parotite e rosolia (MPR). Tale copertura vaccinale risulta ancora in calo per l'AUSL di Bologna (85,3%) mentre è in lieve aumento per l'AUSL di Imola (91,7%) (tabella 5.2).

I dati di copertura vaccinale calcolati al 16° anno di vita si riferiscono ai bambini che entro il compimento dei 16 anni hanno effettuato **una** dose di meningococco C. Nel 2017 anche questa copertura è aumentata di quasi cinque punti percentuali nell'AUSL di Bologna (89,1%) e di quasi tre punti percentuali nell'AUSL di Imola (91,8%) (tabella 5.2).

Tabella 5.2 - Copertura vaccinale nei bambini al 24° mese, al 7° anno e al 16° anno al 31/12/2017

Anno	Obbligatorie al 24° mese (%)			MPR al 24° mese (%)			MPR a 7 anni. Vaccinati con 2 dosi (%)			Meningococco a 16 anni (%)		
	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER	AUSL Bologna	AUSL Imola	RER
2010	96,1	97,5	96,5	91,9	96,2	92,7	89	94	89,4	78,3	86,9	76,3
2011	96,2	98,4	96,2	92,4	96,6	92,8	88	92,3	89,6	75,2	90,1	78,7
2012	95,7	98,2	96,1	91,4	95	92,4	88,7	96	89,6	77,2	91,2	80,4
2013	96,1	97	95,7	91,8	94	91,1	90,5	94,5	90,9	80,4	90,3	81
2014	95,2	95,3	94,5	89,1	89,7	88,1	90	93	90,3	82	90,6	82,8
2015	93,4	95,8	93,4	86,3	90,1	87	87,9	96	88,9	81	87,4	82,9
2016	92,3	94,5	92,4	86,7	89,3	87,2	86,9	90,9	87,7	84,4	89,3	84,2
2017	94,2	96,9	94,2	90,9	92,9	91,1	85,3	91,7	88,5	89,1	91,8	88,3

Fonte dati: Regione Emilia-Romagna

5.2.2 COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

A partire dalla campagna vaccinale 2009/2010 si è verificata una progressiva riduzione della copertura nella popolazione di età ≥ 65 anni fino alla stagione 2014/2015. Nelle ultime due campagne vaccinali si è invertita la tendenza, con un lieve incremento anche se i valori di copertura sono ancora ben lontani dal valore ottimale.

Tabella 5.3 - Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età ≥ 65 anni

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
AUSL Bologna	72,4	65,7	62,9	55,7	55,8	50,1	52,3	53,6
AUSL Imola	71,2	63,3	64,9	56,9	58,2	51,6	54,8	52,9
Regione Emilia-Romagna	73	63,3	63,6	54,7	55,8	50	51,5	52,7

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

5.3 CONSULTORI FAMILIARI

Le analisi illustrate nel presente capitolo si basano sui dati del flusso informativo dei Consulteri familiari (SICO) relativi all'anno 2016 e comprendono tutta l'attività svolta dalle tre diverse tipologie di consulteri (familiari, giovani e donne immigrate).

Al 31/12/2016 erano presenti nel territorio della Città Metropolitana di Bologna 40 Consulteri Familiari, 9 Spazi Giovani e 4 Spazi Donne Immigrate e loro Bambini. La distribuzione per Distretto è riportata nella tabella 5.4.

Tabella 5.4 - Consulteri Familiari, Spazio Giovani e Spazio Donne Immigrate per Distretto. Anno 2016

	CONSULTORIO FAMILIARE	SPAZIO DONNE IMMIGRATE E LORO BAMBINI	SPAZIO GIOVANI	TOTALE
BOLOGNA	9	1	1	11
APPENNINO BOLOGNESE	5	1	1	7
IMOLA	4	1	3	8
PIANURA EST	9	0	1	10
PIANURA OVEST	5	0	1	6
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	4	0	1	5
SAN LAZZARO DI SAVENA	4	1	1	6
AREA METROPOLITANA	40	4	9	53

Fonte: Azienda USL di Bologna

5.3.1 UTENTI

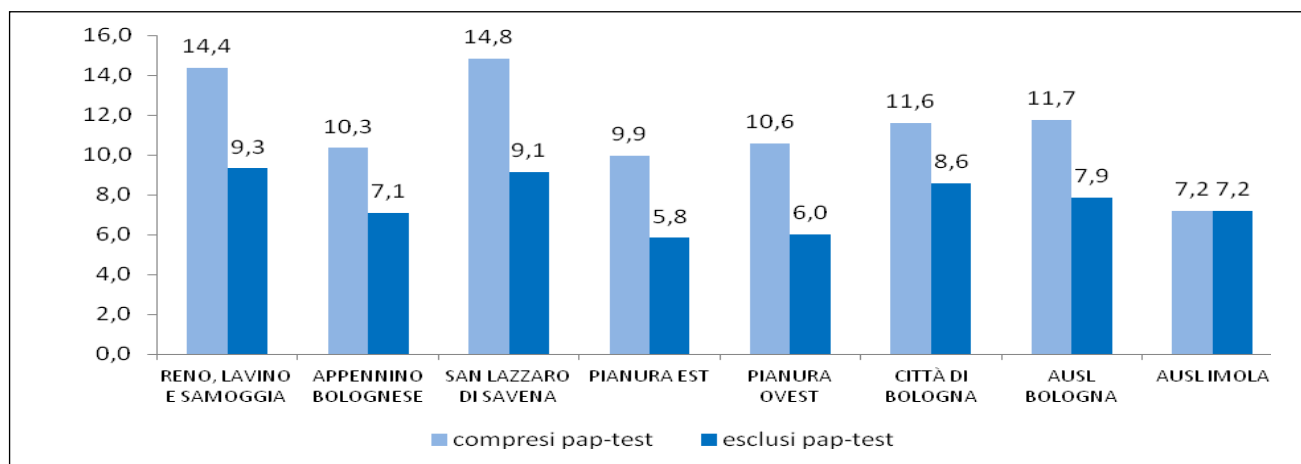
Gli utenti che nel 2016 si sono rivolti ai servizi consultoriali sono pari a 70.491.

Nel grafico 5.6 si nota come tra i vari Distretti ci sia una grande variabilità nel rapporto tra utenti e popolazione target: si va da un minimo di 7,2 di Imola ad un massimo di 14,8 di San Lazzaro di Savena⁷. Va specificato che il valore minimo dell'AUSL di Imola è in parte attribuibile al fatto che i Pap test di screening non sono di competenza dei consulteri familiari e quindi i dati relativi a

⁷ Gli utenti sono stati conteggiati in base all'Azienda di appartenenza del/i consultorio/i a cui si sono rivolti e non all'Azienda di residenza.

questa attività non vengono inviati al flusso informativo del SICO. Infatti calcolando il rapporto tra il numero di utenti (escluso quelli che hanno effettuato solamente un Pap test) e popolazione target (x100) risulta che l'Azienda Bologna e quella di Imola hanno un rapporto tra utenti e popolazione target simili.

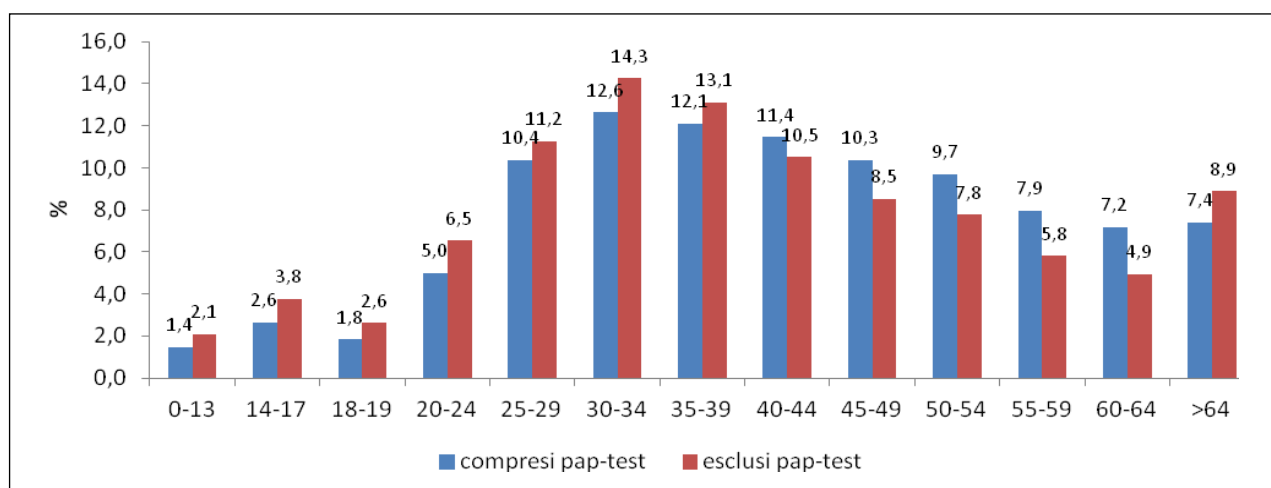
Grafico 5.6 - Numero degli utenti/popolazione target x 100 per Distretto e AUSL



Fonte: Azienda USL Bologna

La distribuzione per classi di età degli utenti totali (Grafico 5.7) mostra che la maggioranza dell'utenza si concentra nelle classi 30-34 anni (12,6%), 35-39 anni (12,1%) e 40-44 anni (11,4%). Se si escludono le donne che hanno effettuato esclusivamente il pap test, la distribuzione mostra che la maggioranza dell'utenza si concentra nelle classi 30-34 anni (14,3%), 35-39 anni (13,1%) e 25-29 anni (11,2%).

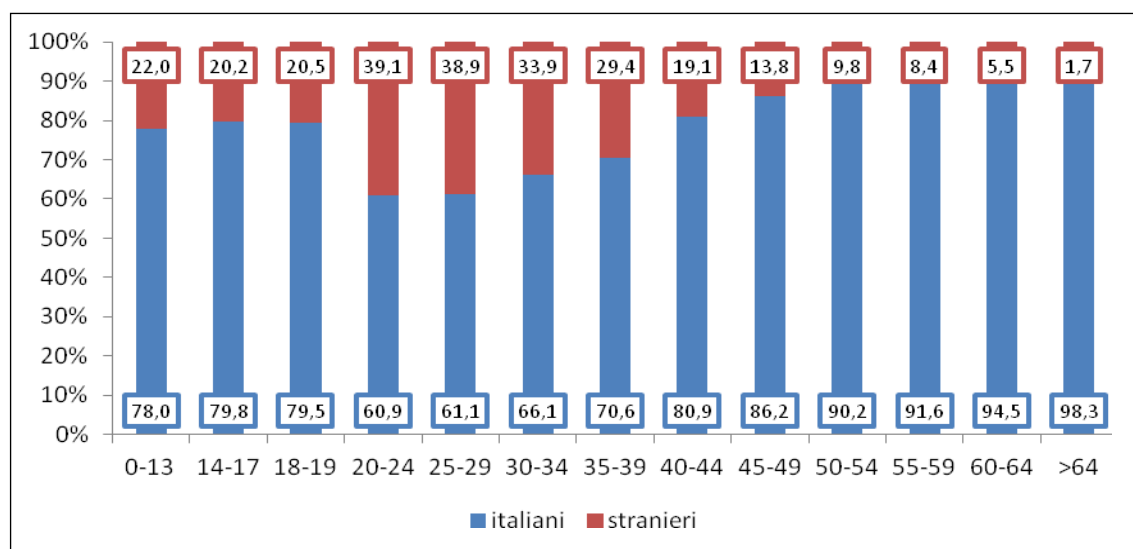
Grafico 5.7 - Percentuale di utenti dei consultori familiari per classe di età nell' Area Metropolitana di Bologna



Fonte: Azienda USL Bologna

Il grafico 5.8 mostra come all'interno delle classi di età la maggior percentuale di utenti stranieri è presente nelle classi 20-24 anni (39,1%), 25-29 anni (38,9%), e 30-34 anni (33,9%).

Grafico 5.8 - Numero di utenti per classe di età e cittadinanza nell'Area Metropolitana di Bologna



Fonte: Azienda USL Bologna

5.3.2 UTENTI PER AREA DI ATTIVITA' E PER CITTADINANZA

Nella tabella 5.5 si nota come il 45,5% degli utenti si rivolge ai Consulitori per la prevenzione oncologica, il 23% per problemi legati alla ginecologia/andrologia, il 15,9% per la nascita, il 4,5% per problematiche psicologiche e relazionali, il 3,6% per il controllo della fertilità, il 2,9% per problemi connessi alla menopausa e il 2,7% per IVG. Il numero di utenti per l'Area IVG corrisponde al numero di accessi, in quanto a causa dell'anonimato che viene garantito non è possibile contare una sola volta gli utenti che fanno più accessi. Il dato è quindi verosimilmente sovrastimato.

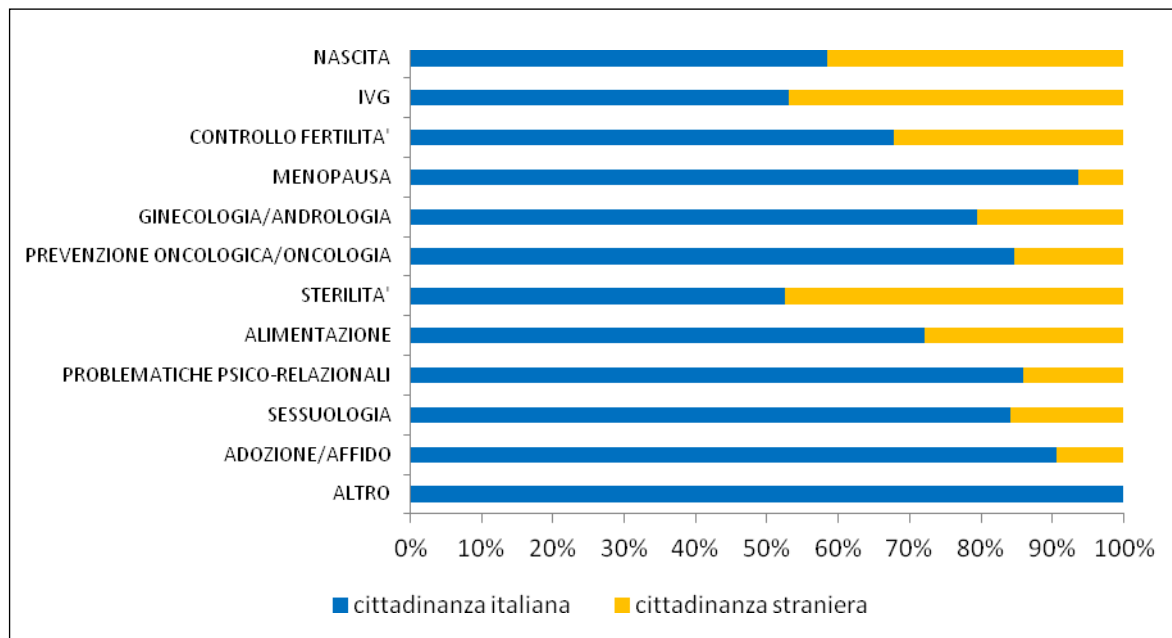
Tabella 5.5 - Numero di utenti per area di attività e per cittadinanza

Area Attività	N	%
NASCITA	12.823	15,9%
IVG	2.177	2,7%
CONTROLLO FERTILITA'	2.888	3,6%
MENOPAUSA	2.365	2,9%
GINECOLOGIA/ANDROLOGIA	18.559	23,0%
PREVENZIONE ONCOLOGICA/ONCOLOGIA	36.733	45,5%
STERILITA'	365	0,5%
ALIMENTAZIONE	68	0,1%
PROBLEMATICHE PSICO-RELAZIONALI	3.637	4,5%
SESSUOLOGIA	44	0,1%
ADOZIONE/AFFIDO	1.046	1,3%
ALTRO	2	0,0%
TOTALE	80.707	100,0%

Fonte: Azienda USL Bologna

Analizzando le diverse aree di attività in base alla cittadinanza degli utenti (Grafico 5.9), risulta che la percentuale degli utenti stranieri è più alta per l'area sterilità (47,4%), per l'interruzione volontaria di gravidanza (46,9%), per l'area nascita (41,6%) e per il controllo della fertilità (32,3%).

Grafico 5.9 Percentuale di utenti in base alla cittadinanza per area di attività



Fonte: Azienda USL Bologna

I Distretti in cui si ha la maggior percentuale di accessi ai consultori e di utenti rispetto alla popolazione target sono Reno, Lavino e Samoggia, Bologna e San Lazzaro di Savena. Nei Distretti di San Lazzaro di Savena e Reno, Lavino e Samoggia si ha anche la percentuale più alta di utenti stranieri rispetto alla popolazione target di cittadinanza straniera (rispettivamente il 23,3% e il 22%). La percentuale di gravide in carico rapportate al numero di nati residenti varia dal 91,2% di Reno, Lavino e Samoggia al 51,6% di Imola (vedi Tabella 5.6).

Tabella 5.6 - Indicatori di attività per Distretto di erogazione

	accessi su pop target	utenti su pop target	utenti stranieri su pop target straniera	prestazioni su tot utenti	prestazioni su tot accessi	gravide in carico su nati residenti
	%	%	%	%	%	%
BOLOGNA	26	11,6	14,4	2,7	1,2	71,8
APPENNINO BOLOGNESE	21,7	10,3	17,2	2,2	1	56,2
IMOLA	24,4	7,2	14,5	3,4	1	51,6
PIANURA EST	17,2	9,9	16	1,9	1,1	51,7
PIANURA OVEST	19,5	10,6	14,9	2	1,1	58
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	28,3	14,4	22	2,1	1	91,2
SAN LAZZARO DI SAVENA	25	14,8	23,3	2	1,2	69,2

Fonte: Azienda USL Bologna

5.4 SALUTE E LAVORO

Da alcuni anni l'INAIL mette a disposizione dei Servizi delle AUSL i dati degli infortuni e malattie professionali relativi alle aziende/unità locali presenti nel proprio territorio (nuovi Flussi INAIL). Questo consente il dettaglio territoriale, ma restringe il periodo di osservazione in media a circa uno-anni prima. L'ultimo aggiornamento disponibile fornisce i dati sugli eventi denunciati e definiti al 31/12/2016.

5.4.1 INFORTUNI SUL LAVORO

Il grafico riporta l'andamento del numero assoluto di infortuni sul lavoro avvenuti nel territorio metropolitano negli anni 2000-2016 in tutte le gestioni, Industria/Servizi/Commercio, Agricoltura e Conto Stato, in termini di:

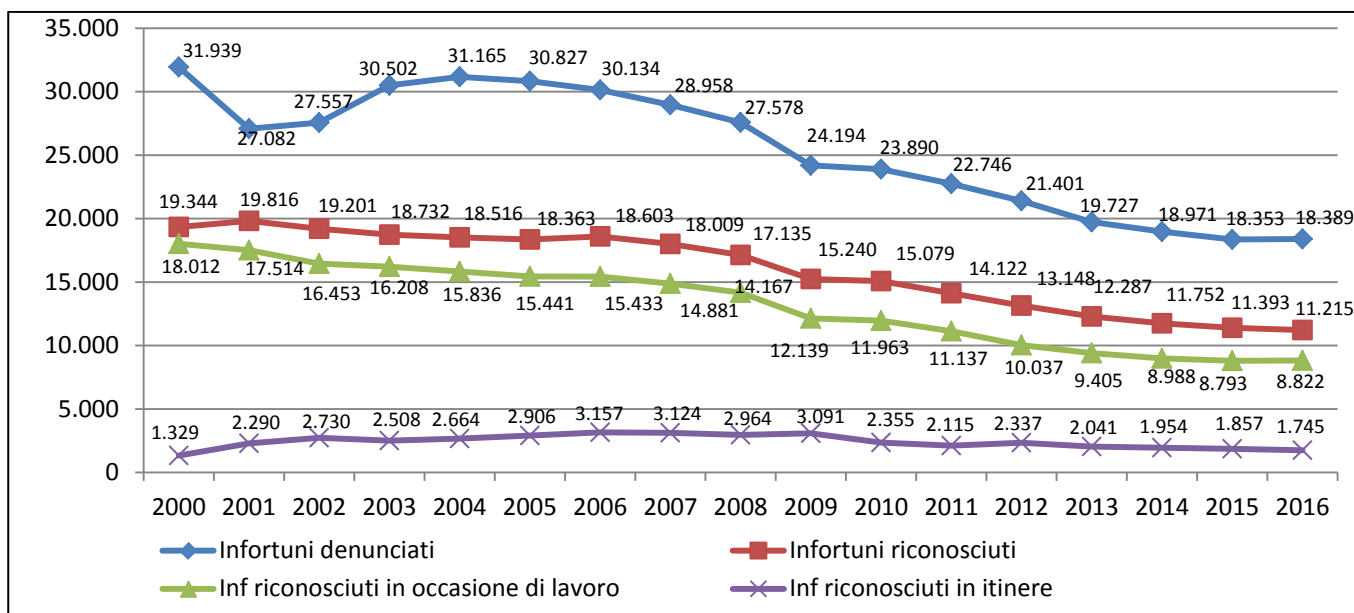
- **Infortuni denunciati**, totale eventi notificati all'Istituto Assicuratore (INAIL) compresi anche infortuni per i quali non è obbligatoria la denuncia (casi in franchigia con durata dell'inabilità temporanea inferiore a 4 giorni)
- **Infortuni riconosciuti**, eventi per i quali è stato completato l'iter sanitario e amministrativo e che rispondono alla definizione di infortunio sul lavoro, ovvero conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione di lavoro da cui deriva morte, inabilità permanente, assoluta o parziale, o inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni; rappresentano il dato più importante da considerare. Gli infortuni riconosciuti vengono distinti in base alla modalità di accadimento in:
 - **in occasione di lavoro**, eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, cioè causati da fattori direttamente legati al lavoro, con esclusione degli eventi in itinere
 - **in itinere**, eventi avvenuti nel tragitto tra sede del lavoro e abitazione o luogo del pasto.

L'andamento degli infortuni mostra una progressiva diminuzione fino al 2015 degli infortuni denunciati e riconosciuti e, di questi, degli infortuni avvenuti in occasione di lavoro.

Il trend è riconducibile sia al mutamento delle attività e delle modalità produttive, sia alla sensibilità nei confronti della prevenzione da parte di datori di lavoro, preposti e lavoratori. In anni più recenti, anche l'effetto della crisi economica ha comportato una notevole riduzione delle ore lavorate e del conseguente rischio di infortunio.

Gli infortuni in itinere mostrano invece un incremento fino al 2009 per uniformarsi al trend in diminuzione negli anni successivi.

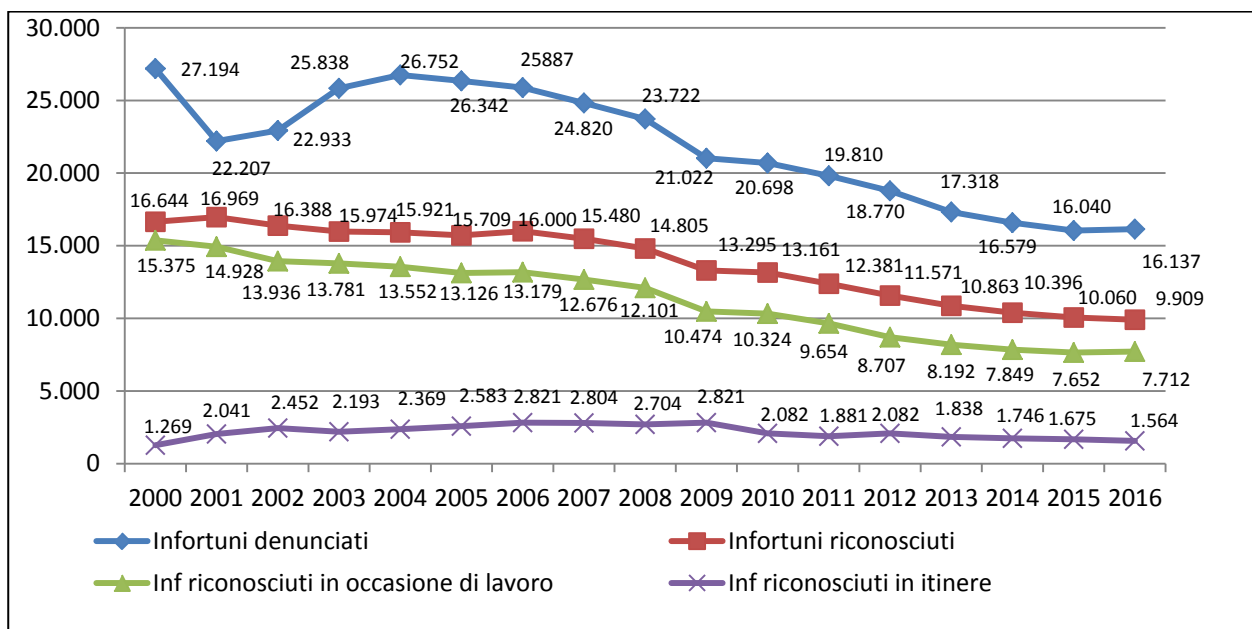
Grafico 5.10 - Andamento degli infortuni nel periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): Città Metropolitana di Bologna



Fonte: INAIL

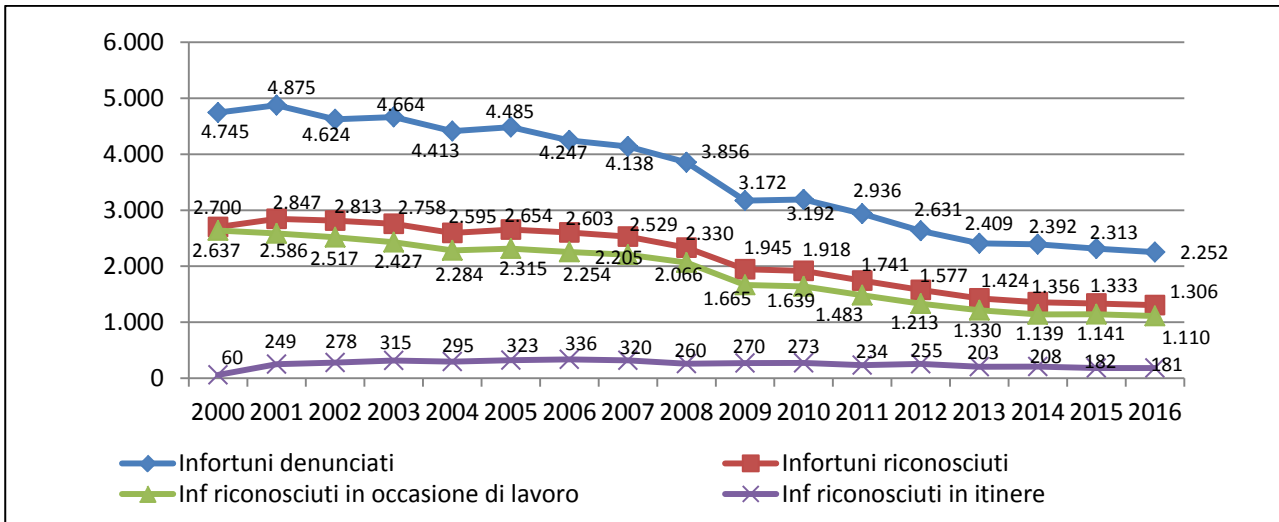
L'analisi dell'andamento per territori delle due aziende USL mostra che il lieve aumento degli infortuni denunciati e di quelli riconosciuti in occasione di lavoro, registrato nel 2016, riguarda il territorio dell'AUSL di Bologna (Grafici 5.11 e 5.12).

Grafico 5.11 - Andamento degli infortuni nel periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Bologna



Fonte: INAIL

Grafico 5.12 - Andamento degli infortuni nel periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Imola

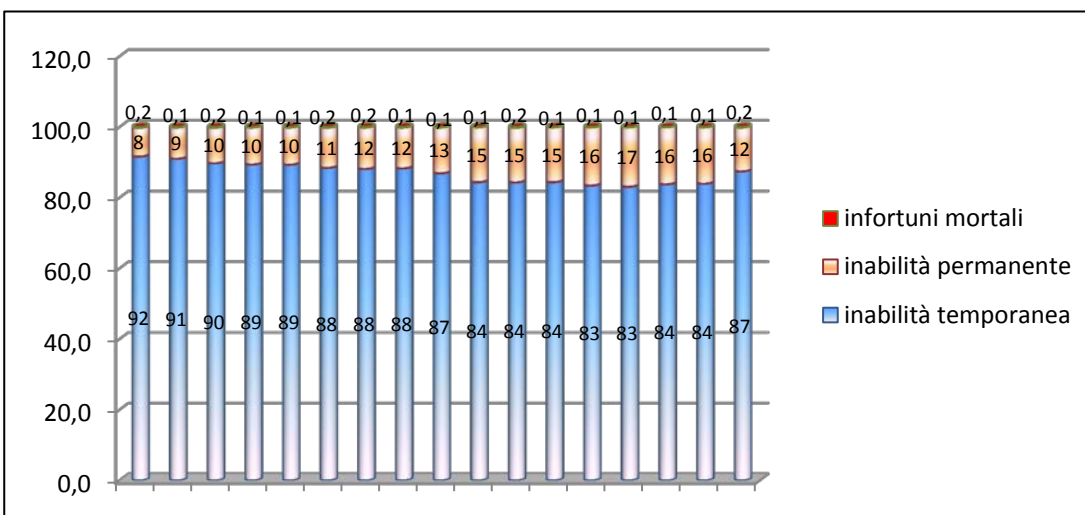


Fonte: INAIL

Il grafico successivo riporta la distribuzione percentuale degli infortuni, sul totale degli infortuni riconosciuti, in base al tipo di conseguenze provocate dall'evento: con *inabilità temporanea* (cioè con incapacità di svolgere l'attività lavorativa per un limitato periodo di tempo), con *inabilità permanente* (cioè con una menomazione permanente di varia entità), *mortali*.

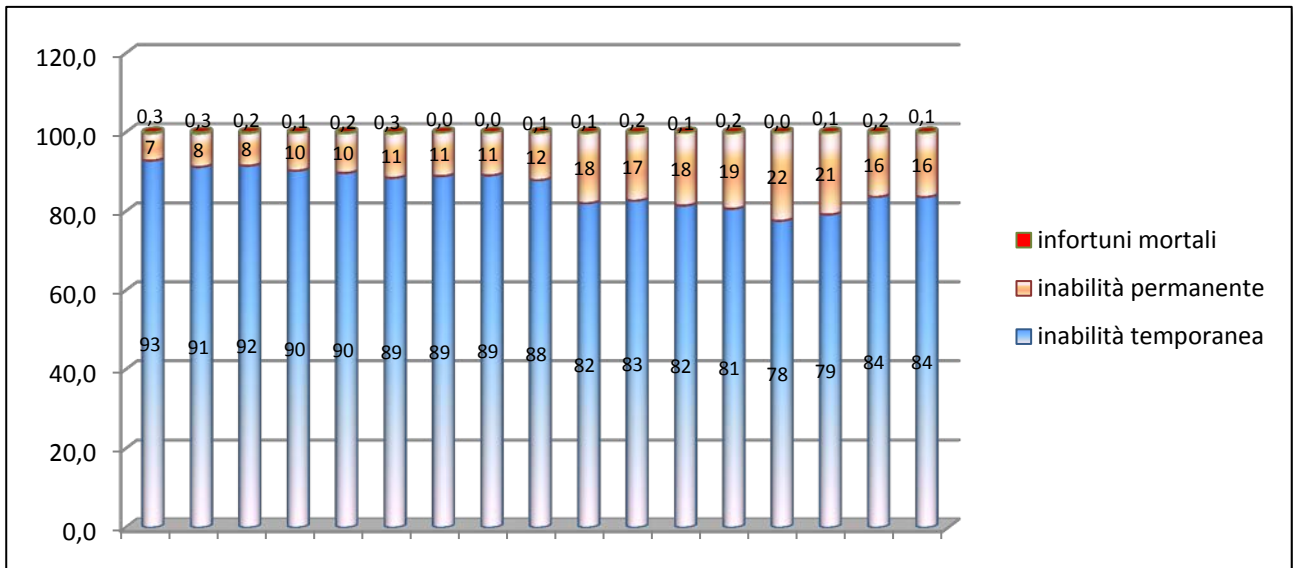
Appare come, nel quadro di un calo complessivo del fenomeno, la riduzione sia a carico soprattutto degli infortuni che comportano inabilità temporanea mentre aumentano percentualmente quelli che comportano inabilità permanente. I mortali restano abbastanza stabili con oscillazioni intorno allo 0,1% anche se, probabilmente per l'iniziale uscita dal periodo di crisi, in lieve aumento in termini di numero assoluto: 15 nel 2016, 11 nel 2015 e 8 nel 2014.

Grafico 5.13 - Distribuzione percentuale degli infortuni riconosciuti periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): Città Metropolitana di Bologna



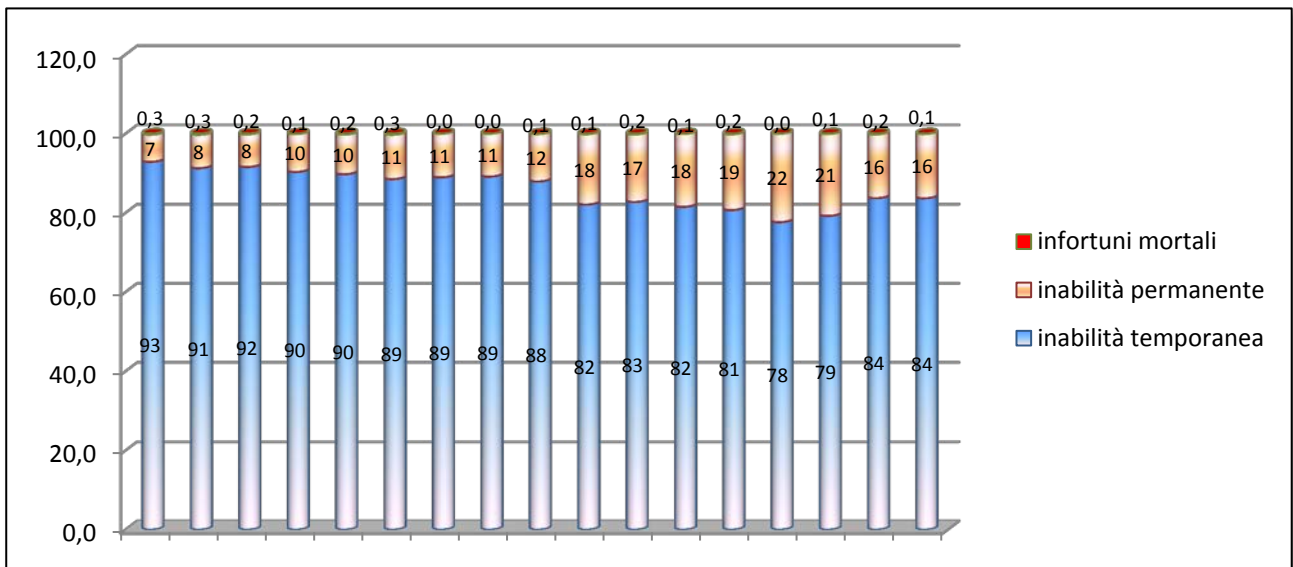
Fonte: INAIL

Grafico 5.14 - Distribuzione percentuale degli infortuni riconosciuti periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Bologna



Fonte: INAIL

Grafico 5.15 - Distribuzione percentuale degli infortuni riconosciuti periodo 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Imola



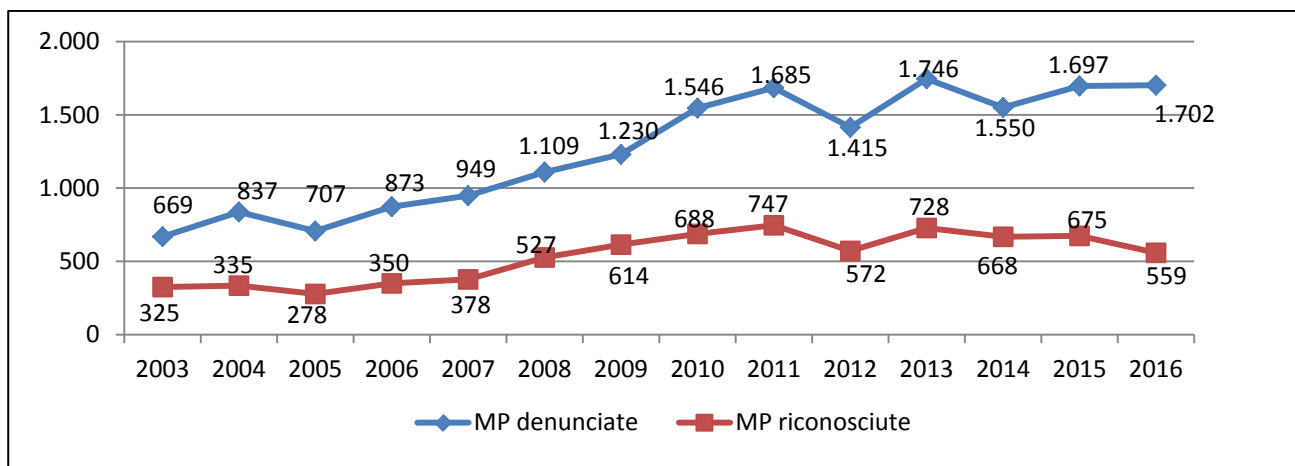
Fonte: INAIL

5.4.2 MALATTIE PROFESSIONALI

Il grafico seguente riporta l'andamento delle malattie professionali relative al territorio della Città Metropolitana di Bologna, in tutte le gestioni, Industria/Servizi/Commercio, Agricoltura e Conto Stato. Con **malattie denunciate** si intende il totale delle malattie notificate all'Istituto Assicuratore (INAIL). Le **malattie riconosciute** sono quelle per le quali si è evidenziata una correlazione con l'attività lavorativa (anche nel caso in cui non raggiungano la soglia di danno per il

quale è previsto l'indennizzo) e costituiscono la quota collegabile a fattori di rischio effettivamente presenti negli ambienti di lavoro.

Grafico 5.16 - Andamento Malattie professionali denunciate e riconosciute: anni 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): Città Metropolitana di Bologna



Fonte: INAIL

Le malattie denunciate mostrano un aumento costante dal 2003 fino al 2011, valori oscillanti negli anni successivi ed una tendenza alla stabilizzazione a partire dal 2015.

Questo trend, evidente anche a livello regionale e nazionale, è l'effetto di adeguamenti normativi, quali l'introduzione delle nuove tabelle di malattie professionali con il dm 09/04/2008, e delle molteplici campagne di sensibilizzazione tese ad accrescere la consapevolezza dei rischi lavorativi e della tutela assicurativa, più che di insalubrità e peggioramento delle condizioni di lavoro. A partire dal 2013, a livello regionale si assiste ad una graduale riduzione, e a livello nazionale ad un progressivo contenimento del fenomeno. Ciò può dipendere dalle modifiche dei contesti economici che si vanno sempre più automatizzando ed ammodernando in termini di sicurezza del lavoro e dallo scenario di crisi occupazionale che ha ridotto il numero di lavoratori a rischio.

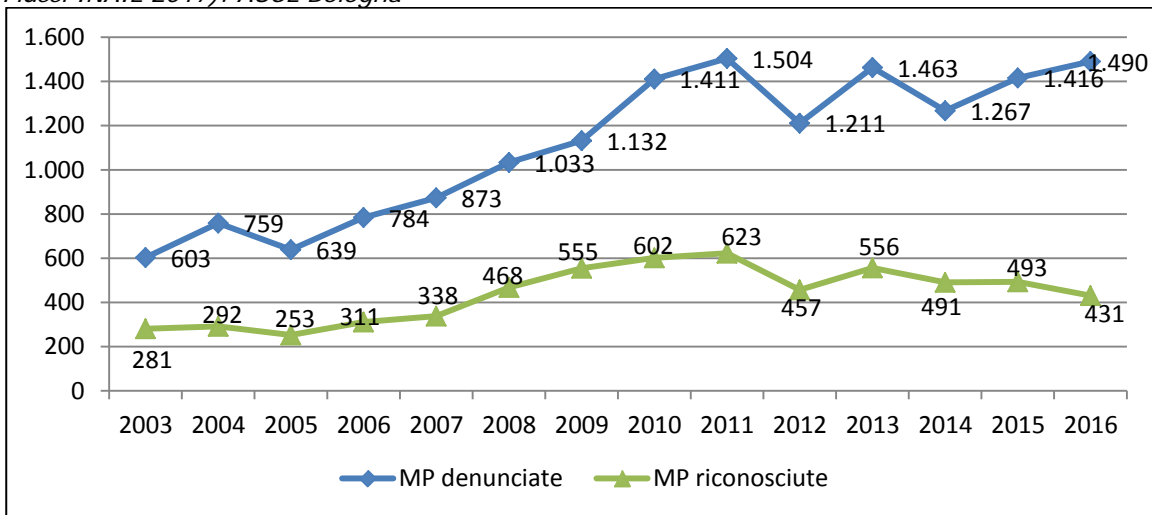
Le malattie "*riconosciute*", dopo il costante aumento, fino al 2011, mostrano una tendenza ad una graduale riduzione.

Negli ultimi anni si assiste ad una significativa riduzione della percentuale di malattie riconosciute rispetto al totale di quelle denunciate: si passa da quasi il 50% del 2009 a circa il 32% del 2016.

Se si analizzano i dati relativi ai territori delle due AUSL si apprezza una comune tendenza ad un costante aumento con un picco nel 2011, per l'AUSL di Bologna, e nel 2013 per quella di Imola, ed una tendenza alla stabilizzazione, o alla riduzione, nel caso di Imola, negli ultimi due anni. L'aumento percentuale dell'anno di picco rispetto al 2003 è pari a 2,5 volte per Bologna ed a 3,9 volte per Imola.

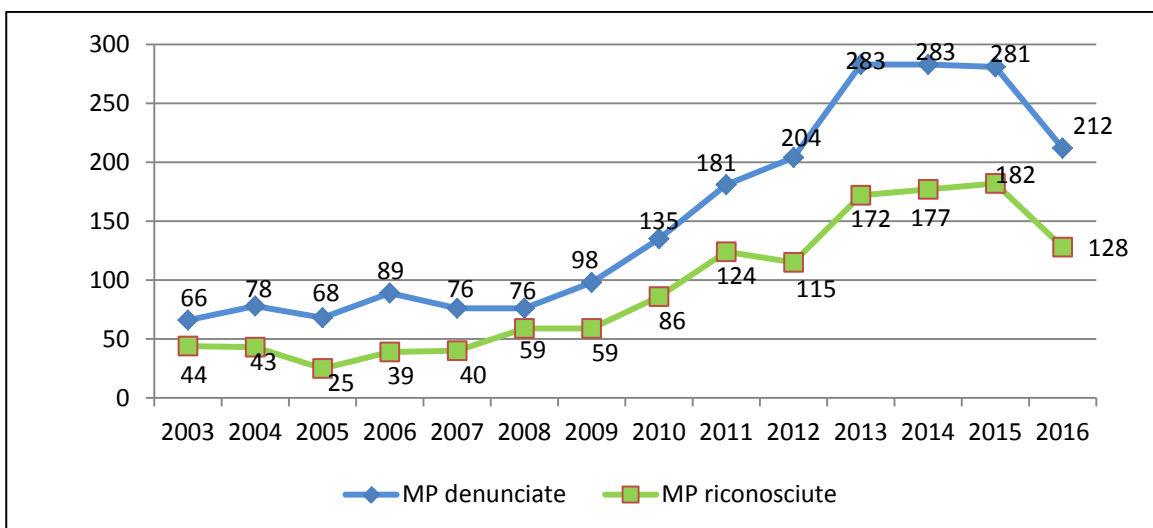
Per il territorio di Bologna la percentuale di malattie riconosciute passa da circa il 45% nel 2012 a circa il 35% nel 2015 fino ad arrivare al 28% nel 2016. Per il territorio di Imola la percentuale di riconoscimento passa dal 77% nel 2008 al 60% del 2016.

Grafico 5.17 - Andamento Malattie professionali denunciate e riconosciute: anni 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Bologna



Fonte: INAIL

Grafico 5.18 - Andamento Malattie professionali denunciate e riconosciute: anni 2000-2016 (fonte Nuovi Flussi INAIL 2017): AUSL Imola



Fonte: INAIL

6. L'ATTIVITÀ DEGLI SPORTELLI SOCIALI

Di seguito si presenta l'analisi dei dati dell'Osservatorio metropolitano degli sportelli sociali, riferiti al 2017⁸.

Nell'anno 2017 sono 128.350 i cittadini che si sono rivolti agli sportelli sociali (definiti come **contatti**) del territorio metropolitano per richiedere un servizio o informazioni, per loro stessi o per altri. Rispetto al 2016, si registra una crescita di 18.033 unità sull'ambito provinciale (+16,3%). Questo incremento nell'ultimo anno è confermato in molti distretti della provincia, in particolare a Bologna (+52,6%), a Imola (+16,3%) e a Reno, Lavino e Samoggia (+12,3%) (tabella 6.1).

Tabella 6.1 – Contatti presso gli sportelli sociali, per anno e per distretto

	2015	2016	2017	Var % 2016-2017
BOLOGNA	32.440	32.401	49.438	52,6%
APPENNINO BOLOGNESE	1.976	3.207	3.161	-1,4%
IMOLA	12.120	6.395	7.435	16,3%
PIANURA EST	41.717	41.182	39.858	-3,2%
PIANURA OVEST	3.221	4.551	4.445	-2,3%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	11.810	15.630	17.559	12,3%
SAN LAZZARO DI SAVENA	7.325	4.935	4.437	-10,1%
Area Metropolitana	112.624	110.317	128.350	16,3%

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

La disaggregazione dei dati per mese evidenzia un andamento calante dei contatti nei mesi estivi pressoché in tutti i territori (tabella 6.2).

Tabella 6.2 – Contatti presso gli sportelli sociali, per mese e per distretto. Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	AREA METROPOLITANA
Gennaio	3.716	209	222	3.330	368	1.482	31	9.358
Febbraio	4.093	212	560	2.884	349	1.342	452	9.892
Marzo	3.488	305	403	3.248	358	1.431	341	9.574
Aprile	5.273	408	814	4.197	436	1.743	413	13.284
Maggio	4.144	226	555	3.253	333	1.209	346	10.066
Giugno	4.825	270	800	4.076	442	1.648	406	12.467

⁸ L'osservatorio è alimentato in tempo reale dai dati inseriti dai singoli sportelli sociali. Pertanto, laddove si riscontrassero incongruenze, sono da imputarsi al disomogeneo utilizzo del sistema. Inoltre le differenze tra i territori riflettono le diverse scelte organizzative, sia rispetto al modello di sportello sociale realizzato che rispetto ai servizi proposti allo sportello.

Luglio	3.950	256	613	3.184	420	1.397	385	10.205
Agosto	3.763	228	559	2.591	330	1.376	265	9.112
Settembre	3.157	197	672	2.285	258	814	243	7.626
Ottobre	4.399	314	792	4.157	352	1.898	483	12.395
Novembre	4.291	300	666	3.457	352	1.735	367	11.168
Dicembre	4.357	236	779	3.196	447	1.485	424	10.924

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

Non necessariamente la persona che si presenta allo sportello è anche quella portatrice del bisogno. Questi ultimi sono definiti **utenti** e nel 2017 sono stati complessivamente 65.249 (+3,3% rispetto al 2016⁹). La Tabella 6.3 evidenzia che nel 2017 la crescita degli utenti è stata più significativa nel distretto di Imola (+27,9%) e a Bologna (+10,4%); si è verificato un calo, invece, nel distretto di San Lazzaro di Savena (-14,7%).

Tabella 6.3 - Utenti presso gli sportelli sociali, per anno e per distretto

	2015	2016	2017	<i>Var % 2016-2017</i>
BOLOGNA	20.586	21.125	23.330	10,4%
APPENNINO BOLOGNESE	1.189	1.558	1.524	-2,2%
IMOLA	8.860	3.389	4.333	27,9%
PIANURA EST	22.646	22.066	20.957	-5,0%
PIANURA OVEST	1.926	2.440	2.361	-3,2%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	6.961	7.820	8.406	7,5%
SAN LAZZARO DI SAVENA	3.404	2.722	2.321	-14,7%
Area Metropolitana	67.587	63.136	65.249	3,3%

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

L'incidenza degli utenti sul totale della popolazione residente è pari al 6,3% sull'ambito metropolitano (tabella 6.4).

⁹ Per una corretta lettura dei dati sugli utenti è necessario aggiungere una nota metodologica che vale per tutte le tabelle a seguire. Le tabelle sugli utenti, infatti, sono tali per cui gli utenti possono essere contattati più volte, perché:

- ogni utente può recarsi allo sportello più volte nel tempo;
- ogni utente può esprimere più bisogni in uno stesso contatto;
- per ogni utente che ha espresso un bisogno, possono essere indicati più servizi in uno stesso contatto.

Pertanto il totale degli utenti di ogni tabella non è mai uguale alla somma dei singoli utenti.

Tabella 6.4 - Incidenza degli utenti presso gli sportelli sociali sulla popolazione residente al 01/01/2017 per distretto

	Utenti	Popolazione residente	Incidenza %
BOLOGNA	23.330	388.367	6,0%
APPENNINO BOLOGNESE	1.524	55.684	2,7%
IMOLA	4.333	133.533	3,2%
PIANURA EST	20.957	159.926	13,1%
PIANURA OVEST	2.361	83.080	2,8%
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	8.406	112.012	7,5%
SAN LAZZARO DI SAVENA	2.321	77.815	3,0%
Area Metropolitana	63.232	1.010.417	6,3%

Fonte: Elaborazione dati Osservatorio metropolitano sportelli sociali e Statistica Online RER

Se si considera il rapporto tra richiedente e utente, sono 46.330 i casi (pari al 68,2% del totale a livello metropolitano) nei quali la persona che si presenta allo sportello richiede un servizio o informazioni per se stessa (vedi tabella 6.5).

Tabella 6.5 - Utenti presso gli sportelli sociali per rapporto richiedente utente e distretti. Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	Area Metropolitana
Amministratore di sostegno	8	3	/	9	16	8	7	51
Coniuge	287	32	17	357	107	348	142	1.290
Conoscente	122	4	4	288	22	257	43	740
Figlio	688	112	42	4.994	157	711	65	6.769
Genitore	1.515	92	58	1.263	466	1.138	389	4.921
Parente	772	78	39	721	186	688	131	2.615
Tutore	6	/	/	12	2	4	1	25
Utente stesso	18.855	1.215	3.928	13.567	1.364	5.841	1.560	46.330
Vicino	30	2	/	24	5	23	12	96
Non definito¹⁰	2.504	34	4	341	161	433	172	3.649
Non disponibile¹¹	139	/	292	843	110	15	1	1.400

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

¹⁰ Il dato Non definito si riferisce agli utenti che per questo tipo di informazione hanno preferito rimanere anonimi.

¹¹ Il dato Non disponibile si riferisce agli utenti per cui non è stata registrata questa informazione nel sistema informativo

In ambito metropolitano, la classe di età che più frequentemente accede allo sportello sociale è quella fra i 36 e i 50 anni: in tale fascia di età gli utenti sono 13.008, pari a poco più di un quarto sul totale (tabella 6.6).

Tabella 6.6 - Utenti presso gli sportelli sociali per classe d'età e distretto. Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	Area Metropolitana
0-17 anni	18	2.069	117	2.938	142	518	46	5.848
18-25 anni	33	1.811	122	242	57	211	103	2.579
26-35 anni	138	3.494	432	1.025	172	637	262	6.160
36-50 anni	326	6.459	1.039	2.600	407	1.612	565	13.008
51-64 anni	219	3.327	573	1.538	291	1.090	349	7.387
65-74 anni	130	1.359	262	941	209	626	239	3.766
75-84 anni	209	1.894	346	1.260	432	863	344	5.348
85 anni e oltre	237	2.312	422	1.070	478	863	293	5.675
Non disponibile	225	878	1.043	9.546	198	2.079	137	14.106

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

La disaggregazione dei dati in base alla cittadinanza evidenzia che 30.513 utenti sono italiani e 13.777 sono extracomunitari.

Tabella 6.7 - Utenti presso gli sportelli sociali per cittadinanza e distretto. Anno 2017

	Italiana	Comunitaria	Extracomunitaria	Non disponibile	Totale Utenti
BOLOGNA	12.279	1.521	8.772	771	23.343
APPENNINO BOLOGNESE	583	32	269	649	1.533
IMOLA	2.376	142	726	1.105	4.349
PIANURA EST	7.959	340	1.756	11.123	21.178
PIANURA OVEST	1.392	50	356	588	2.386
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	4.373	284	1.432	2.434	8.523
SAN LAZZARO DI SAVENA	1.551	120	466	188	2.325
AREA METROPOLITANA	30.513	2.489	13.777	16.858	63.637

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

Allo sportello sociale ogni utente può manifestare uno o più **bisogni**. I bisogni vengono sia collegati ad un target d'utenza (anziani, disabili, disagio adulto e famiglia e minori) sia classificati in 12 categorie. Nel 2017 nell'area metropolitana di Bologna gli utenti relativi al target famiglia e

minori, pari a 17.183, sono quelli con incidenza più elevata (il 39,1% sul totale), seguiti dagli anziani (12.127, pari al 27,6% sul totale) (tabella 6.8).

Tabella 6.8 - Utenti che hanno espresso un bisogno presso gli sportelli sociali per target di bisogno e distretto. Anno 2017

	Anziani	Disabili	Disagio adulto	Famiglia e minori	Non disponibile
BOLOGNA	5.719	482	7.908	9.321	479
APPENNINO BOLOGNESE	628	56	221	621	61
IMOLA	1.161	89	1.196	1.918	350
PIANURA EST	4.831	2.627	4.691	9.674	1.863
PIANURA OVEST	1.169	73	401	680	147
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	3.479	375	1.558	3.400	198
SAN LAZZARO DI SAVENA	859	263	461	890	/
Area Metropolitana	12.127	3.483	8.528	17.183	2.619

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

Considerando la classificazione dei bisogni rispetto alle dodici categorie sopra menzionate, i tre bisogni che maggiormente emergono a livello metropolitano sono, nell'ordine, quelli economici, manifestati nel 2017 da 21.482 utenti (pari al 25,6% del totale); di cura, manifestati da 18.335 utenti (pari al 21,9% del totale); di informazione e orientamento sui servizi, manifestati da 16.847 utenti (pari al 20,1% del totale). A livello distrettuale la disponibilità economica è il bisogno più sentito dai cittadini dei territori di Bologna, dell'Appennino Bolognese, di Imola e di San Lazzaro di Savena; nei distretti di Pianura Ovest e Reno, Lavino e Samoggia i cittadini hanno manifestato più frequentemente bisogni di cura e accudimento; nel distretto di Pianura Est il bisogno più manifestato è quello di informazione e orientamento sui servizi (tabella 6.9).

Tabella 6.9 - Utenti che hanno espresso un bisogno presso gli sportelli sociali per tipo di bisogno e distretto. Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	Area Metropolitana
Abitazione	756	167	107	1.843	144	334	632	3.983
Ascolto	2.635	244	1.149	1.960	640	2.805	235	9.668
Cura (accudimento)	7.384	441	886	5.039	948	3.056	581	18.335
Disponibilità economica	9.475	738	2.084	4.600	513	2.770	1.302	21.482
Informazione e orientamento sui servizi	6.100	196	164	8.169	146	1.939	133	16.847
Lavoro	92	/	6	21	4	8	31	162
Mantenimento o sviluppo autonomia	407	34	1	90	4	57	48	641
Mobilità	26	80	240	2.739	331	444	55	3.915
Relazioni familiari	377	3	/	58	55	87	1	581
Risolvere un'emergenza	536	3	2	20	/	2	/	563
Socializzazione	1.025	2	/	482	11	160	20	1.700
Tutela e sicurezza	2.152	26	6	278	160	132	43	2.797
Non disponibile	479	61	350	1.863	147	198	17	3.115

Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

Nell'ambito metropolitano il servizio più richiesto allo sportello (in 22.993 casi) è quello di Segretariato sociale, seguito dalla richiesta di Agevolazioni e contributi economici (20.993 casi).

Tabella 6.10 - Utenti che hanno richiesto un servizio presso gli sportelli sociali per tipo di servizio e distretto. Anno 2017

	BOLOGNA	APPENNINO BOLOGNESE	IMOLA	PIANURA EST	PIANURA OVEST	RENO, LAVINO E SAMOGGIA	SAN LAZZARO DI SAVENA	AREA METROPOLITANA
Abitazione	503	164	89	1.636	106	225	600	3.323
Agevolazioni e contributi economici	9.628	659	2.088	4.383	501	2.514	1.220	20.993
Informazione e orientamento sui servizi	4.781	70	153	1.863	132	705	122	7.826
Integrazione sociale	1.025	2	0	482	11	160	20	1.700
Interventi domiciliari e per la domiciliarità	1.329	148	192	718	196	392	272	3.247
Mobilità	26	80	240	2.739	331	444	55	3.915
Segretariato sociale	5.736	657	1.633	6.464	1.366	6.340	797	22.993
Servizi educativi e scolastici	44	28	1	5.156	17	44	0	5.290
Strutture residenziali	4.465	123	244	476	287	256	149	6.000
Strutture semi-residenziali	647	32	46	134	72	200	43	1.174
Supporto a persona e famiglia	2.940	62	25	1.673	206	616	53	5.575
<i>Non disponibile</i>	479	61	350	1.863	147	198	17	3.115
Totale utenti	23.336	1.524	4.333	20.958	2.362	8.406	2.321	63.240

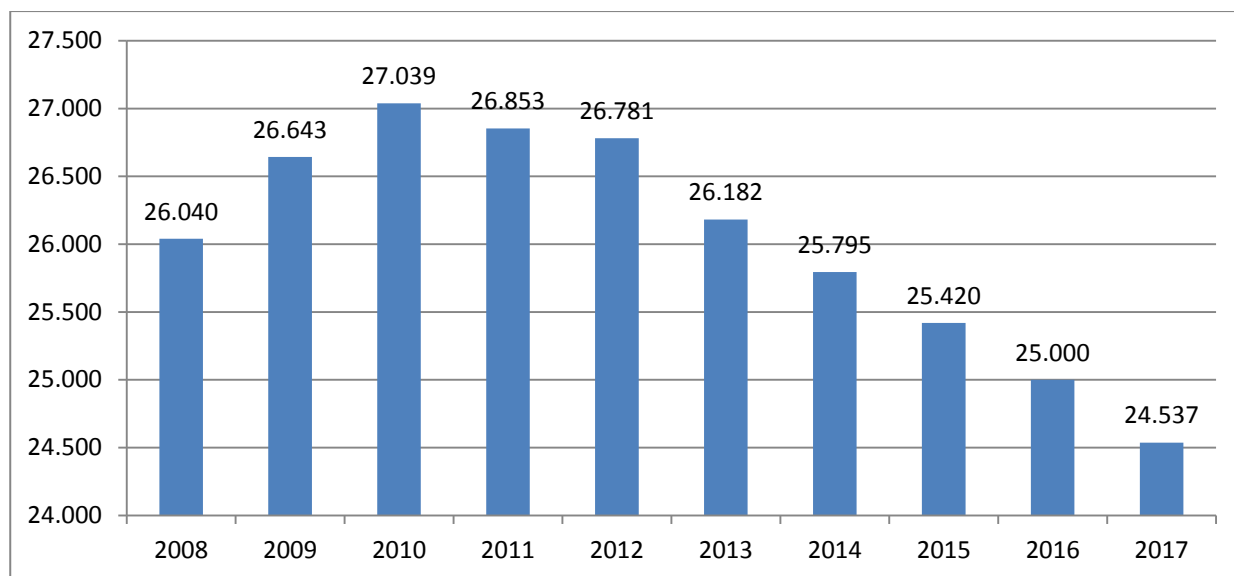
Fonte: Osservatorio metropolitano sportelli sociali

7. BAMBINI, RAGAZZI E FAMIGLIE

7.1 I SERVIZI EDUCATIVI PRIMA INFANZIA

Nel corso degli ultimi anni, la popolazione nella fascia di età da 0 a 2 anni risulta in calo. La popolazione in tale fascia di età, infatti, inizia a flettere nel 2010 dopo anni di continua crescita; nel 2017 il numero di bambini con età tra 0 e 2 anni era in calo di 2.502 unità rispetto al 2010.

Grafico 7.1 - Bambini nella fascia di età 0-2, 2008-2017, Area Metropolitana Bolognese



Fonte: Elaborazione dati Statistica online Emilia Romagna

Complessivamente, il calo della popolazione nella fascia di età da 0 a 2 anni nel periodo 2010-2017 è pari al 9,3%. Il calo è più evidente nel distretto dell'Appennino Bolognese (-28,7%) e di San Lazzaro di Savena (-19,2%); in controtendenza il distretto di Bologna, nel quale si verifica un aumento del 6% (tabella 7.1).

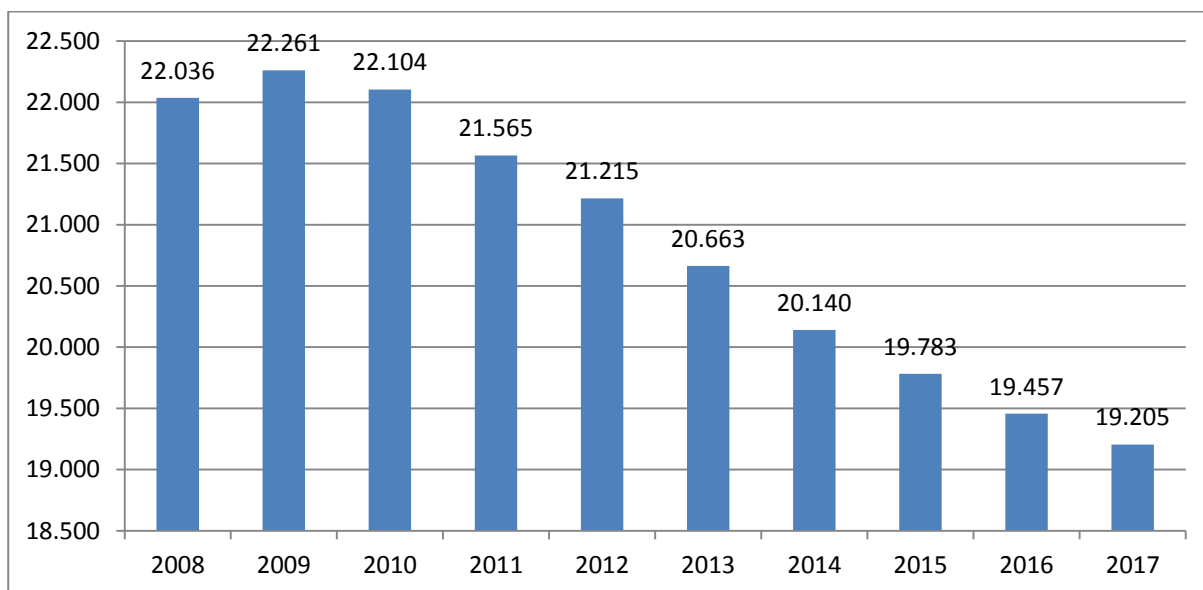
Tabella 7.1. Bambini nella fascia di età 0-2, 2010 e 2017, per Distretto

	2010	2017	Var % 2010/2017
Bologna	9.020	9.564	6,0%
Appennino Bolognese	1.565	1.116	-28,7%
Imola	3.767	3.330	-11,6%
Pianura Est	4.720	4.010	-15,0%
Pianura Ovest	2.596	2.117	-18,5%
Reno, Lavino, Samoggia	3.288	2.717	-17,4%
San Lazzaro di Savena	2.083	1.683	-19,2%
Totale	27.039	24.537	-9,3%

Fonte: Elaborazione dati Statistica online Emilia Romagna

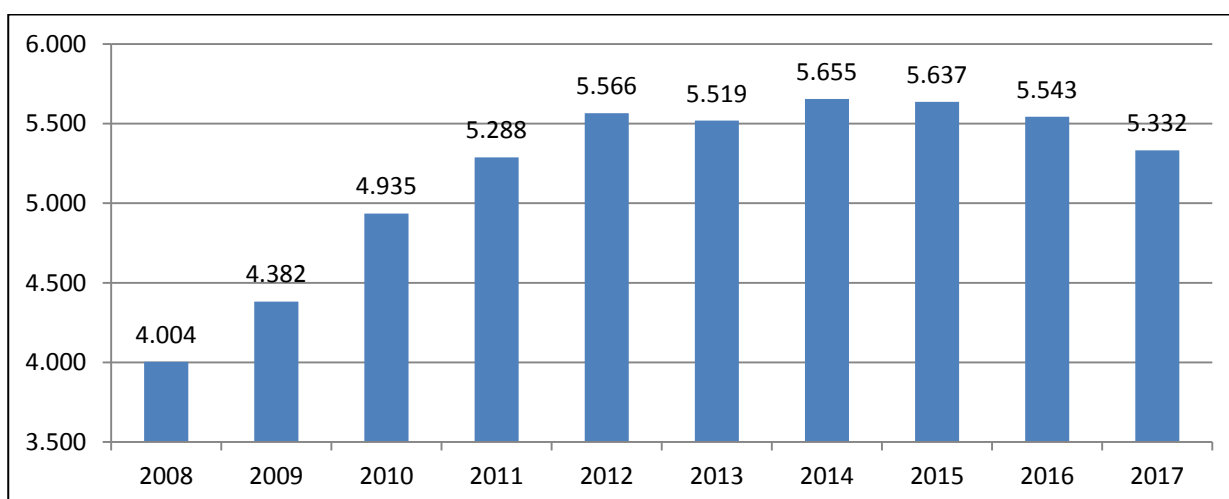
Di seguito (Grafici 7.2 e 7.3) si evidenzia la differenza nell'andamento della popolazione nella fascia 0-2 tra la componente italiana e la componente straniera.

Gráfico 7.2 -. *Bambini italiani nella fascia di età 0-2, 2008-2017, Area Metropolitana Bolognese*



Fonte: Elaborazione dati Statistica online Emilia Romagna

Gráfico 7.3 - *Bambini stranieri nella fascia di età 0-2, 2006-2015, Area Metropolitana Bolognese*



Fonte: Elaborazione dati Statistica online Emilia Romagna

I grafici testimoniano che il calo della popolazione nella fascia di età considerata è attribuibile maggiormente alla componente italiana. La popolazione straniera, invece, cresce fino al 2012 in modo continuativo; dal 2012 in avanti l'andamento si stabilizza, con un lieve calo negli ultimi due anni considerati.

Nell'ambito dell'area metropolitana bolognese, l'offerta di servizi, i cui dati più aggiornati validati dalla Regione sono riferiti all'anno 2015/2016, è costituita principalmente dai nidi d'infanzia e sezioni primavera¹², e dai servizi integrativi: lo Spazio bambini¹³, i Centri per bambini e famiglie¹⁴, i servizi domiciliari¹⁵ e i servizi sperimentali. Complessivamente, nell'area metropolitana bolognese

¹² Le **sezioni primavera** sono sezioni di nido aggregate a scuole dell'infanzia che accolgono bambini dai 24 ai 36 mesi.

¹³ Il servizio educativo **Spazio bambino** offre accoglienza giornaliera ai bambini in età 12 – 36 mesi che vengono affidati ad educatori per un tempo massimo di cinque ore giornaliere.

¹⁴ Il **Centro per bambini e famiglie** è un servizio che offre accoglienza ai bambini insieme ai propri genitori, o adulti accompagnatori; può accogliere bambini in età 0-36 mesi e oltre con specifico progetto pedagogico.

¹⁵ Il **Servizio domiciliare**, organizzato come Piccolo gruppo educativo (PGE) è un servizio che valorizza l'intimità del contesto in cui ha sede il servizio (residenza dell'educatore, altra struttura dedicata). Può accogliere fino a 7 bambini.

nell'anno scolastico 2015/2016 sono presenti 10.421 posti nei diversi servizi educativi, 9.853 dei quali sono relativi a nidi e sezioni primavera (tabella 7.2).

Tabella 7.2 - Servizi e posti nei nidi e nei servizi educativi integrativi per distretto. A.s. 2015/2016

Distretto	Nidi e sezioni primavera		Servizi educativi integrativi		Totale	
	Servizi	Posti	Servizi	Posti	Servizi	Posti
Bologna	95	4.000	18	229	113	4.229
Appennino Bolognese	8	252	1	13	9	265
Imola	28	1.277	13	99	41	1.376
Pianura Est	43	1.637	5	52	48	1.689
Pianura Ovest	17	857	2	36	19	893
Reno Lavino Samoggia	27	1.057	11	96	38	1.153
San Lazzaro di Savena	19	773	2	43	21	816
Totale	237	9.853	52	568	289	10.421

Fonte: elaborazioni su rilevazione Spi-ER, anno 2015/2016

Con riferimento ai nidi d'infanzia e sezioni primavera, nell'area metropolitana bolognese l'offerta è costituita complessivamente da 237 servizi: di questi, 155 sono a titolarità pubblica (nidi pubblici a gestione diretta o esternalizzata) e 82 a titolarità privata (privati in convenzione o a regime di libero mercato). Complessivamente, i posti offerti sono 9.853: di questi, 7.748 in servizi a titolarità pubblica e 2.105 in servizi a titolarità privata (tabella 7.3).

Tabella 7.3 - Servizi e posti nei nidi e sezioni primavera, per titolarità e per distretto. Anno scolastico 2015/2016

Distretto	Nidi e sezioni primavera titolarità pubblica		Nidi e sezioni primavera titolarità privata		Totale	
	Servizi	Posti	Servizi	Posti	Servizi	Posti
Bologna	59	3.065	36	935	95	4.000
Appennino Bolognese	8	252	0	0	8	252
Imola	17	925	11	352	28	1.277
Pianura Est	28	1.308	15	329	43	1.637
Pianura Ovest	11	678	6	179	17	857
Reno Lavino Samoggia	20	894	7	163	27	1.057
San Lazzaro di Savena	12	626	7	147	19	773
Totale	155	7.748	82	2.105	237	9.853

Fonte: elaborazioni su rilevazione Spi-ER, anno 2015/2016

Con riferimento ai servizi educativi integrativi, nell'area metropolitana bolognese l'offerta è costituita complessivamente da 52 servizi, metà a titolarità pubblica e metà a titolarità privata. I posti offerti in tali servizi sono 568: di questi, 364 in servizi a titolarità pubblica e 204 in servizi a titolarità privata (tabella 7.4).

Tabella 7.4 - Servizi e posti nei servizi educativi integrativi, per titolarità e per distretto. Anno scolastico 2015/2016

Distretto	Servizi educativi integrativi pubblici		Servizi educativi integrativi privati		Totale	
	Servizi	Posti	Servizi	Posti	Servizi	Posti
Bologna	10	173	8	56	18	229
Appennino Bolognese	1	13	0	0	1	13
Imola	3	33	10	66	13	99
Pianura Est	3	24	2	28	5	52
Pianura Ovest	2	36	0	0	2	36
Reno Lavino Samoggia	6	58	5	38	11	96
San Lazzaro di Savena	1	27	1	16	2	43
Totale	26	364	26	204	52	568

Fonte: elaborazioni su rilevazione Spi-ER, anno 2015/2016

Nella tabella seguente si riporta il tasso di partecipazione, ovvero il rapporto tra il numero di bambini che frequentano i servizi educativi ed il numero di bambini in età 0-2 anni nella popolazione complessiva. Tale tasso viene calcolato separatamente per i bambini italiani e i bambini stranieri.

Tabella 7.5 - Tasso di partecipazione ai servizi socio-educativi, per nazionalità e distretto, anno 2015/2016

Distretto	Tasso di partecipazione		
	Bambini italiani	Bambini stranieri	Totale
Bologna	48,0%	25,6%	41,9%
Appennino Bolognese	17,1%	2,6%	14,2%
Imola	35,5%	16,6%	31,9%
Pianura Est	36,0%	15,6%	32,3%
Pianura Ovest	38,7%	11,0%	33,1%
Reno Lavino Samoggia	36,3%	13,6%	31,9%
San Lazzaro di Savena	41,3%	7,2%	36,9%
Area Metropolitana	40,0%	19,4%	35,4%

Fonte: elaborazioni su rilevazione Spi-ER, anno 2015/2016

I dati evidenziano che il tasso di partecipazione ai nidi è pari al 35,4% per l'area metropolitana, con un picco del 41,9% nel comune di Bologna. Il tasso di partecipazione calcolato solo sui bambini italiani che frequentano i servizi educativi risulta più alto, pari al 40% sull'ambito metropolitano, con un picco del 48% nel comune di Bologna. Il tasso di partecipazione ai servizi educativi dei bambini stranieri è molto più basso di quello riferito ai bambini italiani, al di sotto del 20% nell'area metropolitana. Anche in questo caso, fa eccezione il Comune di Bologna, con un valore più elevato della media (25,6%), anche se di oltre venti punti percentuali inferiore al tasso di partecipazione calcolato rispetto ai bambini italiani.

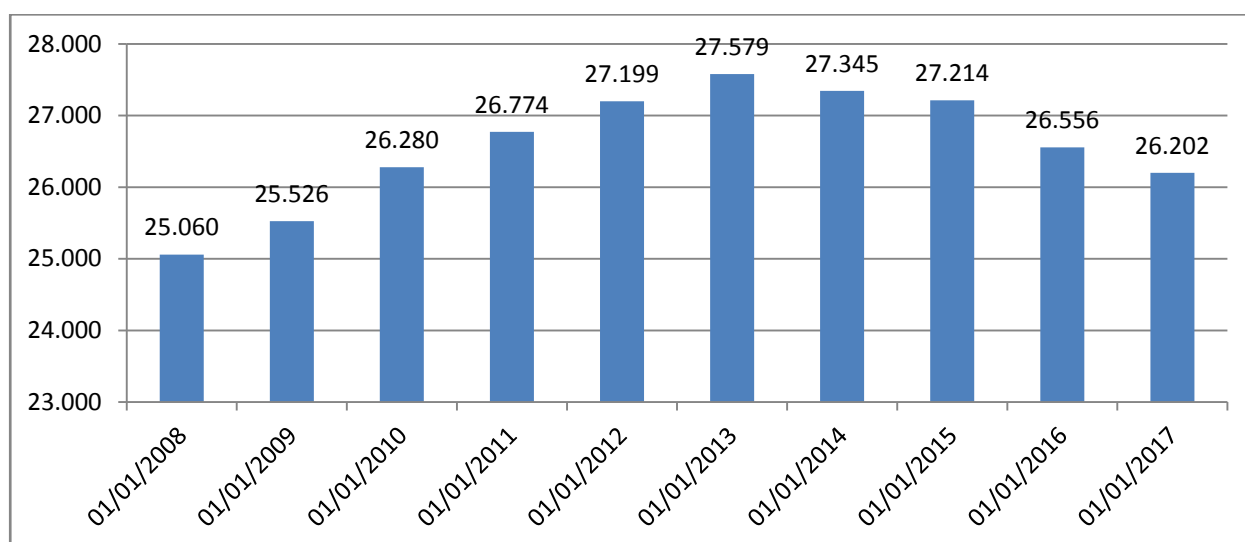
Negli altri territori dell'area metropolitana, il valore del tasso di partecipazione dei bambini stranieri è invece molto inferiore rispetto alla media. I valori più bassi del tasso di partecipazione dei bambini stranieri si registrano nel distretto di San Lazzaro di Savena (7,2%) e nel distretto dell'Appennino Bolognese (2,6%).

7.2 LE SCUOLE D'INFANZIA

7.2.1 ALCUNI ELEMENTI SULLA DOMANDA DI SERVIZI NELLA FASCIA 3-5 ANNI

La popolazione nella fascia di età da 3 a 5 anni presenta un andamento crescente fino al 2013 e successivamente in calo. Nell'area metropolitana bolognese, nel 2017 i bambini nella fascia di età da 3 a 5 anni erano 26.202.

Grafico 7.4 - Bambini nella fascia di età 3-5, 2008-2017, area metropolitana bolognese



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Statistica self-service

Complessivamente, il calo della popolazione nella fascia di età 3-5 nel periodo 2013-2017 è pari al 5%. Il calo è più evidente nel distretto dell'Appennino Bolognese (-16,8%) e di Reno, Lavino, Samoggia (-11,3%); in controtendenza il distretto di Bologna, nel quale si verifica un aumento del 2,1%.

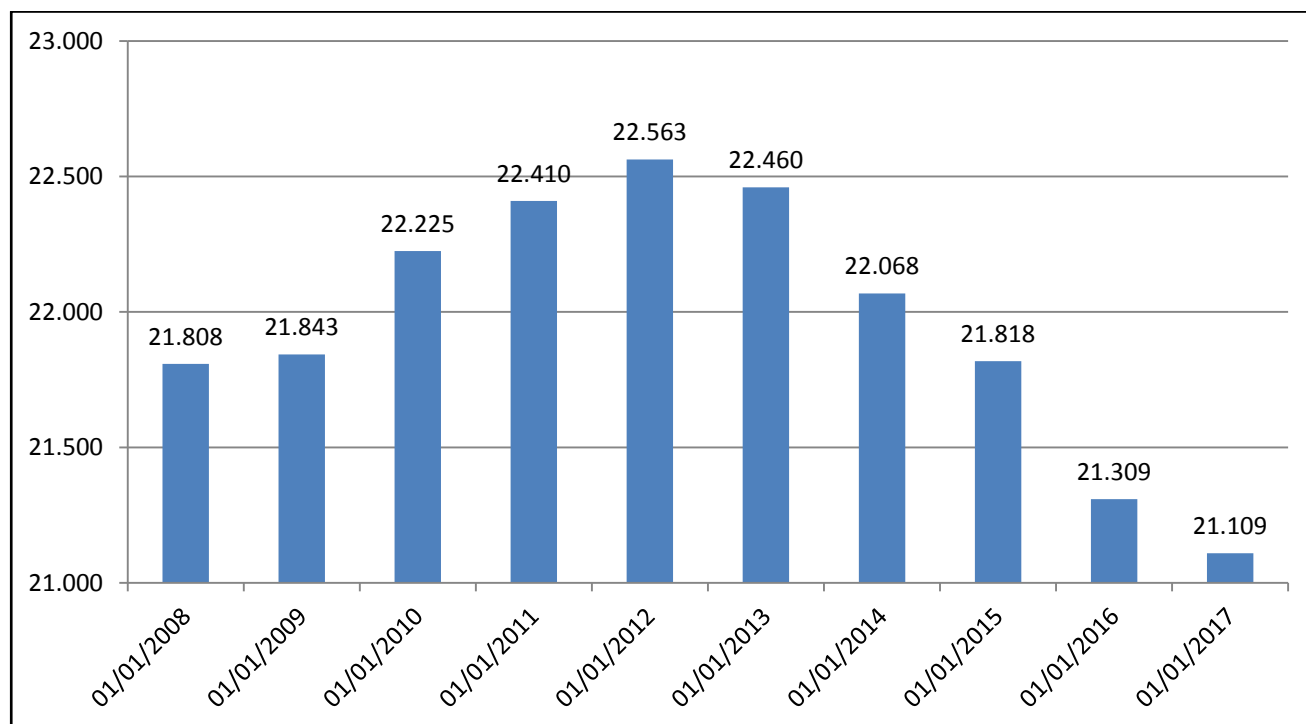
Tabella 7.6 - Bambini nella fascia di età 3-5, 2013 e 2017, per distretto

	2013	2017	Var % 2017/2013
Bologna	9.131	9.324	2,1%
Appennino Bolognese	1.551	1.291	-16,8%
Imola	3.861	3.656	-5,3%
Pianura Est	4.901	4.584	-6,5%
Pianura Ovest	2.670	2.389	-10,5%
Reno, Lavino, Samoggia	3.337	2.959	-11,3%
San Lazzaro di Savena	2.128	1.999	-6,1%
Area Metropolitana	27.579	26.202	-5,0%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Statistica self-service

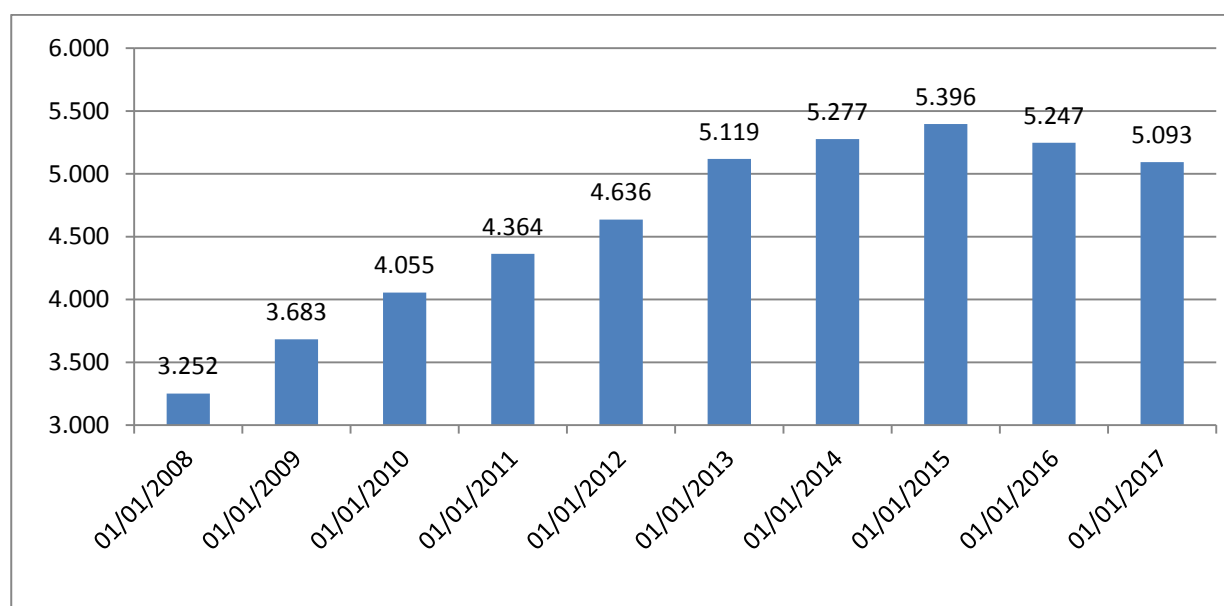
Di seguito (Grafici 7.5 e 7.6) si evidenzia la differenza nell'andamento della popolazione nella fascia 0-2 tra la componente italiana e la componente straniera.

Grafico 7.5 - Bambini italiani nella fascia di età 0-2, 2005-2014, area metropolitana bolognese



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Statistica self-service

Grafico 7.6 - Bambini stranieri nella fascia di età 0-2, 2005-2014, area metropolitana bolognese



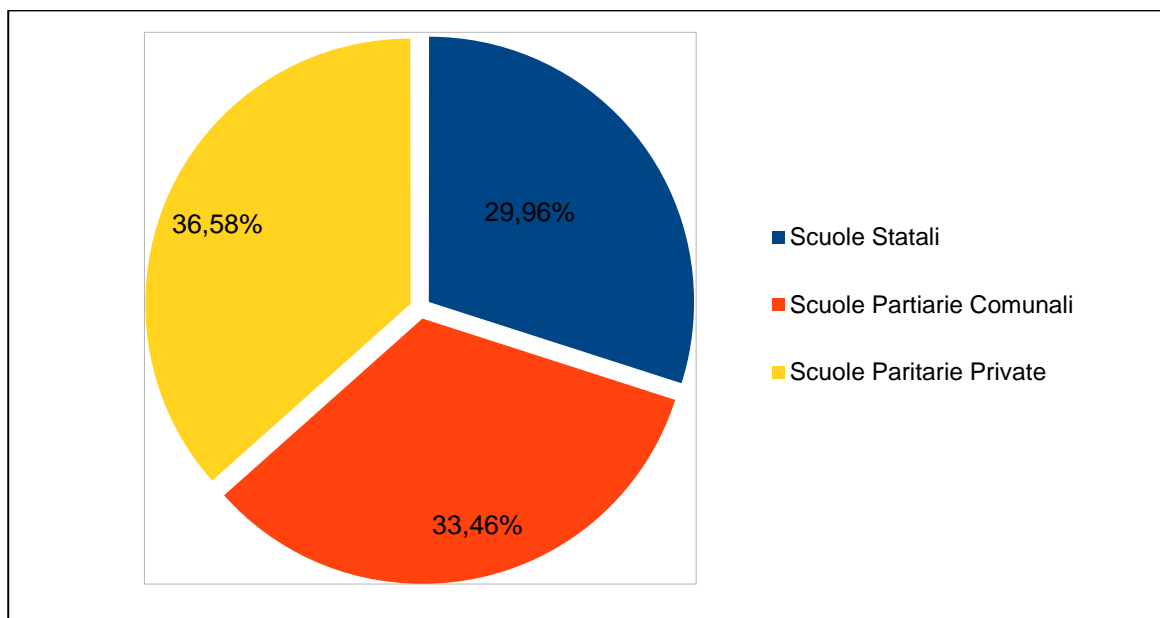
Fonte: Regione Emilia-Romagna, Statistica self-service

I grafici testimoniano che il calo della popolazione nella fascia di età considerata è attribuibile in gran parte alla componente italiana. La popolazione straniera, invece, fatta eccezione per il lieve calo dell'ultimo biennio (2016-2017), negli anni precedenti ha sempre mostrato un andamento crescente.

7.2.2 I SERVIZI DELLA FASCIA DI ETÀ 3-5 ANNI

Nell'area metropolitana bolognese, prendendo a riferimento i dati relativi all'anno scolastico 2015/2016, sono presenti complessivamente 257 scuole di infanzia. Di queste, 77 (pari al 29,96% sul totale) sono statali; 94 (pari al 36,58% sul totale) sono paritarie private e 86 (pari al 33,46%) sono comunali (Grafico 7.7).

Grafico 7.7 - Scuole d'infanzia, per titolarità, Area metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016



Fonte: Elaborazione dati Città Metropolitana di Bologna

Le scuole di infanzia statali

Le 77 scuole di infanzia statali sono composte complessivamente da 541 sezioni, e accolgono 12.764 alunni, con una media di 23,6 alunni per sezione. Gli alunni con sostegno sono complessivamente 198, pari all'1,6% del totale (tabella 7.7).

Tabella 7.7 - Scuole d'infanzia Statali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione	Alunni sostegno	Alunni con sostegno/ alunni totali
BOLOGNA	22	83	2.004	24,1	38	1,9%
APPENNINO BOLOGNESE	6	50	1.029	20,6	8	0,8%
IMOLA	11	68	1.655	24,3	22	1,3%
PIANURA EST	14	120	2.824	23,5	44	1,6%
PIANURA OVEST	6	54	1.320	24,4	26	2,0%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	11	104	2.444	23,5	32	1,3%
SAN LAZZARO DI SAVENA	7	62	1.488	24,0	28	1,9%
AREA METROPOLITANA	77	541	12.764	23,6	198	1,6%

Fonte: Ufficio Scolastico Provinciale di Bologna

Le scuole di infanzia private paritarie

Le scuole di infanzia private paritarie presenti nell'ambito metropolitano bolognese sono complessivamente 94. Le sezioni presenti nelle scuole paritarie private sono 261 ed accolgono 5.901 alunni, con una media di 22,6 alunni per sezione.

Tabella 7.8 - Presidi, sezioni e alunni nelle scuole d'infanzia paritarie private nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	32	81	1.752	21,6
APPENNINO BOLOGNESE	3	8	175	21,9
IMOLA	19	51	1.290	25,3
PIANURA EST	20	57	1.276	22,4
PIANURA OVEST	9	35	792	22,6
RENO LAVINO E SAMOGGIA	7	20	427	21,4
SAN LAZZARO DI SAVENA	4	9	189	21,0
AREA METROPOLITANA	94	261	5.901	22,6

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

Gli stranieri nelle scuole di infanzia private paritarie sono 254, pari al 4,3% del totale (tabella 7.9). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è inferiore alla media nei territori di San Lazzaro di Savena (1,1%) e di Reno, Lavino, Samoggia (1,2%).

Tabella 7.9 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole d'infanzia paritarie private nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Alunni	Italiani	Stranieri	% stranieri sul totale
BOLOGNA	1.752	1.703	49	2,8%
APPENNINO BOLOGNESE	175	167	8	4,6%
IMOLA	1.290	1.198	92	7,1%
PIANURA EST	1.276	1.208	68	5,3%
PIANURA OVEST	792	762	30	3,8%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	427	422	5	1,2%
SAN LAZZARO DI SAVENA	189	187	2	1,1%
AREA METROPOLITANA	5.901	5.647	254	4,3%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

I bambini con deficit nelle scuole di infanzia private paritarie sono 63, pari all'1,1% del totale (tabella 7.10). La percentuale di bambini con deficit sul totale degli alunni è inferiore alla media nei territori di San Lazzaro di Savena (nessun bambino con deficit è presente), di Imola (0,6%), di Reno, Lavino, Samoggia (0,7%) e di Pianura Est (0,9%).

Tabella 7.10 - Bambini con deficit nelle scuole d'infanzia paritarie Private nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Alunni	Bambini con deficit	% bambini con deficit sul totale
BOLOGNA	1.752	23	1,3%
APPENNINO BOLOGNESE	175	5	2,9%
IMOLA	1.290	8	0,6%
PIANURA EST	1.276	12	0,9%
PIANURA OVEST	792	12	1,5%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	427	3	0,7%
SAN LAZZARO DI SAVENA	189	0	0,0%
AREA METROPOLITANA	5.901	63	1,1%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

Le scuole di infanzia comunali

Le scuole di infanzia comunali presenti nell'ambito metropolitano bolognese sono complessivamente 86. Le sezioni presenti nelle scuole comunali sono 257 ed accolgono 6.276 alunni, con una media di 24,4 alunni per sezione (tabella 7.11). Non sono presenti scuole di infanzia comunali nei territori di Reno, Lavino, Samoggia e San Lazzaro di Savena.

Tabella 7.11 - Presidi, sezioni e alunni nelle scuole d'infanzia comunali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	69	210	5.080	24,2
APPENNINO BOLOGNESE	1	1	12	12,0
IMOLA	8	24	613	25,5
PIANURA EST	5	15	385	25,7
PIANURA OVEST	0	0	0	0,0
RENO LAVINO E SAMOGGIA	0	0	0	0,0
SAN LAZZARO DI SAVENA	3	7	186	26,6
AREA METROPOLITANA	86	257	6.276	24,4

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

Gli stranieri nelle scuole di infanzia comunali sono 1.257, pari al 20,7% del totale degli alunni (tabella 7.12). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è più alta della media nel capoluogo (21,9%).

Tabella 7.12 – Alunni italiani e stranieri nelle scuole d'infanzia comunali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	5.080	3.966	1.114	21,9%
APPENNINO BOLOGNESE	12	12	0	0,0%
IMOLA	613	511	102	16,6%
PIANURA EST	385	321	64	16,6%
PIANURA OVEST	0	0	0	0,0%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	0	0	0	0,0%
SAN LAZZARO DI SAVENA	186	169	17	9,1%
AREA METROPOLITANA	6.276	4.979	1.297	20,7%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

I bambini con deficit nelle scuole di infanzia comunali sono 157, pari al 2,5% del totale (tabella 7.13). La percentuale di bambini con deficit sul totale degli alunni è inferiore alla media nei territori di Imola (1,8%) e di Pianura Est (2,1%).

Tabella 7.13 - Bambini con deficit nelle scuole d'infanzia comunali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2015/2016

	Alunni	Bambini con deficit	% bambini con deficit sul totale
BOLOGNA	5.080	133	2,6%
APPENNINO BOLOGNESE	12	0	0,0%
IMOLA	613	11	1,8%
PIANURA EST	385	8	2,1%
PIANURA OVEST	0	0	0,0%
RENO LAVINO E SAMOGGIA	0	0	0,0%
SAN LAZZARO DI SAVENA	186	5	2,7%
AREA METROPOLITANA	6.276	157	2,5%

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Rilevazione scuole d'infanzia

7.3 LE SCUOLE PRIMARIE

Le scuole primarie statali

Le scuole primarie statali nell'area metropolitana bolognese sono complessivamente 182 e sono composte da 1.943 sezioni che accolgono 41.841 alunni, con una media di 21,5 alunni per sezione (tabella 7.14).

Tabella 7.14 - Scuole, sezioni e alunni nelle scuole primarie statali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	53	577	13.136	22,8
APPENNINO BOLOGNESE	22	136	2.267	16,7
IMOLA	30	283	5.970	21,1
PIANURA EST	32	364	7.850	21,6
PIANURA OVEST	12	186	4.083	22,0
RENO LAVINO SAMOGGIA	19	238	5.157	21,7
SAN LAZZARO DI SAVENA	14	159	3.378	21,2
AREA METROPOLITANA	182	1.943	41.841	21,5

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Gli stranieri nelle scuole primarie statali sono 7.625, pari al 18,2% del totale degli alunni (tabella 7.15). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è più alta della media nel capoluogo (25,8%).

Tabella 7.15 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole primarie statali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	13.136	9.744	3.392	25,8%
APPENNINO BOLOGNESE	2.267	1.841	426	18,8%
IMOLA	5.970	5.059	911	15,3%
PIANURA EST	7.850	6.771	1.079	13,7%
PIANURA OVEST	4.083	3.353	730	17,9%
RENO LAVINO SAMOGGIA	5.157	4.426	731	14,2%
SAN LAZZARO DI SAVENA	3.378	3.022	356	10,5%
AREA METROPOLITANA	41.841	34.216	7.625	18,2%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Le scuole primarie paritarie

Le scuole primarie paritarie nell'area metropolitana bolognese sono 18, composte da 134 sezioni che accolgono complessivamente 2.958 alunni, con una media di 22,1 alunni per sezione (tabella 7.16).

Tabella 7.16 – Scuole, sezioni e alunni nelle scuole primarie paritarie nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	14	100	2.227	22,3
APPENNINO BOLOGNESE	0	0	0	0,0
IMOLA	2	15	354	23,6
PIANURA EST	0	0	0	0,0
PIANURA OVEST	1	10	183	18,3
RENO LAVINO SAMOGGIA	1	9	194	21,6
SAN LAZZARO DI SAVENA	0	0	0	0,0
AREA METROPOLITANA	18	134	2.958	22,1

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Gli stranieri nelle scuole primarie paritarie sono 61, pari al 2,1% del totale degli alunni (tabella 7.17).

Tabella 7.17 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole primarie paritarie nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	2.227	2.177	50	2,2%
APPENNINO BOLOGNESE	0	0	0	0,0%
IMOLA	354	351	3	0,8%
PIANURA EST	0	0	0	0,0%
PIANURA OVEST	183	181	2	1,1%
RENO LAVINO SAMOGGIA	194	188	6	3,1%
SAN LAZZARO DI SAVENA	0	0	0	0,0%
AREA METROPOLITANA	2.958	2.897	61	2,1%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

7.4 SCUOLE SECONDARIE

7.4.1 LE SCUOLE SECONDARIE DI I° GRADO

Le scuole secondarie di I° grado nell'area metropolitana bolognese sono complessivamente 101 e sono composte da 1.151 sezioni che accolgono 26.224 alunni, con una media di 22,8 alunni per sezione (tabella 7.18).

Tabella 7.18 - Scuole, sezioni e alunni nelle scuole secondarie di I grado nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	31	392	9.029	23,0
APPENNINO BOLOGNESE	12	70	1.304	18,6
IMOLA	16	166	3.847	23,2
PIANURA EST	15	190	4.443	23,4
PIANURA OVEST	8	104	2.348	22,6
RENO LAVINO SAMOGGIA	11	137	3.230	23,6
SAN LAZZARO DI SAVENA	8	92	2.023	22,0
AREA METROPOLITANA	101	1.151	26.224	22,8

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Nelle scuole secondarie di I° grado, gli stranieri sono 4.096, pari al 15,6% del totale degli alunni (tabella 7.19). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è più alta della media nei distretti dell'Appennino Bolognese (17,2%) e nel capoluogo (20,3%).

Tabella 7.19 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole secondarie di I grado statali nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	9.029	7.193	1.836	20,3%
APPENNINO BOLOGNESE	1.304	1.080	224	17,2%
IMOLA	3.847	3.338	509	13,2%
PIANURA EST	4.443	3.864	579	13,0%
PIANURA OVEST	2.348	2.011	337	14,4%
RENO LAVINO SAMOGGIA	3.230	2.830	400	12,4%
SAN LAZZARO DI SAVENA	2.023	1.812	211	10,4%
AREA METROPOLITANA	26.224	22.128	4.096	15,6%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

7.4.2 LE SCUOLE SECONDARIE DI II° GRADO

Le scuole secondarie di II° grado nell'area metropolitana bolognese sono complessivamente 104 e sono composte da 1.742 sezioni che accolgono 38.146 alunni, con una media di 21,9 alunni per sezione (tabella 7.20).

Tabella 7.20 - Scuole, sezioni e alunni nelle scuole secondarie di II grado nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Scuole	Sezioni	Alunni	Alunni per sezione
BOLOGNA	48	938	20.542	21,9
APPENNINO BOLOGNESE	11	86	1.586	18,4
IMOLA	15	297	6.711	22,6
PIANURA EST	8	82	1.737	21,2
PIANURA OVEST	7	73	1.516	20,8
RENO LAVINO SAMOGGIA	7	149	3.508	23,5
SAN LAZZARO DI SAVENA	8	117	2.546	21,8
AREA METROPOLITANA	104	1.742	38.146	21,9

Fonte: Atlante statistico metropolitano

Nelle scuole secondarie di II° grado, gli stranieri sono 4.988, pari al 13,1% del totale degli alunni (tabella 7.21). La percentuale di stranieri sul totale degli alunni è più alta della media nei distretti di Pianura Ovest (19,5%), di Pianura Est (14,2%), dell'Appennino Bolognese (14,1%) e nel capoluogo (13,7%).

Tabella 7.21 - Alunni italiani e stranieri nelle scuole secondarie di II grado nell'Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Alunni	Italiani	Stranieri	% Stranieri
BOLOGNA	20.542	17.720	2.822	13,7%
APPENNINO BOLOGNESE	1.586	1.363	223	14,1%
IMOLA	6.711	5.919	792	11,8%
PIANURA EST	1.737	1.491	246	14,2%
PIANURA OVEST	1.516	1.220	296	19,5%
RENO LAVINO SAMOGGIA	3.508	3.114	394	11,2%
SAN LAZZARO DI SAVENA	2.546	2.331	215	8,4%
AREA METROPOLITANA	38.146	33.158	4.988	13,1%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

La percentuale degli alunni stranieri all'interno delle scuole secondarie di II grado può essere disaggregata per tipologia di istituto. I dati (tabella 7.22) evidenziano che, a livello metropolitano, negli Istituti professionali la quota di stranieri sul totale degli alunni raggiunge il 26,9%, mentre nei licei scende al 5%.

Tabella 7.22 - Alunni stranieri, per tipologia di istituto delle scuole secondarie di II grado, in percentuale sul totale alunni, Area Metropolitana di Bologna. A.s. 2016/2017

	Licei	Istituti tecnici	Istituti professionali	Media distrettuale
BOLOGNA	6,1%	21,7%	36,2%	13,7%
APPENNINO BOLOGNESE	8,7%	13,7%	21,1%	14,1%
IMOLA	7,1%	7,3%	20,6%	11,8%
PIANURA EST	7,0%	17,5%	33,5%	14,2%
PIANURA OVEST	8,9%	17,1%	38,5%	19,5%
RENO LAVINO SAMOGGIA	5,0%	14,5%	14,6%	11,2%
SAN LAZZARO DI SAVENA	5,0%	10,8%	4,7%	8,4%
AREA METROPOLITANA	6,3%	15,7%	26,9%	13,1%

Fonte: Atlante statistico metropolitano

7.5 BAMBINI/ALUNNI CON DISABILITA': L'IMPEGNO DEGLI ENTI LOCALI

Negli ultimi anni si registra un aumento significativo dei bambini e alunni con disabilità, sia in valore assoluto, sia in termini di incidenza sulla popolazione scolastica totale, sia in relazione all'utenza NPIA. Il tema è stato affrontato durante il convegno *"Bambini e alunni con disabilità: un fenomeno in crescita? Dati e analisi per una visione condivisa tra scuola, sanità e comuni"*¹⁶. In questa sezione si riportano ed aggiornano i dati riferiti alla sola Scuola Statale, in quanto disponibili con più facilità, ma va sottolineato quanto il fenomeno sia presente anche nelle Scuole paritarie, nella Formazione Professionale, in parte anche nei Servizi socio-educativi. Si riportano poi i dati distrettuali relativi alla NPIA e, infine, una analisi sintetica della rilevazione sui costi dei servizi per l'inclusione scolastica dei bambini con disabilità a carico degli enti locali nell'area metropolitana bolognese.

Un primo aspetto da sottolineare rileva come, nel periodo che va dal 2004/2005 al 2014/2015, la crescita in valore percentuale degli alunni certificati sia analoga a livello nazionale, regionale e metropolitano. In particolare, con riferimento all'area metropolitana di Bologna, si ha un incremento della popolazione scolastica del 27% e un incremento degli alunni certificati del 50%, quasi il doppio (vedi tabella 7.23).

Tabella 7.23 - Alunni totali e certificati nelle scuole statali nel decennio a.s. 2004/2005 a.s. 2014/2015

		2004/2005	2014/2015	Var %
ITALIA	Alunni totali	7.667.980	7.753.202	1,1%
	Alunni certificati	155.657	218.905	40,6%
	Incidenza	2,03%	2,82%	0,79%
REGIONE EMILIA ROMAGNA	Alunni totali	441.776	539.887	22,2%
	Alunni certificati	10.208	14.662	43,6%
	Incidenza	2,31%	2,72%	0,41%
AREA METROPOLITANA BOLOGNA	Alunni totali	90.133	114.799	27,4%
	Alunni certificati	2.135	3.218	50,7%
	Incidenza	2,37%	2,80%	0,43%

Fonte: MIUR e USR

¹⁶ Promosso dalla Città metropolitana di Bologna, il convegno si è tenuto il 9 maggio 2017.

Se si analizzano i dati a partire dall'anno scolastico 2014/2015 in poi, si nota come nel 2015/2016 e nel 2016/2017 vi sia un ulteriore incremento della percentuale degli alunni certificati sugli alunni totali. I dati relativi all'anno 2017/2018 presentano invece una stabilità complessiva (vedi tabella 7.24), seppure con significative differenze tra gli ordini scolastici.

Tabella 7.24 - Alunni totali e alunni certificati nelle scuole statali dell'area metropolitana di Bologna negli ultimi quattro anni

AREA METROPOLITANA DI BOLOGNA	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	Var % 15/16 – 16/17	Var % 16/17 – 17/18
Alunni totali	114.799	116.809	117.171	117.236	0,3%	0,06%
Alunni certificati	3.218	3.414	3.600	3.624	5,4%	0,66%
Incidenza % AREA METROPOLITANA	2,80%	2,90%	3,10%	3,10%		
Incidenza % EMILIA ROMAGNA	2,70%	2,90%	2,90%	3,00%		

Fonte: MIUR e USR

7.5.1 NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: ALCUNI DATI

Nell'ambito del convegno sopra citato sono inoltre stati presentati alcuni primi dati sull'andamento degli utenti del servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per l'Azienda Usl di Bologna.

Il numero di utenti totali nell'Azienda Usl di Bologna è in aumento nel periodo considerato, passando da un totale di 8.071 nel 2010 a 9.269 nel 2016. In valore percentuale, si tratta di un aumento complessivo nel periodo considerato pari al 14,8%.

Se invece si considera il numero di nuovi utenti nell'anno, l'aumento in valore percentuale è ancora più significativo: nel 2016, il numero di nuovi utenti è stato superiore del 30% al numero di nuovi utenti nel 2010 (tabella 7.25).

Tabella 7.25 - Utenti NPIA, Azienda Usl di Bologna, valori assoluti e variazioni percentuali annue, 2010-2016

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Delta 2016/2010
Utenti totali	V.A.	8.071	7.840	8.046	8.530	8.979	9.004	9.269	1.198
	Variazione %		-2,9%	2,6%	6,0%	5,3%	0,3%	2,9%	14,8%
Nuovi utenti	V.A.	2.253	2.303	2.308	2.835	2.827	2.791	2.935	682
	Variazione %		2,2%	0,2%	22,8%	-0,3%	-1,3%	5,2%	30,3%

Fonte: Gentili, Bruno "Il punto di vista della NPIA", convegno "Bambini e alunni con disabilità: un fenomeno in crescita? Dati e analisi per una visione condivisa tra scuola, sanità e comuni.

Il dato sugli utenti NPIA certificati, rapportato alla popolazione di riferimento, conferma la crescita del fenomeno (tabella 7.26).

Tabella 7.26 - Utenti NPIA certificati in valore percentuale sulla popolazione di riferimento, per distretto, Azienda Usl di Bologna, 2014-2016

	% Certificati L. 104/92 su popolazione 0-17 ANNO 2014	% Certificati L. 104/92 su popolazione 0-17 ANNO 2015	% Certificati L. 104/92 su popolazione 0-17 ANNO 2016
Bologna	2,5	2,7	2,8
Appennino Bolognese	2,1	2,3	2,4
Pianura Est	2,6	2,7	2,8
Pianura Ovest	2,1	2,0	2,1
Reno, Lavino e Samoggia	2,6	2,7	3,0
San Lazzaro	2,5	2,6	2,9
TOTALE	2,4	2,6	2,8

Fonte: Gentili, Bruno "Il punto di vista della NPIA", convegno "Bambini e alunni con disabilità: un fenomeno in crescita? Dati e analisi per una visione condivisa tra scuola, sanità e comuni".

Una ulteriore evidenza riguarda la quota di utenti stranieri sul totale degli utenti in carico alla NPIA, che risulta in crescita nel triennio 2014-2016. La quota di utenti stranieri passa dal 17,4% al 18,9% del totale degli utenti NPIA (tabella 7.27).

Tabella 7.27 - Utenti NPIA certificati in valore percentuale sulla popolazione di riferimento, per distretto, Azienda Usl di Bologna, 2014-2016

	% UTENTI con citt. straniera su totale utenti ANNO 2014	% UTENTI con citt. straniera su totale utenti ANNO 2016
Bologna	23,6	26,0
Pianura Est	13,2	14,2
Pianura Ovest	15,8	16,2
Reno, Lavino e Samoggia	14,5	15,1
Appennino Bolognese	13,4	14,8
San Lazzaro	13,0	14,5
TOTALE	17,4	18,9

Fonte: Gentili, Bruno "Il punto di vista della NPIA", convegno "Bambini e alunni con disabilità: un fenomeno in crescita? Dati e analisi per una visione condivisa tra scuola, sanità e comuni".

7.5.2 L'IMPATTO SUGLI ENTI LOCALI

L'incremento degli alunni con disabilità comporta, anche per gli Enti Locali, investimenti sempre più significativi.

Nell'area metropolitana di Bologna, come in tutta la Regione Emilia-Romagna, i servizi dei comuni destinati ai bambini/alunni con disabilità nelle scuole non sono limitati solo al tradizionale (e dovuto per legge) sostegno diretto per l'inclusione scolastica (personale educativo assistenziale, trasporti, sussidi), ma intervengono in molte attività collegate quali i servizi pre-scuola e post-scuola, progetti di qualificazione, tutor amicali, campi estivi.

Avendo come riferimento l'anno scolastico 2015/2016, la Regione Emilia-Romagna ha avviato un approfondimento con l'obiettivo di elaborare una ricognizione sul territorio regionale dei servizi esistenti erogati per l'integrazione scolastica degli alunni disabili, con particolare riguardo alle risorse impiegate ed ai servizi erogati dai Comuni.

In tale rilevazione, i dati fisici (relativi al numero di alunni e al numero di ore, ad esempio) fanno riferimento all'anno scolastico 2015/2016; i dati finanziari, invece, fanno riferimento al 2016.

Nell'ambito della Regione Emilia Romagna, nell'anno finanziario 2016 i Comuni hanno investito su questa area di attività una somma pari a € 87.268.600.

Le tabelle successive presentano le spese sostenute dagli enti locali dell'area metropolitana di Bologna, suddivise per i vari distretti socio-sanitari (tabella 7.28) e i bambini/alunni con disabilità coinvolti in tali servizi (tabella 7.29).

Complessivamente, nell'area metropolitana di Bologna si sono investiti € 25.670.400, di cui € 10.711.114 nel distretto di Bologna.

Tabella 7.28 – Costo dei Servizi per l'inclusione scolastica dei bambini/alunni con disabilità a carico degli enti locali nell'area metropolitana di Bologna, anno finanziario 2016

	Assistenza educativa, autonomia e comunicazione personale	Servizi di qualificazione e scolastica	Trasporto scolastico speciale	Fornitura ausili	Servizio pre e post scolastico	Attività extra scolastiche	Altri servizi	totale
Bologna	9.573.434	48.580	522.849	32.325	187.053	343.567	3.306	10.711.114
Appennino Bolognese	636.485	5.219	19.694	1.029	2.154	28.629	3.000	696.210
Pianura Est	4.278.907	69.310	43.011	9.587	64.669	182.683	35.994	4.684.161
Pianura Ovest	2.017.507	1.800	54.490	6.722	60.323	106.310	3.780	2.250.932
San Lazzaro di Savena	1.753.681	53.435	56.106	6.360	126.769	183.367	20.177	2.199.895
Reno, Lavino, Samoggia	1.838.285	20.924	118.973	953	4.410	134.193	26.500	2.144.238
Imola	2.465.205	118.725	137.838	562	44.792	210.424	6.303	2.983.849
Area Metropolitana	22.563.504	317.993	952.961	57.538	490.170	1.189.173	99.060	25.670.400

Fonte: Elaborazione dati su rilevazione Città metropolitana di Bologna

Tabella 7.29 - Bambini/Alunni con disabilità coinvolti nei servizi Comunali per l'inclusione scolastica nell'Area Metropolitana di Bologna, anno scolastico 2015/2016

	Assistenza educativa, autonomia e comunicazione personale	Servizi di qualificazione scolastica	Trasporto scolastico speciale	Fornitura ausili	Servizio pre e post scolastico	Attività extra scolastiche	Altri servizi
Bologna	1.387	477	126	50	104	204	3
Appennino Bolognese	104	2	9	2	4	13	2
Pianura Est	612	19	28	7	23	75	12
Pianura Ovest	252	1	21	4	19	51	9
San Lazzaro di Savena	228	80	36	4	31	64	20
Reno, Lavino, Samoggia	265	74	18	1	2	56	23
Imola	357	209	22	2	7	100	153
Area Metropolitana	3.205	862	260	70	190	563	222

Fonte: Elaborazione dati su rilevazione Città metropolitana di Bologna

La ricchezza di tali dati, prodotti per la prima volta in forma sistematica, consente di individuare alcuni punti di riferimento che possono essere utili agli stessi Enti Locali per valutare e programmare i propri impegni: la tabella 7.30 riporta il costo medio per alunno per le due voci più

significative di spesa. Si nota come la spesa relativa alla voce *Assistenza educativa, autonomia e comunicazione personale* sia abbastanza omogenea nei diversi territori.

Tabella 7.30 Stima del costo medio per l'assistenza educativa e il trasporto per distretto, anno 2015/2016

	ASSISTENZA EDUCATIVA, AUTONOMIA E COMUNICAZIONE PERSONALE	TRASPORTO SCOLASTICO SPECIALE
BOLOGNA	6.902	4.150
APPENNINO BOLOGNESE	6.120	2.188
PIANURA EST	6.992	1.536
PIANURA OVEST	8.006	2.595
SAN LAZZARO DI SAVENA	7.692	1.559
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	6.937	6.610
IMOLA	6.905	6.265
AREA METROPOLITANA	7.040	3.665

Fonte: Elaborazione dati su rilevazione Città metropolitana di Bologna

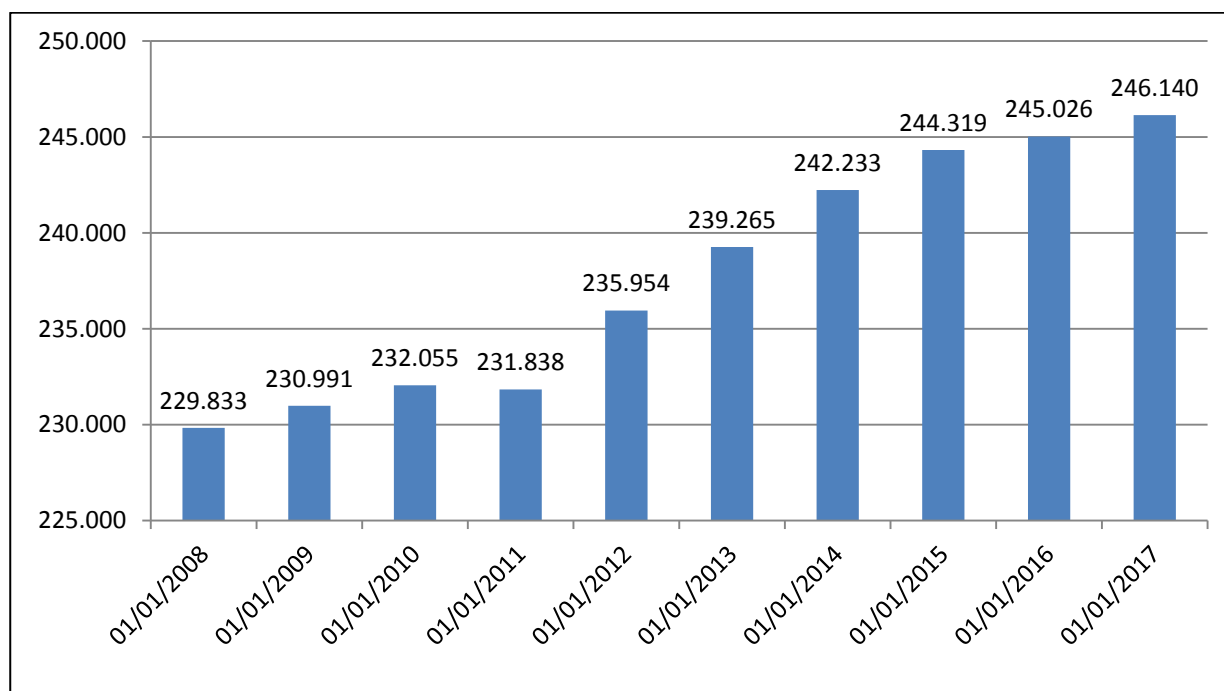
8. NON AUTOSUFFICIENZA

8.1 GLI ANZIANI

8.1.1 L'ANDAMENTO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Nel corso dell'ultimo decennio l'andamento della popolazione anziana evidenzia un forte aumento. Nel contesto metropolitano, le persone con più di 65 anni sono aumentate, passando da 229.833 individui nel 2008 a 246.140 individui nel 2017 (Grafico 8.1).

Grafico 8.1 - Popolazione con 65 anni e più, 2008-2014, area metropolitana bolognese



Fonte: Statistica Online Emilia Romagna

Sull'ambito metropolitano, l'aumento nel decennio in valore percentuale è pari al 7,1%. Se si disaggregano i dati per distretto, l'aumento più consistente si verifica nel distretto di San Lazzaro di Savena (+21,6%), mentre il distretto di Bologna registra un lieve calo (-1,9%).

Tabella 8.1 - Anziani con 65 anni e più, 2008 e 2017, per distretto

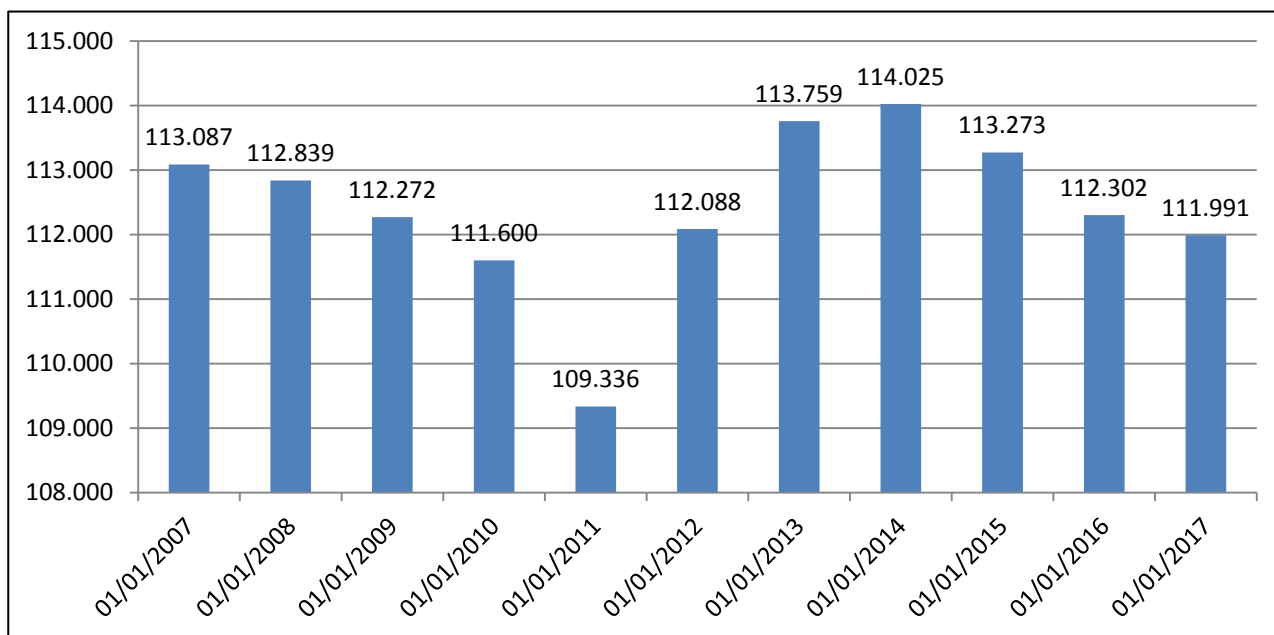
	2008	2017	Var %
Bologna	100.477	98.614	-1,9%
Appennino Bolognese	13.204	14.391	9,0%
Imola	28.986	31.871	10,0%
Pianura Est	31.016	35.904	15,8%
Pianura Ovest	16.131	18.495	14,7%
Reno,Lavino,Samoggia	23.922	27.284	14,1%
San Lazzaro di Savena	16.097	19.581	21,6%
Area Metropolitana	229.833	246.140	7,1%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

8.1.2 UNA DISAGGREGAZIONE PER FASCIA DI ETÀ E DISTRETTO

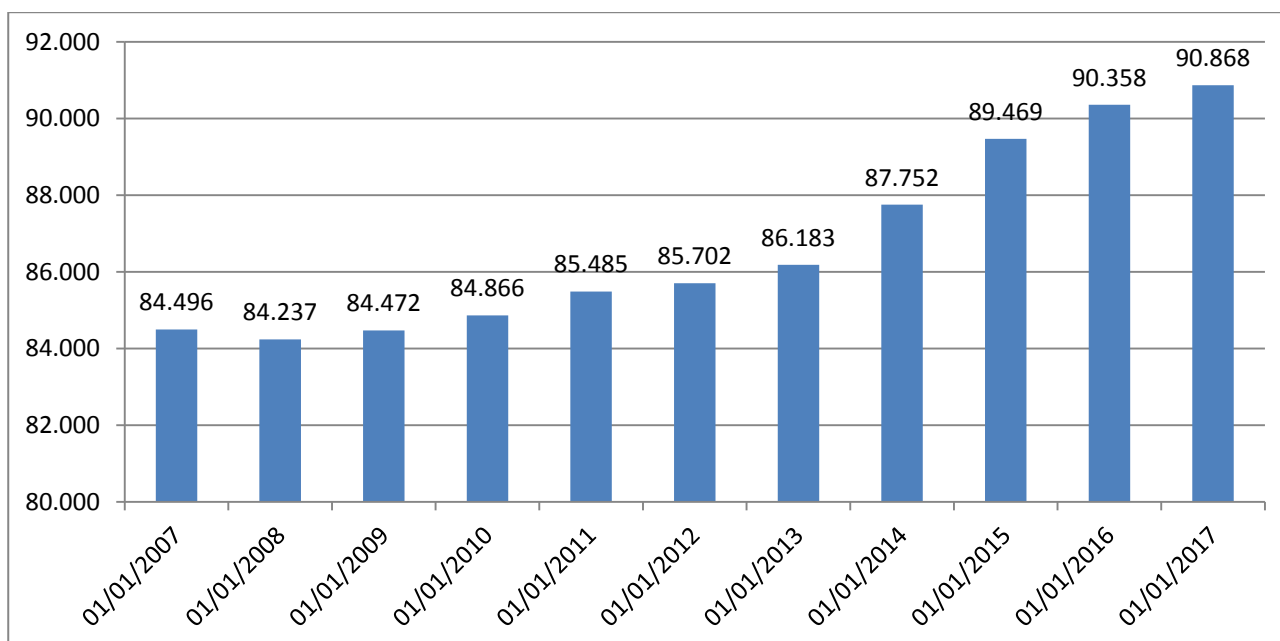
La disaggregazione della popolazione anziana per fasce di età permette di esaminare meglio le dinamiche nel corso del tempo e le variazioni per distretto. I grafici da 8.2 a 8.4 evidenziano la crescita delle fasce d'età da 75 a 84 anni e da 85 anni e più, mentre la fascia di età da 65 a 74 anni mostra un andamento oscillante nel corso del decennio preso in considerazione.

Grafico 8.2 - Popolazione con età tra 65 e 74 anni, 2008-2014, area metropolitana bolognese



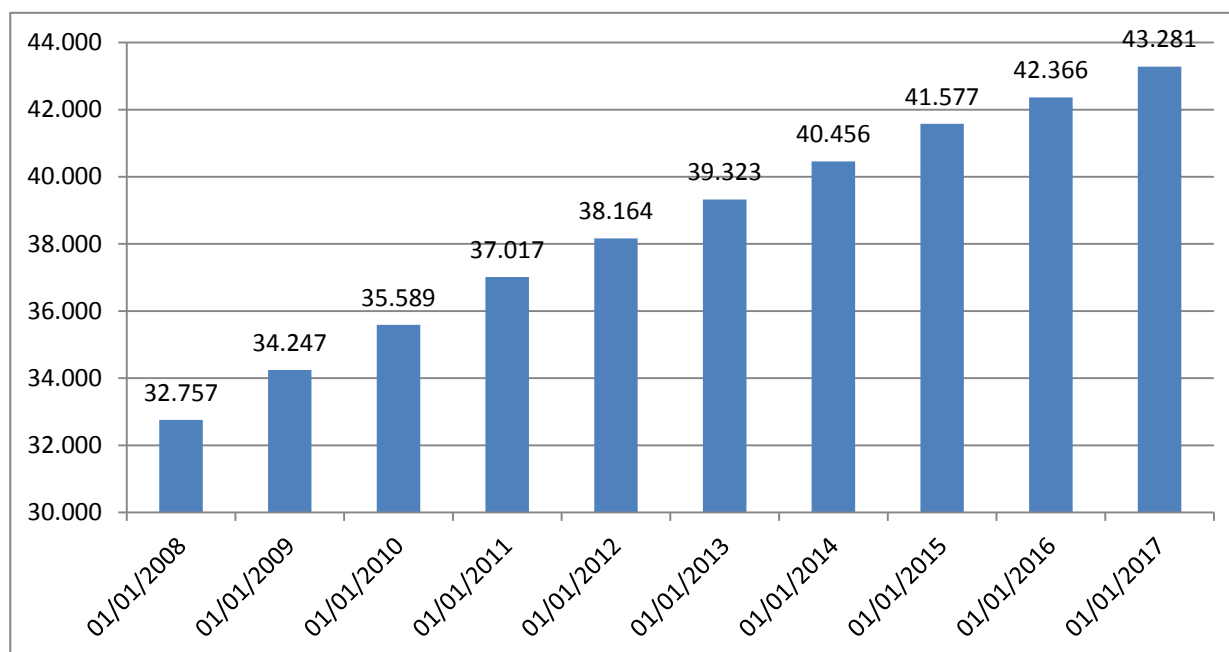
Fonte: Statistica Online Emilia Romagna

Grafico 8.3 - Popolazione con età tra 75 e 84 anni, 2008-2014, area metropolitana bolognese



Fonte: Statistica Online Emilia Romagna

Grafico 8.4 - Popolazione con 85 anni e più, 2008-2014, area metropolitana bolognese



Fonte: Statistica Online Emilia Romagna

La disaggregazione per fascia di età e per territorio permette alcune considerazioni ulteriori. Nel decennio 2008-2017, la popolazione nella fascia di età da 65 a 74 anni evidenzia un lieve calo (-0,8%) sull'ambito metropolitano. In realtà, gli anziani in tale fascia di età sono in aumento in tutti i territori, fatta eccezione per il capoluogo, nel quale si verifica un forte calo (-10%).

Tabella 8.2 - Anziani nella fascia di età tra 65 e 74 anni, 2008 e 2017, per distretto

	2008	2017	Var %
Bologna	46.925	42.210	-10,0%
Appennino Bolognese	6.456	6.956	7,7%
Imola	14.218	14.596	2,7%
Pianura Est	15.623	17.165	9,9%
Pianura Ovest	8.239	8.816	7,0%
Reno,Lavino,Samoggia	12.535	12.798	2,1%
San Lazzaro di Savena	8.843	9.450	6,9%
Area Metropolitana	112.839	111.991	-0,8%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

Nel medesimo periodo, la popolazione nella fascia di età da 75 a 84 anni mostra un aumento del 7,9% sull'ambito metropolitano. L'aumento è più consistente nei distretti di San Lazzaro di Savena (+36,7%) e Reno, Lavino, Samoggia (+21,5%); in controtendenza rispetto all'andamento negli altri territori, a Bologna tale fascia di età risulta in calo (-2,5%).

Tabella 8.3 - Anziani nella fascia di età tra 75 e 84 anni, 2008 e 2017, per distretto

	2008	2017	Var %
Bologna	37.951	37.009	-2,5%
Appennino Bolognese	4.880	5.018	2,8%
Imola	10.654	11.788	10,6%
Pianura Est	11.257	12.892	14,5%
Pianura Ovest	5.813	6.731	15,8%
Reno,Lavino,Samoggia	8.380	10.180	21,5%
San Lazzaro di Savena	5.302	7.250	36,7%
Area Metropolitana	84.237	90.868	7,9%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

La popolazione con 85 anni e più evidenzia un aumento del 32,1% sull'ambito metropolitano. L'aumento è più consistente nei distretti di San Lazzaro di Savena (+47,6%) e Reno, Lavino, Samoggia (+43,2%).

Tabella 8.4 - Anziani con 85 anni e più, 2008 e 2017, per distretto

	2008	2017	Var%
Bologna	15.601	19.395	24,3%
Appennino Bolognese	1.868	2.417	29,4%
Imola	4.114	5.487	33,4%
Pianura Est	4.136	5.847	41,4%
Pianura Ovest	2.079	2.948	41,8%
Reno,Lavino,Samoggia	3.007	4.306	43,2%
San Lazzaro di Savena	1.952	2.881	47,6%
Area Metropolitana	32.757	43.281	32,1%

Fonte: Elaborazione dati Statistica Online Emilia Romagna

8.1.3 UN TENTATIVO DI STIMA DELLA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

Il dato relativo all'andamento della popolazione per fascia di età è una prima approssimazione che permette solo di intuire quale possa essere il numero di anziani non autosufficienti nel territorio metropolitano bolognese.

Per tentare di stimare il numero di persone anziane non autosufficienti è possibile riferirsi alla banca dati ISTAT *Health for All*, che contiene una raccolta significativa di indicatori sanitari e di salute.

All'interno della banca dati, in particolare nella sezione *Limitazioni funzionali per tipologia*, è presente un tasso di disabilità complessivo e un tasso di disabilità riferito alle limitazioni funzionali per confinamento individuale. Entrambi i tassi sono disaggregabili per due fasce di età: da 6 a 64 anni e 65 anni e più. La fonte di tali indicatori è l'indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'ISTAT. Tale indicatore fa pertanto riferimento ad una percezione soggettiva della persona intervistata all'interno dell'indagine; ciononostante, può costituire un elemento utile per effettuare una approssimazione sulla platea di persone che potrebbe essere in condizione di non autosufficienza. Tali tassi di disabilità sono riferiti alle persone residenti nel proprio domicilio; pertanto, per ottenere il numero complessivo di anziani non

autosufficienti residente nel territorio metropolitano bolognese, a tale stima deve essere aggiunto il numero di anziani inseriti in struttura sociosanitaria, escluso dal campione dell'indagine ISTAT.

La tabella 8.5 riporta pertanto i due tassi di disabilità sopra descritti, per le zone geografiche italiane. Non è purtroppo possibile, per problemi di significatività del campione statistico, scendere a livelli di disaggregazione territoriale maggiore.

Tabella 8.5 - Tasso di limitazione funzionale per zona geografica, anno 2013

	Tasso limitazioni funzionali per confinamento individuale		Tasso limitazioni funzionali complessivo	
	Da 6 a 64 anni	65 anni e più	Da 6 a 64 anni	65 anni e più
Nord-Ovest	0,29%	7,86%	1,11%	15,90%
Nord-Est	0,33%	7,86%	1,08%	18,45%
Centro	0,50%	9,49%	1,31%	19,47%
Mezzogiorno	0,67%	12,53%	1,81%	24,97%
Italia	0,47%	9,66%	1,42%	19,98%

Fonte: ISTAT Health for All

La stima del numero di persone non autosufficienti nell'area metropolitana bolognese deve pertanto essere effettuata premettendo due ipotesi.

La prima riguarda l'applicazione del tasso di disabilità riferito del Nord-Est al territorio bolognese: si ipotizzerà, infatti, che tale tasso sia omogeneo per tutta l'area del Nord-Est.

La seconda riguarda l'anno di rilevazione del tasso di disabilità: si ipotizza, pertanto, che il tasso sia rimasto costante, dal 2013 ad oggi.

Se si applicano i due tassi di disabilità del Nord-Est riferiti alla popolazione con più di 65 anni del 2017, il numero di anziani con limitazioni funzionali complessive sarebbe pari a 45.413, mentre il numero di anziani confinati sarebbe pari a 19.347 (tabella 8.6).

Tabella 8.6 - Stima numero anziani con limitazioni funzionali nei distretti dell'Area Metropolitana di Bologna

	Pop > 65	Anziani con limitazioni funzionali complessive	Anziani confinati
Bologna	98.614	18.194	7.751
Appennino Bolognese	14.391	2.655	1.131
Imola	31.871	5.880	2.505
Pianura Est	35.904	6.624	2.822
Pianura Ovest	18.495	3.412	1.454
Reno, Lavino e Samoggia	27.284	5.034	2.145
San Lazzaro di Savena	19.581	3.613	1.539
Area Metropolitana	246.140	45.413	19.347

Fonte: Elaborazione dati Città Metropolitana di Bologna

8.1.4 LA STRUTTURA DELL'OFFERTA DEI SERVIZI NEL TERRITORIO BOLOGNESE

La struttura dell'offerta complessiva (pubblica e privata) nell'area della non autosufficienza si basa su diversi meccanismi di regolazione e regolamentazione, ai quali corrispondono servizi con requisiti più o meno stringenti. I due principali sono l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento. La descrizione di seguito partirà dall'analisi delle strutture accreditate per poi

estendersi alle strutture soggette all'autorizzazione al funzionamento, che spesso erogano servizi a regime di libero mercato.

8.1.4.1. LE STRUTTURE RESIDENZIALI ACCREDITATE: LA CRA

La casa-residenza per anziani (CRA), che ha inglobato la ex Casa Protetta/RSA, è un servizio socio-sanitario residenziale destinato ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. Sono strutture dedicate a persone anziane non autosufficienti che non possono restare nella propria abitazione. I requisiti delle CRA sono definiti dalla normativa sul tema dell'autorizzazione al funzionamento (DGR 564/2000) e dell'accreditamento (DGR 514/2009 e successivi provvedimenti). Ciascun territorio, in fase di programmazione del fabbisogno di posti in struttura residenziale, nell'ambito del contratto di servizio acquista una quota di posti tra quelli accreditati disponibili.

La tabella 8.7 riporta il numero di posti autorizzati, accreditati e acquistati con il contratto di servizio nei diversi distretti dell'area metropolitana di Bologna. Nell'ambito metropolitano, al 31/12/2016 erano autorizzati complessivamente 3.916 posti di CRA. Di questi, 3.528 sono stati accreditati e 3.451 acquistati con contratto di servizio.

Tabella 8.7 - Posti autorizzati, accreditati e con contratto di servizio nelle CRA, per distretto, 31/12/2016

	n. posti autorizzati CRA	n. posti accreditati	n. posti contratto di servizio	Differenza posti autorizzati-posti accreditati	Differenza posti accreditati – posti contratto di servizio
Bologna	1.537	1.463	1.459	74	4
Appennino Bolognese	235	187	180	48	7
Imola	575	513	507	62	6
Pianura Est	554	520	461	34	59
Pianura Ovest	222	222	222	0	0
Reno, Lavino e Samoggia	380	317	317	63	0
San Lazzaro di Savena	413	306	305	107	1
Area Metropolitana	3.916	3.528	3.451	388	77

Fonte: Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

Il numero di posti in CRA può essere rapportato alla popolazione con più di 75 anni, per ottenere il tasso di copertura. A livello metropolitano, il tasso di copertura calcolato sui posti autorizzati è pari al 2,9%; mentre il tasso di copertura calcolato sui posti accreditati è pari al 2,6% (tabella 8.8).

Tabella 8.8 - Tasso di copertura su posti autorizzati e accreditati in CRA, 2016

	n. posti autorizzati CRA	n. posti accreditati	Popolazione > 75 anni 1/1/2017	Posti autorizzati/popolazione > 75 anni	Posti accreditati/popolazione > 75 anni
Bologna	1.537	1.463	56.404	2,7%	2,6%
Appennino Bolognese	235	187	7.435	3,2%	2,5%
Imola	575	513	17.275	3,3%	3,0%
Pianura Est	554	520	18.739	3,0%	2,8%
Pianura Ovest	222	222	9.679	2,3%	2,3%
Reno, Lavino e Samoggia	380	317	14.486	2,6%	2,2%
San Lazzaro di Savena	413	306	10.131	4,1%	3,0%
Area Metropolitana	3.916	3.528	134.149	2,9%	2,6%

Fonte: Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

8.1.4.2. LE STRUTTURE RESIDENZIALI AUTORIZZATE

Oltre alle CRA, il sistema di welfare regionale prevede altre tipologie di strutture residenziali rivolte ad anziani, i cui requisiti sono definiti dalla normativa sull'autorizzazione al funzionamento (DGR 564/2000).

Si tratta, nel dettaglio, di:

- Casa protetta: struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere;
- Casa di riposo: struttura socio-assistenziale a carattere residenziale destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve;
- Comunità alloggio: struttura socio-assistenziale residenziale di ridotte dimensioni, di norma destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà;
- Alloggi con servizi/Residenza protetta: alloggi aggregati in una stessa unità strutturale (edificio), dotata di una zona comune per servizi collettivi, destinata ad anziani in condizioni di autosufficienza o di parziale autosufficienza;

La tabella 8.9 riporta i posti nelle varie tipologie di struttura sopra elencate in ogni distretto dell'area Metropolitana e il tasso di copertura sulla totale popolazione residente con più di 75 anni. I dati evidenziano che sul territorio metropolitano sono presenti ulteriori 3.552 posti in strutture residenziali: di questi, ben 2.632 sono posti in casa di riposo.

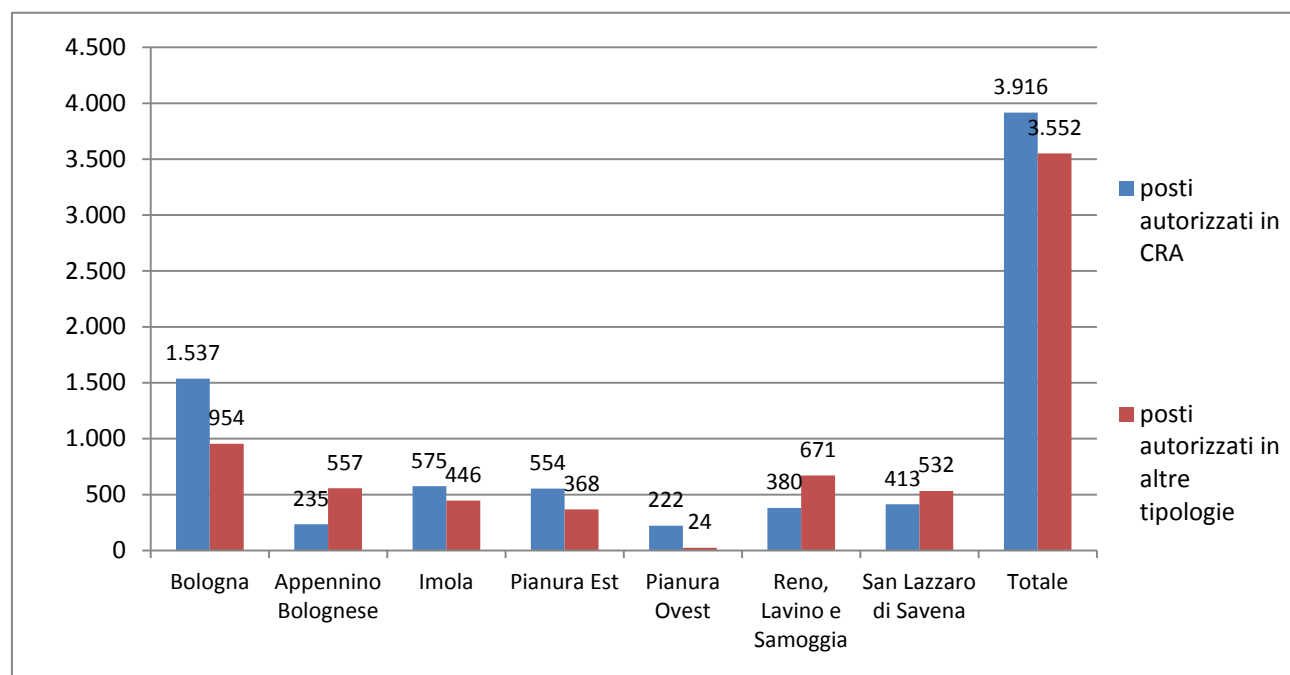
Tabella 8.9 - Posti autorizzati nelle strutture residenziali private per anziani, per tipologia e per distretto, 2016

	n. posti autorizzati casa di riposo	n. posti autorizzati casa protetta privata	n. posti autorizzati altre tipologie di servizi residenziali	totale posti	totale posti / pop > 75
Bologna	700	60	194	954	1,7%
Appennino Bolognese	465	70	22	557	7,5%
Imola	178	219	49	446	2,6%
Pianura Est	244	85	39	368	2,0%
Pianura Ovest	24	0	0	24	0,2%
Reno, Lavino e Samoggia	518	146	7	671	4,6%
San Lazzaro di Savena	503	0	29	532	5,3%
Area Metropolitana	2.632	580	340	3.552	2,6%

Fonte: Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

Il grafico successivo confronta i posti autorizzati in CRA e nelle altre strutture residenziali per ciascun distretto.

Grafico 8.5 - Posti autorizzati nelle CRA e nelle altre strutture residenziali private per anziani, per distretto, 2016



Fonte: Elaborazione dati Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

8.1.4.3 LE STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI (CENTRO DIURNO)

Il Centro diurno è un servizio socio-sanitario che offre assistenza e realizza programmi di riattivazione e mantenimento, socializzazione e animazione nelle ore del giorno, con rientro dell'anziano a domicilio la sera. Nel territorio metropolitano bolognese sono presenti 56 centri diurni, che offrono complessivamente 759 posti accreditati su di un totale di 990 posti autorizzati (tabella 8.10).

Tabella 8.10 – Presidi, posti autorizzati e accreditati nei centri diurni per anziani, per distretto, 2016

	Numero presidi	posti autorizzati	Di cui: posti accreditati
Bologna	17	353	330
Appennino Bolognese	6	81	28
Imola	4	72	52
Pianura Est	11	156	122
Pianura Ovest	5	80	59
Reno, Lavino, Samoggia	9	176	128
San Lazzaro di Savena	4	72	40
Area Metropolitana	56	990	759

Fonte: Banca dati sui presidi socio-assistenziali Emilia Romagna

8.1.4.4 SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ

Accanto ai servizi residenziali e semiresidenziali, l'assistenza agli anziani si realizza anche attraverso i servizi di sostegno alla domiciliarità. Nell'area metropolitana bolognese, nel 2016 sono stati erogati 1.546 assegni di cura e 539 contributi aggiuntivi per la regolarizzazione delle badanti (tabella 8.11).

Tabella 8.11 - Anziani con assegno di cura e contributo aggiuntivo badanti, per distretto, 2016

	Assegno di cura	Contributo aggiuntivo badanti
Bologna	436	226
Appennino Bolognese	112	22
Pianura Est	457	159
Pianura Ovest	43	34
Reno, Lavino, Samoggia	161	52
San Lazzaro di Savena	111	31
Totale AUSL Bologna	1.320	524
AUSL Imola	226	15
Area Metropolitana	1.546	539

Fonte: consuntivo 2016 Azienda Usl Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

Nel corso del 2016, inoltre (tabella 8.12), 3.012 anziani hanno usufruito del servizio di Assistenza Socio-sanitaria domiciliare integrata (ASSDI) e 1.906 anziani hanno usufruito di servizi accessori a sostegno del progetto individualizzato di vita e di cure (trasporti, pasti, ...)

Tabella 8.12 – Anziani con ASSDI e con servizi accessori, 2016

	Utenti nell'anno	Utenti che hanno usufruito di servizi accessori a sostegno del progetto individualizzato
Bologna	899	626
Appennino Bolognese	154	74
Pianura Est	652	0
Pianura Ovest	366	535
Reno, Lavino, Samoggia	291	92
San Lazzaro di Savena	166	122
Totale AUSL Bologna	2.528	1.449
AUSL Imola	484	457
Area Metropolitana	3.012	1.906

Fonte: consuntivo 2016 Azienda Usl Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

8.2 I DISABILI ADULTI

L'area della disabilità adulta presenta una notevole complessità, in relazione a una forte differenziazione dei bisogni (di cura, assistenza, continuità, ma anche di inclusione in senso più ampio). Parallelamente, dal punto di vista informativo esistono difficoltà significative a recuperare dati ed informazioni sulle opportunità a favore delle persone disabili adulte. In particolare, un aspetto critico riguarda le connessioni dei servizi tra l'età evolutiva e l'età adulta. In questa sede ci si limiterà ad analizzare i servizi a favore della disabilità adulta nell'ambito socio-sanitario, finanziati con il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, rimandando ad un successivo approfondimento tematico, da realizzarsi nel corso del prossimo anno, la ricostruzione delle opportunità nel panorama dei servizi a favore degli adulti disabili.

8.2.1 LA PRESA IN CARICO SOCIOSANITARIA DEGLI ADULTI DISABILI

La presa in carico degli adulti con disabilità in ambito sociosanitario avviene in parte attraverso l'inserimento in strutture. Nel corso del 2016, nel territorio metropolitano bolognese sono state inserite 1.617 persone con disabilità nelle diverse tipologie di struttura. Sul totale, in 548 casi gli utenti sono stati inseriti in strutture residenziali (Centri Socio-Riabilitativi Residenziali, Gruppi Appartamento, Comunità Alloggio); in 594 casi in strutture a ciclo diurno (Centri Socio-Riabilitativi Diurni) e in 475 casi in laboratori protetti (tabella 8.13).

Tabella 8.13 - Progetti riabilitativi a carico FRNA, per tipologia e distretto, 2016

	Strutture residenziali	Centri Socio Riabilitativi Diurni	Laboratori Protetti	Totale Progetti riabilitativi a carico FRNA*
Bologna	253	253	179	685
Appennino Bolognese	15	37	34	86
Pianura Est	66	80	58	204
Pianura Ovest	38	59	28	125
Reno Lavino Samoggia	45	63	67	175
San Lazzaro di Savena	42	69	16	127
AUSL Bologna	459	561	382	1.402
AUSL Imola	89	33	93	215
Area Metropolitana	548	594	475	1.617

Fonte: consuntivo 2016 Azienda Usl Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

Accanto agli inserimenti in struttura, la rete dei servizi prevede diverse opportunità di sostegno alla domiciliarità. A livello metropolitano, gli assegni di cura erogati a favore di disabili adulti sono complessivamente 340 nell'ambito metropolitano; gli utenti disabili beneficiari di assistenza domiciliare socio-assistenziale sono 417 e gli utenti beneficiari di assistenza domiciliare socio-educativa sono 240 (tabella 8.14).

Tabella 8.14 - Servizi di sostegno alla domiciliarità, per tipologia e distretto, 2016

	Assegno di cura	Contributo aggiuntivo badanti	Accoglienza temporanea	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare socio-educativa
Bologna	176	21	16	186	72
Appennino Bolognese	24	0	68	15	86
Pianura Est	53	10	22	42	4
Pianura Ovest	14	9	7	10	16
Reno Lavino Samoggia	23	9	5	40	7
San Lazzaro di Savena	18	6	2	25	1
AUSL Bologna	308	55	120	318	186
AUSL Imola	32	nd	4	99	54
Area Metropolitana	340	55	124	417	240

Fonte: consuntivo 2016 Azienda Usl Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

Un segmento rilevante dell'offerta di servizi è infine dedicato al sostegno degli utenti con gravissime disabilità acquisite¹⁷. Sull'ambito metropolitano bolognese sono 94 gli utenti con

¹⁷ I servizi a favore delle gravissime disabilità acquisite sono definiti all'interno della Delibera di Giunta Regionale n. 2068 del 18/10/2004 "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni". I servizi normati dalla delibera si rivolgono all'insieme di coloro che acquisiscono disabilità gravissime conseguenti a patologie/deficit che si manifestano in età adulta derivanti da varie cause (traumi, malattie cronico degenerative...) dalle quali deriva una grave dipendenza nel compiere le normali attività della vita quotidiana fino a raggiungere situazioni di totale non autosufficienza e/o di minima coscienza. In prima approssimazione si possono individuare le seguenti condizioni: a) gravissime cerebrolesioni acquisite; b) gravissime mielolesioni; c) gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica).

gravissime disabilità acquisite inseriti in strutture residenziali, e 130 gli utenti con assegno di cura (tabella 8.15).

Tabella 8.15 – Servizi di sostegno agli utenti con gravissime disabilità acquisite, per tipologia e distretto, 2016

	Utenti inseriti in strutture residenziali	Utenti con assegno di cura
Bologna	57	43
Appennino Bolognese	4	9
Pianura Est	11	26
Pianura Ovest	1	11
Reno Lavino Samoggia	8	11
San Lazzaro di Savena	5	9
AUSL Bologna	86	109
AUSL Imola	8	21
Area Metropolitana	94	130

Fonte: consuntivo 2016 Azienda UsI Bologna, Tabelle attività anno 2016 FRNA, Regione Emilia Romagna

9. CONTRASTO ALLA POVERTÀ: INTERVENTI PER L'INCLUSIONE SOCIALE

9.1 VERSO LA RICOSTRUZIONE DELLE MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTÀ E PER L'INCLUSIONE SOCIALE

In linea con l'obiettivo prioritario del contrasto alla povertà e all'impoverimento dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento – approvato dalla CTSS Metropolitana lo scorso 10 Maggio – si progetteranno e realizzeranno approfondimenti specifici che saranno oggetto del lavoro dell'Ufficio di Supporto e della Struttura Tecnica Metropolitana a partire dai prossimi mesi. In questa sede si forniscono alcuni primi elementi di contesto attraverso l'analisi dei dati disponibili al momento, utili come punto di partenza per futuri approfondimenti e riflessioni in merito alla ricostruzione del quadro delle misure a contrasto della povertà.

9.2 I BISOGNI DEI CITTADINI ALLO SPORTELLLO SOCIALE

All'inizio del 2018, nell'ambito del coordinamento metropolitano REI si è deciso di individuare, all'interno delle voci previste nel nomenclatore dei bisogni e dei servizi richiesti in uso allo sportello sociale, una voce specifica sulla quale gli operatori dovevano registrare unicamente le richieste dei cittadini per le misure di REI e RES. Tale indicazione, se implementata correttamente, consente di avere una informazione su quanti cittadini si recano allo sportello a richiedere REI e RES. Ovviamente tale dato può includere anche persone con caratteristiche molto lontane da quelle previste dai requisiti del REI e del RES, tuttavia è una informazione che può dare, anche se approssimativamente, l'idea dello scarto tra la domanda soddisfatta e il bisogno/domanda potenziale. La voce individuata all'interno del nomenclatore è **“Adesione a progetti finalizzati ad agevolazioni economiche”**.

Nel primo quadrimestre del 2018, i distretti nei quali è stato più alto il numero di persone che hanno fatto richiesta di REI e RES (conteggiate all'interno della voce sopra menzionata dagli operatori di sportello sociale) sono quelli di Reno, Lavino, Samoggia, con 723 richieste complessive e Pianura Est, con un totale di 653 richieste (tabella 9.1).

Tabella 9.1 - Richieste REI e RES per distretto. I quadrimestre 2018

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Tot I quadr.	Media mensile
Appennino Bolognese	66	35	55	32	188	47
Pianura Est	161	179	215	98	653	163
Pianura Ovest	6	49	31	11	97	24
Reno, Lavino, Samoggia	182	251	238	52	723	181
San Lazzaro di Savena	84	146	164	49	443	111

Fonte: Osservatorio metropolitano Sportelli Sociali

Il Comune di Bologna ha individuato come voce relativa alle richieste SIA/REI-RES **“Contributi economici sostegno inclusione attiva”**.

Di seguito sono presentati i dati relativi ai contatti che hanno richiesto contributi economici presso gli sportelli sociali del Comune di Bologna, divisi per quartiere. I dati estratti sono relativi al periodo che va dal 1/09/2017 al 31/05/2018. Le richieste allo sportello sociale di SIA, REI e RES da parte degli utenti nel periodo considerato sono state complessivamente 7.756. Di queste, 2.758,

corrispondenti al 35,6% del totale, sono relative al quartiere San Donato - San Vitale e 1.993 al quartiere Navile (tabella 9.2).

Tabella 9.2 - Contatti per benefici economici per quartiere, 1/9/2017 – 31/5/2018, Comune di Bologna

	NR.	%	Media Mensile
Borgo Panigale-Reno	1.179	15,2%	131
Navile	1.993	25,7%	221
Porto- Saragozza	1.060	13,7%	118
San Donato - San Vitale	2.758	35,6%	306
Santo Stefano	405	5,2%	45
Savena	195	2,5%	22
Servizio Bassa Soglia	166	2,1%	18
Totale Bologna	7.756	100,0%	862

Fonte: sistema informativo Comune di Bologna

9.3 LE DOMANDE EFFETTIVE DI CONTRIBUTI A CONTRASTO DELLA POVERTÀ

Accanto ai dati sugli sportelli sociali, è possibile analizzare i dati relativi alle domande effettive per SIA/REI-RES, attraverso l'elaborazione dei dati estratti dal portale Regionale del sistema informativo RES. Il portale regionale permette di inoltrare una unica domanda per il RES e il SIA/REI. Ad esso si affianca il portale INPS, che permette di inoltrare le domande unicamente per la misura REI.

Il livello di completezza ed attendibilità dei dati disponibili sulle domande dipende, pertanto, dall'utilizzo del portale regionale da parte dei territori. Di seguito (tabella 9.3) si riporta una sintetica mappatura sull'utilizzo del portale regionale, aggiornata al mese di giugno 2018. Ad eccezione del Nuovo Circondario Imolese e di una parte dei Comuni di Pianura Est, attualmente in tutti i territori viene utilizzato il portale regionale.

Tabella 9.3 - Mappatura sull'utilizzo dei portali per l'inserimento delle domande SIA/REI-RES

Distretto	Comune	Utilizzo portale RER (si/no)	Utilizzo portale INPS (si/no)	Note
Bologna		si	si	Utilizzo del portale INPS fino all'entrata in uso del portale RER
Appennino Bolognese	Alto Reno Terme	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 08/01/2018
	Camugnano	si	no	
	Castel d'Aiano	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 04/01/2018
	Castel di Casio	si	no	
	Castiglione dei Pepoli	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 04/01/2018

	Gaggio Montano	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 22/01/2018
	Grizzana Morandi	si	no	
	Lizzano in Belvedere	si	no	
	Marzabotto	si	si	Ultimo inserimento nel portale INPS in data 30/12/2017
	Monzuno	si	no	
	San Benedetto Val di Sambro	si	no	
	Vergato	si	no	
Imola	Borgo Tossignano	si	si	Sono attivi entrambi i portali e ASP ha iniziato a inserire su quello di INPS le domande che sapevano sicuramente REI.
	Castel del Rio	si	si	
	Castel San Pietro Terme	si	si	
	Casalfiumanese	si	si	
	Castel Guelfo di Bologna	si	si	
	Dozza	si	si	
	Fontanelice	si	si	
	Imola	si	si	
	Medicina	si	si	
Mordano	si	si		
Pianura Est	Argelato	si	si	
	Baricella	si	no	
	Bentivoglio	si	si	
	Budrio	si	si	
	Castello d'Argile	si	no	
	Castel Maggiore	si	si	
	Castenaso	si	si	
	Galliera	si	si	
	Granarolo dell'Emilia	si	no	
	Malalbergo	si	no	
	Minerbio	si	no	
	Molinella	si	si	
	Pieve di Cento	si	no	
	San Pietro in Casale	si	si	
San Giorgio di Piano	si	no		
Pianura Ovest	Anzola dell'Emilia	si	no	
	Calderara di Reno	si	no	
	Crevalcore	si	no	
	Sala Bolognese	si	no	
	San Giovanni in Persiceto	si	no	
	Sant'Agata Bolognese	si	no	
Reno, Lavino, Samoggia	Casalecchio di Reno	si	no	utilizzo del portale rer da subito
	Monte San Pietro	si	no	utilizzo del portale rer da subito
	Sasso Marconi	si	no	utilizzo del portale rer da subito
	Valsamoggia	si	no	utilizzo del portale rer da subito
	Zola Predosa	si	no	utilizzo del portale rer da subito

San Lazzaro di Savena	Loiano	si	si	Si utilizza il portale INPS solo per controllare le domande ancora in corso di validità e inserite nel 2017 sullo stesso. Inoltre si utilizza il portale INPS per verificare le domande inserite nel 2018 nel portale regionale e approvate come REI. In caso di inserimento di domanda sul portale regionale e approvata come REI sul portale INPS la si visualizza mentre non succede lo stesso sul portale regionale, se non dopo molto tempo.
	Monghidoro	si	si	
	Monterenzio	si		
	Ozzano dell'Emilia	si		
	Pianoro	si	si	
	San Lazzaro di Savena			

I dati di seguito elaborati si riferiscono alle domande di SIA/REI-RES e sono relativi al periodo che va dall'11 settembre 2017 al 29 maggio 2018.

La tabella 9.4 elenca le domande per SIA/REI-RES dei cittadini dei comuni dell'area metropolitana bolognese, suddivise per distretti e per stato di avanzamento della domanda. Complessivamente, nel periodo considerato sono state presentate 5.161 domande; al 29 Maggio, poco più della metà erano ancora nella prima fase di competenza comunale¹⁸.

Tabella 9.4 - Domande di SIA/REI-RES per distretto e stato di avanzamento. Dati al 29/5/2018

	Domande all'interno delle fasi di competenza comunale	Domande inoltrate a INPS	Cancellate	Totale
Bologna	1.152	1.228	23	2.403
Appennino Bolognese	219	126	9	354
Imola	132	235	7	374
Pianura Est	355	300	15	670
Pianura Ovest	281	150	9	440
Reno, Lavino, Samoggia	144	151	0	295
San Lazzaro di Savena	382	228	15	625
Area Metropolitana	2.665	2.418	78	5.161

Fonte: Elaborazione dati Portale Regionale del sistema informativo RES

La tabella 9.5 esamina ad un livello di maggiore dettaglio le domande inoltrate ad INPS. Complessivamente sono state inoltrate ad INPS 2.418 domande, il 60,7% delle quali ha avuto un esito positivo. I territori nei quali è più elevata la percentuale di domande inoltrate con esito positivo sono l'Appennino Bolognese (65,9% del totale) e Bologna (65,5% del totale). Si può inoltre considerare il rapporto tra le domande respinte e il totale delle domande inoltrate: nell'ambito metropolitano, tale quota ammonta al 16%.

¹⁸ Per richiedere un contributo a contrasto della povertà, il cittadino si deve recare presso lo Sportello Sociale del Comune di competenza e compilare l'apposito modulo; una volta fatta richiesta e dopo una prima verifica preliminare, la domanda viene inoltrata ad INPS, in attesa di un esito. I primi tre step (IN COMPILAZIONE, IN VERIFICA ed IN ATTESA) sono, dunque, tre passaggi preliminari di competenza comunale obbligatori che non conducono, ancora, a nessun risultato. Se vi è un esito positivo da parte di INPS la domanda risulta prima DA AUTORIZZARE e immediatamente dopo IN EROGAZIONE o con PROGETTO DA SOTTOSCRIVERE. Se l'esito invece è negativo, ovvero non sono soddisfatti determinati requisiti familiari e/o economici, la domanda risulta RESPINTA. Vengono denominate DECADUTE, invece, quelle domande che, nonostante siano state autorizzate in uno o più bimestri precedenti, non soddisfano più determinati requisiti (ad esempio, con la presentazione del nuovo ISEE il nucleo familiare risulta al di sopra di una determinata soglia), o risultano incompatibili con altri tipi di prestazioni economiche (ad esempio, NASPI) oppure non sono più erogabili per motivazioni personali esterne relative agli utenti (ad esempio, trasferimento del nucleo familiare in un'altra regione). Una domanda, invece, è CANCELLATA se è stata inserita dall'operatore per errore o se il cittadino richiede la sua cancellazione.

Tabella 9.5 - Domande SIA/REI-RES con esito positivo o negativo, per distretto. Dati al 29/5/2018

Distretto	Totale domande con esito positivo	Totale domande con esito negativo	Totale domande	% con esito positivo	% respinte/totale domande inoltrate
Bologna	804	424	1.228	65,5%	10,3%
Appennino Bolognese	83	43	126	65,9%	21,4%
Imola	141	94	235	60,0%	15,3%
Pianura Est	152	148	300	50,7%	27,3%
Pianura Ovest	87	63	150	58,0%	22,0%
Reno, Lavino, Samoggia	81	70	151	53,6%	15,9%
San Lazzaro di Savena	120	108	228	52,6%	25,0%
Area Metropolitana	1.468	950	2.418	60,7%	16,0%

Fonte: Elaborazione dati Portale Regionale del sistema informativo RES

Il numero di domande con esito positivo può inoltre essere rapportato al numero di famiglie anagrafiche residenti, in modo da ottenere un indicatore approssimativo della copertura rispetto alla popolazione complessiva (tabella 9.6). Sull'ambito metropolitano, a percentuale si attesta allo 0,3%, con valori lievemente superiori alla media per i territori di Bologna (0,39%), San Lazzaro di Savena (0,33%) e Reno, Lavino, Samoggia (0,31%).

Tabella 9.6 - Tasso di copertura delle domande RES/SIA con esito positivo nell'area metropolitana di Bologna

Distretti	Totale domande con esito positivo	Famiglie anagrafiche residenti	Tasso di copertura
Bologna	804	206.050	0,39%
Appennino Bolognese	83	35.826	0,23%
Imola	141	70.155	0,20%
Pianura Est	152	51.070	0,30%
Pianura Ovest	87	58.995	0,15%
Reno, Lavino, Samoggia	81	26.071	0,31%
San Lazzaro di Savena	120	35.943	0,33%
Area Metropolitana	1.468	484.110	0,30%

Fonte: Elaborazione dati Portale Regionale del sistema informativo RES

9.4 LEGGE REGIONALE 14/2015

Di seguito si riportano i dati relativi al monitoraggio della Legge Regionale 30 luglio 2015, n. 14 relativa all'avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili. Va tenuto in considerazione che si tratta di dati ancora parziali, relativi alla prima annualità che, di fatto, si è avviata nel dicembre 2017. I dati si riferiscono ai profili trattati fino al 20/4/2018. Complessivamente, sull'ambito metropolitano sono stati trattati 2.118 profili di utenti, 894 dei quali hanno superato la fase di accesso (tabella 9.7).

Tabella 9.7 - Profili trattati LR 14/2015 per distretto. Dati al 20/04/2018

	Utenti con accesso superato	Utenti con accesso in corso	Utenti con accesso non superato	Profili annullati	Totale profili trattati
Bologna	159	118	182	30	489
Appennino Bolognese	113	20	85	33	251
Imola	144	23	109	55	331
Pianura Est	115	2	185	14	316
Pianura Ovest	221	21	207	37	486
Reno, Lavino, Samoggia	78	7	1	15	101
San Lazzaro di Savena	64	78	0	2	144
Area Metropolitana	894	269	769	186	2.118

Fonte: Monitoraggio Regionale LR 14/2015

Di seguito (tabella 9.8) si presenta il dettaglio relativo agli 894 utenti con accesso superato: di questi, 540 sono gli utenti con programma sottoscritto.

Tabella 9.8 - Dettaglio utenti con accesso superato. Dati al 20/04/2018

	Profili in corso di valutazione approfondita	Utenti con programmi in fase di definizione	Utenti con programmi sottoscritti	Utenti per i quali deve avviarsi il lavoro dell'equipe	Utenti esclusi dalla programmazione per profilo "basso"	Utenti esclusi dalla programmazione per profilo "alto"
Bologna	29	17	101	11	0	1
Appennino Bolognese	27	1	37	46	2	0
Imola	24	0	76	41	3	0
Pianura Est	16	1	75	18	5	0
Pianura Ovest	4	3	149	61	3	1
Reno, Lavino, Samoggia	10	0	64	4	0	0
San Lazzaro di Savena	20	0	38	6	0	0
Area Metropolitana	130	22	540	187	13	2

Fonte: Monitoraggio Regionale LR 14/2015

9.5 BORSE DI STUDIO

Ogni anno la Città Metropolitana di Bologna eroga borse di studio destinate a studenti delle scuole superiori e della formazione residenti nel territorio metropolitano. Si tratta di un'attività prevista dalla Legge Regionale n.26/01 "Diritto allo studio ed all'apprendimento per tutta la vita. Abrogazione della L.R. 25 Maggio 1999, n.10", la quale stabilisce all'art.4 che "Al fine di rendere effettivo il diritto allo studio e all'istruzione (...) la Regione interviene attraverso l'attribuzione di borse di studio agli alunni meritevoli e/o a rischio di abbandono del percorso formativo, in disagiate condizioni economiche e residenti sul territorio regionale".

I requisiti d'accesso¹⁹ per avere diritto all'erogazione del contributo sono:

- la frequenza e il completamento delle prime due classi delle scuole secondarie di II° grado del sistema nazionale di istruzione, il secondo anno dell'IeFP²⁰ presso un ente di formazione

¹⁹ Relativi all'anno scolastico 2016/2017.

²⁰ Istruzione e Formazione Professionale.

professionale accreditato per l'obbligo di istruzione che opera nel Sistema regionale IeFP e le prime due annualità dei progetti personalizzati dell'IeFP²¹.

- un ISEE non superiore a 10.632,94 €.

L'importo delle borse di studio è determinato a consuntivo sulla base del numero complessivo di domande ammissibili e delle risorse disponibili. L'importo base è pari a 294 €; è prevista una maggiorazione del 25% (per un importo pari a 367,5 €) per gli studenti in situazione di disabilità certificata ai sensi della L. 104/92 e per chi ha conseguito nell'anno scolastico la media dei voti pari o superiore al 7. Il bando riferito all'anno scolastico 2016/2017 ha erogato complessivamente risorse pari a 430.930,5 €. Sono state presentate complessivamente 1.462 domande e sono state erogate 1.331 borse di studio. La percentuale di borse di studio erogate sul totale delle domande presentate è pari al 91% sull'ambito metropolitano, con lievi differenze tra i distretti (tabella 9.9).

Tabella 9.9 - Totale domande per Borse di studio, per esito e per distretto, a.s. 2016/2017

	Borse di studio erogate	Borse di studio rifiutate	Totale domande	% Borse di studio erogate
Bologna	531	61	592	89,7%
Appennino Bolognese	99	5	104	95,2%
Imola	181	13	194	93,3%
Pianura Est	197	23	220	89,5%
Pianura Ovest	132	9	141	93,6%
Reno, Lavino, Samoggia	134	11	145	92,4%
San Lazzaro di Savena	56	7	63	88,9%
Non Definito	1	0	1	100,0%
Area Metropolitana	1.331	131	1.462	91,0%

Fonte: Bando per la concessione delle borse di studio, Città metropolitana di Bologna

Sul totale delle borse di studio erogate, quelle con importo base sono state 792 e quelle con importo maggiorato sono state 539, pari al 40,5% sul totale (tabella 9.10).

Tabella 9.10 - Borse di studio, per tipologia e per distretto, a.s. 2016/2017

	Importo base	Importo con maggiorazione	Totale	% borse di studio con maggiorazione sul totale
Bologna	309	222	531	41,8%
Appennino Bolognese	64	35	99	35,4%
Imola	119	62	181	34,3%
Pianura Est	106	91	197	46,2%
Pianura Ovest	84	48	132	36,4%
Reno, Lavino, Samoggia	81	53	134	39,6%
San Lazzaro di Savena	28	28	56	50,0%
Non Definito	1	0	1	0,0%
Area Metropolitana	792	539	1.331	40,5%

Fonte: Bando per la concessione delle borse di studio, Città metropolitana di Bologna

²¹ Nel bando successivo, relativo all'a.s. 2017/2018, è stato aggiunto un ulteriore gruppo di destinatari, ovvero gli alunni frequentanti l'ultimo triennio delle scuole secondarie di 2° grado del sistema nazionale d'istruzione.

Le borse di studio sono state erogate in 753 casi ad alunni italiani e in 578 casi ad alunni stranieri (tabella 9.11). La percentuale di borse di studio erogata a cittadini stranieri sul totale è pari al 43,4% nell'ambito metropolitano. Il capoluogo presenta una quota di beneficiari stranieri più elevata della media (52,9%).

Tabella 9.11 - Borse di studio, per cittadinanza e per distretto, a.s. 2016/2017

	Italiani	Stranieri	Totale	% stranieri sul totale
Bologna	250	281	531	52,9%
Appennino Bolognese	62	37	99	37,4%
Imola	110	71	181	39,2%
Pianura Est	127	70	197	35,5%
Pianura Ovest	87	45	132	34,1%
Reno, Lavino, Samoggia	84	50	134	37,3%
San Lazzaro di Savena	33	23	56	41,1%
Non Definito	0	1	1	100,0%
Area Metropolitana	753	578	1.331	43,4%

Fonte: Bando per la concessione delle borse di studio, Città metropolitana di Bologna

10. IL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE: I DATI DEL MONITORAGGIO DELL' "ACCORDO DI AMBITO METROPOLITANO PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ DI ACCOGLIENZA, ASCOLTO ED OSPITALITÀ PER DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA"

Nel 2017 le donne nuove accolte dai centri antiviolenza nell'ambito dell' "Accordo metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", sono state in totale 1.250.

Le donne straniere rappresentano il 36,8% di tutte le donne accolte (tabella 10.1). I dati evidenziano una notevole variabilità nella percentuale delle donne straniere accolte dai singoli Centri, che trova giustificazione con la specificità delle risposte offerte da ciascun centro. In particolare, le donne straniere accolte dall'Associazione *Mondo Donna*, sono state l'84,1% del totale.

Tabella 10.1 - Nuove donne accolte per cittadinanza e centro, 2017

	Italiane		Straniere		Non so	
	N	%	N	%	N	%
Casa delle donne	350	62,6%	196	35,1%	13	2,3%
UDI	261	80,1%	65	19,9%	0	0,0%
Mondo Donna	24	15,9%	127	84,1%	0	0,0%
Centro Antiviolenza	34	44,7%	40	52,6%	2	2,6%
Per le Donne	55	78,6%	15	21,4%	0	0,0%
SOS Donna Bo	51	75,0%	17	25,0%	0	0,0%
Area Metropolitana	775	62,0%	460	36,8%	15	1,2%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

Il 45% delle donne accolte risiede nella città di Bologna, il 14,9% nel distretto di Pianura Est e il 9,6% nel distretto di Imola.

Nella tabella 10.2 si rileva che il 2,2% delle donne accolte risiede fuori provincia, in altri comuni della Regione Emilia-Romagna; il 4% in altre regioni italiane ed il 2,4% all'estero o senza fissa dimora. Pertanto, le donne accolte che risiedono fuori provincia risultano essere meno del 10%.

Tabella 10.2 - Nuove donne accolte, per residenza e per Centro, 2017

	Bologna	Appennino Bolognese	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno Lavino Samoggia	San Lazzaro di Savena	ER	Altre Regioni	Estero/ Senza fissa dimora/ Non so
Casa delle donne	301	13	12	59	32	33	39	17	26	24
Centro Antiviolenza	6	0	44	1	1	1	1	6	12	4
UDI	128	0	0	73	56	50	19	0	0	0
Mondo Donna	79	1	1	44	18	0	4	0	2	2
Per le Donne	4	0	63	0	0	0	1	1	1	0
SOS Donna Bo	42	1	0	9	1	3	0	3	9	0
Area Metropolitana	560	15	120	186	108	87	64	27	50	30
	44,9%	1,2%	9,6%	14,9%	8,7%	7,0%	5,1%	2,2%	4,0%	2,4%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

Quasi un terzo delle nuove donne accolte è nella fascia d'età 40/49 anni, il 21,2% ha tra i 18 e i 29 anni e il 17,7% ha tra i 30 e i 39 anni (tabella 10.3).

Tabella 10.3 - Nuove donne accolte, per fascia d'età e per Centro, 2017

	18/29	30/39	40/49	50/59	60/69	>70	N.D.
Casa delle donne	113	142	137	56	26	70	29
Centro Antiviolenza	20	18	19	8	2	1	9
UDI	22	0	198	95	11	0	/
Mondo Donna	90	37	14	9	1	0	/
Per le Donne	11	16	17	16	4	1	5
SOS Donna Bo	12	11	22	12	8	2	/
Area Metropolitana	268	224	407	196	52	74	43
	21,2%	17,7%	32,2%	15,5%	4,1%	5,9%	3,4%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

Più della metà delle donne risulta essere, al momento della violenza, coniugata (40,5%) o convivente (13,1%), mentre il 28,6% è nubile, il 7,6% separata, il 5,9% divorziata e solo l'1,7% vedova (tabella 10.4).

Tabella 10.4 - Nuove donne accolte, per stato civile e per Centro, 2017

	Nubile	Coniugata	Convivente	Separata	Divorziata	Vedova	N.D.
Casa delle donne	140	208	95	51	28	8	29
Centro Antiviolenza	26	36	23	7	7	4	3
UDI	61	190	30	20	18	7	/
Mondo Donna	98	41	0	2	7	3	/
Per le Donne	20	25	9	10	4	0	2
SOS Donna Bo	25	24	12	9	13	0	/
Area Metropolitana	370	524	169	99	77	22	34
	28,6%	40,5%	13,1%	7,6%	5,9%	1,7%	2,6%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

La tabella 10.5 rileva la tipologia d'autore della violenza. Prevalgono nettamente il coniuge (38,7%), il convivente (16,3%) e l'ex (17,7%). Tutte le altre categorie, ad eccezione della tipologia "amico/ conoscente/ connazionale" (con il 7,9%), non superano il 5%.

Tabella 10.5 - Autore della violenza, per Centro, 2017

	Coniuge	Convivente	Fidanzato	Amante	Ex	Padre	Madre	Figlio/a	Altro familiare o parente	Amico/conoscente/connazionale	Collega o datore di lavoro	Gruppo	Sconosciuto	Altro/ Non so
Casa delle donne	214	94	27	4	103	26	2	11	13	31	6	2	16	10
Centro Antiviolenza	34	11	7	2	7	5	1	1	2	2	0	0	2	4
UDI	159	81	13	0	68	0	0	0	0	0	5	0	0	0
Mondo Donna	34	0	5	0	6	2	0	0	12	63	1	0	28	0
Per le Donne	23	7	0	0	21	11	3	2	4	3	6	0	1	0
SOS Donna Bo	19	11	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	2	6
Area Metropolitana	483	204	52	6	221	44	6	14	31	99	18	2	49	20
	38,7%	16,3%	4,2%	0,5%	17,7%	3,5%	0,5%	1,1%	2,5%	7,9%	1,4%	0,2%	3,9%	1,6%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

La tabella successiva presenta i dati relativi alle violenze subite dalle donne. È importante precisare che ogni donna può aver subito più tipologie di violenza, pertanto i dati sono da considerare cumulativi. Il 40,4% delle nuove donne accolte ha subito violenza psicologica, il 28,5% violenza fisica, il 15,5% violenza economica e l'8,1% violenza sessuale. Sono presenti anche 148 casi di stalking, 19 casi di Tratta (o sospetto tratta), 4 casi di matrimonio forzato e 4 casi di mobbing.

Tabella 10.6 – Nuove donne accolte, per tipologia di violenza subita e per Centro, 2017

	Fisica	Psicologica	Economica	Sessuale	Stalking	Mobbing	Tratta (o sospetto tratta)	Matrimonio forzato
Casa delle donne	369	512	165	76	95	0	0	0
Centro Antiviolenza	55	74	34	14	16	0	0	4
UDI	137	185	115	29	15	0	0	0
Mondo Donna	24	47	13	48	0	0	19	0
Per le Donne	46	62	13	14	7	4	0	0
SOS Donna Bo	30	56	19	6	15	0	0	0
Area Metropolitana	661	936	359	187	148	4	19	4
	28,5%	40,4%	15,5%	8,1%	6,4%	0,2%	0,8%	0,2%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

La tabella 10.7 mostra la tipologia di richiesta espressa dalle donne accolte. Emerge, in particolare, che i bisogni maggiormente espressi riguardano la richiesta di informazioni (27,3%), la necessità di ricevere consigli, strategie o supporto alla genitorialità (17,1%) e consulenza legale (13,4%). Si nota, tuttavia, una notevole disomogeneità nelle risposte fra i centri antiviolenza, che deriva dalla presenza di pratiche e specificità diverse dei centri stessi. In particolare, l'UDI lavora prevalentemente attraverso consulenze, mentre SOS donna è una Linea Telefonica.

Tabella 10.7 - Bisogni e richieste espressi dalle donne, per Centro, 2017

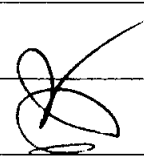
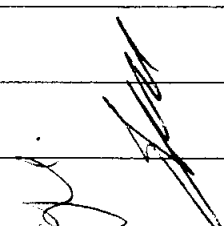
	Richiesta informazioni	Ascolto e sostegno / Sfogo	Ricerca casa e/o lavoro	Consulenza legale	Formazione/ gruppo sostegno	Sostegno Psicologico	Fare chiarezza / Consigli e strategie / Supporto genitorialità	Contatto con altri centri	Colloquio di accoglienza	Ospitalità in emergenza / in assenza di emergenza	Aiuto Economico	Altre richieste in emergenza / Altro
Casa delle donne	250	89	22	92	2	21	183	10	392	46	4	10
Centro Antiviolenza	54	14	5	22	1	2	29	2	1	25	0	2
UDI	194	13	0	100	0	13	78	0	0	0	2	0
Mondo Donna	24	56	6	25	16	24	0	0	0	0	0	0
Per le Donne	18	8	42	11	0	2	49	0	0	0	0	0
SOS Donna Bo	43	0	11	35	0	21	26	4	32	3	0	0
Area Metropolitana	583	180	86	285	19	83	365	16	425	74	6	12
	27,3%	8,4%	4,0%	13,4%	0,9%	3,9%	17,1%	0,7%	19,9%	3,5%	0,3%	0,6%

Fonte: Elaborazione dati Città metropolitana di Bologna, per monitoraggio "Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza", anno 2017

ORIGINALE

Rep. 16/2014

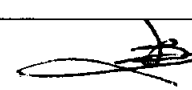
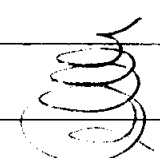
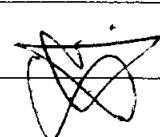
**CONVENZIONE TRA L'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO,
LAVINO E SAMOGGIA ED I COMUNI DI CASALECCHIO DI RENO,
MONTE SAN PIETRO, SASSO MARCONI, VALSAMOGGIA E ZOLA
PREDOSA PER PROGETTAZIONE E GESTIONE DEL SISTEMA
LOCALE DEI SERVIZI SOCIALI ED EROGAZIONE DELLE
RELATIVE PRESTAZIONI AI CITTADINI (ART.7 CO.3 LR21/2012,
SUCC. MODIF., E LETT. G) DEL COMMA 27, DEL D.L.78/2010)**

L'anno Duemilaquattordici (2014), il giorno ventinove (29) del mese di dicembre (12), nella Sede dell'Unione di Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia,

TRA

- Il Comune di **Casalecchio di Reno**, rappresentato dal Vice Sindaco pro-tempore, Sig.ra Antonella Micele, nata a Bologna (BO) il 16.02.1970, (C.F. Ente 01135570370), la quale interviene ed agisce nel presente atto non in proprio, ma nella sua qualità di legale rappresentante del Comune di Casalecchio di Reno, autorizzata in forza del provvedimento sindacale "Nomina e delega delle funzioni assessorili", protocollo generale n. 17634 dell'11 giugno 2014 e in forza della delibera di Consiglio n. 104 del 18/12/2014;

- Il Comune di **Monte San Pietro**, rappresentato dal Sindaco pro-tempore, Sig. Stefano Rizzoli, nato a Bologna il 24.04.1950, (C.F. Ente 80013730371), il quale interviene ed agisce nel presente atto non in proprio, ma nella sua qualità di legale rappresentante del Comune di Monte San Pietro, autorizzato in forza della deliberazione di Consiglio



Comunale n. 84 del 18/12/2014, esecutiva;

- Il Comune di **Sasso Marconi**, rappresentato dal Sindaco pro-tempore, Sig. Stefano Mazzetti, nato a Bologna il 06.02.1967, (C.F. Ente 01041300375), il quale interviene ed agisce nel presente atto non in proprio, ma nella sua qualità di legale rappresentante del Comune di Sasso Marconi, autorizzato in forza della deliberazione di Consiglio

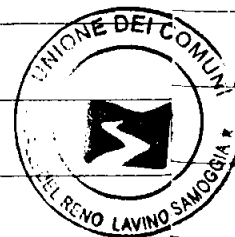
Comunale n. 77 del 17/12/2014, esecutiva;

- Il Comune di **Valsamoggia**, rappresentato dal Sindaco pro-tempore, Sig. Daniele Ruscigno, nato a Bologna (BO) il 26.07.1974, (C.F. Ente 03334231200), il quale interviene ed agisce nel presente atto non in proprio, ma nella sua qualità di legale rappresentante del Comune di Valsamoggia, autorizzato in forza della deliberazione di Consiglio

Comunale n. 87 del 18/12/2014, esecutiva;

- Il Comune di **Zola Predosa**, rappresentato dal Sindaco pro-tempore, Sig. Stefano Fiorini, nato a Castel San Pietro Terme (BO) il 04.04.1965, (C.F. Ente 01041340371), il quale interviene ed agisce nel presente atto non in proprio, ma nella sua qualità di legale rappresentante del Comune di Zola Predosa, autorizzato in forza della deliberazione di Consiglio Comunale n. 93 del 10/12/2014, esecutiva;

- **L'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia**, rappresentata dal Presidente, Sig. Massimo Bosso, nato a Casalecchio di Reno (BO) il 15.01.1958, (C.F. Ente 91311930373), il quale interviene ed agisce nel presente atto non in proprio, ma nella sua qualità di legale rappresentante dell'Unione dei Comuni Valli del Reno Lavino e Samoggia, autorizzato in forza della deliberazione di



Consiglio n. 21 del 22/12/2014, esecutiva;

PREMESSO CHE:

- L'Unione di Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia è istituita ai sensi della Legge Regionale n. 21/2012, a seguito dell'allargamento istituzionale dell'Unione Samoggia, costituita a far data dal 23.09.2009 in forza di deliberazione di Consiglio dell'Unione n. 1 del 23.09.2009, ai sensi della L.R. n. 10/2008 e successivo decreto del Presidente di Giunta Regionale n. 45 del 27.02.2009, a sua volta subentrata alla soppressa Comunità Montana Valle del Samoggia;

- L'Unione di Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia è ambito ottimale ai sensi della L.R. n. 21/2012;

- L'art. 7, comma 3, della L.R. n. 21/2012 prevede l'esercizio associato tra tutti i Comuni dell'ambito ottimale, a prescindere dalla loro popolazione, di almeno tre funzioni tra quelle elencate dall'art. 7, come modificato dalla L.R. n. 9/2013, che comprendono quella relativa alla progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini (art.7 comma 3 L.R. 21/2012, succ. modif., e lett. g) del comma 27, del D.L. 78/2010) e del Coordinamento Pedagogico dei servizi rivolti alla prima infanzia

- Lo Statuto dell'Unione, all'art. 7, prevede che il conferimento delle funzioni all'Unione si determina con l'approvazione di conformi deliberazioni dei singoli Consigli comunali, che approvino la convenzione associativa;

- I Comuni intendono conferire, nel rispetto della normativa citata, le



proprie funzioni e competenze in materia sociale e socio-sanitaria all'Unione di Comuni, che provvederà ad esercitarle in forma associata, per conto degli stessi Comuni, mediante l'Ufficio Sociale Associato in integrazione con il Distretto socio-sanitario dell'Azienda USL;

tutto ciò premesso e facente parte integrante della presente convenzione,

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

OGGETTO DELLA CONVENZIONE

1. Oggetto della presente convenzione è l'integrale conferimento all'Unione dei Comuni, da parte dei Comuni aderenti, delle funzioni comunali in materia di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini (art.7 comma 3 L.R. 21/2012, succ. modif., e lett. g) del comma 27, del D.L. 78/2010) e del Coordinamento Pedagogico dei servizi rivolti alla prima infanzia

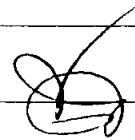
ARTICOLO 2

CONFERIMENTO DI FUNZIONI

1. I Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa, conferiscono all'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia le proprie funzioni in materia di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini (art.7 comma 3 L.R. 21/2012, succ. modif., e lett. g) del comma 27, del D.L. 78/2010), e del Coordinamento Pedagogico dei servizi rivolti alla prima infanzia con le modalità e nei limiti disciplinati dal presente atto.



2. L'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia accetta il presente conferimento di funzioni e si impegna ad esercitarle conformemente a quanto espresso nel presente atto.

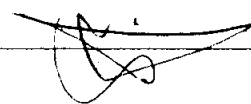
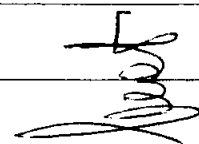
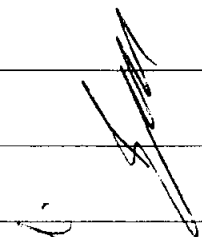


ARTICOLO 3

INDIRIZZO E PROGRAMMAZIONE

1. Il conferimento delle funzioni è finalizzato a garantire:

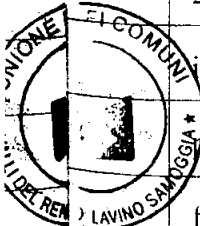
- l'unitarietà della programmazione, organizzazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in integrazione con il Distretto socio-sanitario dell'Azienda USL;
- l'uniformità di criteri e interventi su tutto il territorio dell'Unione;
- l'efficienza, l'efficacia, l'economicità e la qualità dei servizi e degli interventi, nel rispetto dei bisogni dei cittadini e sulla base dei principi di pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza;
- l'integrazione ed il coordinamento con altri enti, istituzioni e soggetti operanti nell'ambito delle funzioni conferite;
- per quanto attiene al Coordinamento Pedagogico, il raccordo tra i servizi per la prima infanzia del territorio, secondo principi di coerenza e di continuità degli interventi sul piano educativo ed istituzionale



2. L'esercizio unificato delle funzioni ricomprende tutti i compiti, gli interventi e le attività che la legislazione nazionale e regionale e la programmazione regionale e distrettuale assegnano a questo ambito funzionale dei Comuni.

Rientrano pertanto nelle funzioni conferite:

- Servizi sociali e socio-sanitari



a) Funzioni di pianificazione, programmazione, regolazione, controllo e committenza:

- definizione dei bisogni del territorio e delle strategie atte al loro soddisfacimento
- individuazione dei livelli di servizi a qualità attesa
- verifica della qualità dei servizi erogati sia sulla base della percezione dell'utenza sia sulla base di riscontri e strumenti di rilevazione oggettivi
- monitoraggio e verifica degli impegni assunti dai soggetti erogatori i in relazione a obiettivi e progetti condivisi
- monitoraggio della economicità ed efficienza dei servizi erogati e dell'andamento del budget di spesa e di entrata
- adozione i regolamenti nelle materie conferite, sulla base degli indirizzi espressi dai Comuni
- funzioni preordinate all'accreditamento dei servizi socio-sanitari
- programmazione territoriale dei servizi e degli interventi e pianificazione delle risorse
- coordinamento programmatorio per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria e fra le funzioni dell'Unione e quelle dell'Azienda Usl;
- programmazione del Fondo Nazionale Non Autosufficienza, in raccordo con l'Azienda Usl
- progettazione e attuazione di interventi per le Pari Opportunità

b) Funzioni gestionali e amministrative

- attività istruttoria per l'elaborazione di regolamenti



- gestione amministrativa delle risorse conferite dai Comuni e da altri Enti
- convenzioni, contratti e atti amministrativi
- funzioni amministrative inerenti l'accreditamento dei servizi socio-sanitari

ARTICOLO 4

MODALITA' DI TRASFERIMENTO DELLE FUNZIONI

Con decorrenza dal 01/01/2015 l'Unione assume tutte le funzioni e le competenze, precedentemente in capo ai Comuni, connesse ai servizi conferiti

I competenti organi dell'Unione possono adottare, dal momento di sottoscrizione della presente convenzione, tutti gli atti propedeutici ad assicurare la continuità dei servizi e dell'esercizio delle funzioni, subentrando nei rapporti che i Comuni hanno in essere con i soggetti terzi inerenti le funzioni conferite.

Sono fatti salvi, fino alla costituzione dell'Azienda Speciale dell'Unione, il proseguimento dei rapporti contrattuali fra ASC Insieme e i singoli Comuni e il trasferimento all'Azienda, da parte degli stessi, del contributo a copertura delle spese derivanti dall'erogazione dei servizi.

ARTICOLO 5

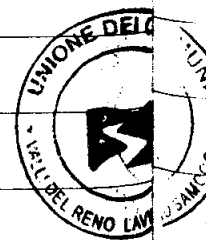
GESTIONE - AZIENDA SPECIALE DELL'UNIONE

1. In attuazione della Legge regionale n. 12/2013, l'Unione si avvarrà per la produzione e erogazione dei servizi sociali dell'Azienda Speciale dell'Unione. Resta valida nel corso del 2015, fino alla trasformazione in Azienda Speciale dell'Unione, la gestione dei servizi attraverso l'Azienda Speciale di tipo Consortile "Insieme", costituita dai Comuni conferenti.



Alla forma pubblica di gestione sono delegate le attività di produzione ed erogazione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari previsti dalla legislazione nazionale e regionale e dalla programmazione regionale e distrettuale, nei limiti delle risorse stanziare, nelle aree di intervento di seguito elencate a titolo non esaustivo:

- servizi rivolti ai disabili
- servizi rivolti agli adulti
- servizi rivolti a minori e famiglie
- servizi rivolti agli anziani
- pronto intervento sociale
- servizio sociale territoriale, comprendente il Servizio sociale professionale e gli Sportelli sociali
- sviluppo di politiche comunitarie e familiari, incluse le attività del centro per le famiglie e la mediazione familiare ed interventi per la promozione sociale, programmati in ambito distrettuale;
- realizzazione di programmi di informazione e di prevenzione dei rischi sociali, programmati in ambito distrettuale;
- progettazione e sperimentazione di nuovi servizi
- sviluppo e gestione del Sistema informativo sociale
- sviluppo di Sistemi di gestione della qualità dell'organizzazione e delle prestazioni
- la produzione di report ed analisi di riscontro sulla qualità dei servizi, sul raggiungimento degli obiettivi e sull'efficienza della gestione
- formazione, aggiornamento e addestramento del personale
- ricerca sociale e rendicontazione sociale



- interventi per favorire la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

- progettazione e attuazione di interventi per le Pari Opportunità

I rapporti fra l'Unione e Azienda Speciale dell'Unione saranno regolati da un contratto unico di servizio, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione.

ARTICOLO 6

COORDINAMENTO PEDAGOGICO

Sono trasferite all'Unione le funzioni relative al Coordinamento Pedagogico, che garantisce il proprio intervento per azioni complessive di messa in rete dei servizi per la prima infanzia, al fine di realizzare:

- la pianificazione generale delle attività educative e formative, in funzione della realizzazione e qualificazione di un sistema integrato dei servizi per la prima infanzia;
- il sostegno all'attività di programmazione pedagogica, didattica, organizzativa e valutativa dei servizi per monitorare, verificare, sostenere e valutare il lavoro educativo degli operatori;
- l'osservazione delle situazioni educative coniugate alla consulenza ai genitori;
- la consulenza tecnica al lavoro di gestione, organizzazione e programmazione dei servizi, sia alle singole Amministrazioni Comunali
- sia alle singole Amministrazioni Comunali, partecipando anche agli incontri degli organismi di gestione (assemblee dei genitori, comitati di gestione) e tecnico multi professionali per il rilascio



delle autorizzazioni, sia agli Organismi, agli Enti o Istituzioni sovracomunali operanti sul territorio (Asc, Azienda Sanitaria, Ufficio di Piano, Istituti scolastici di primo e secondo grado, ecc.).

Inoltre il Coordinamento Pedagogico assicura la redazione annuale di relazioni, progetti e report quali:

- progetti di qualificazione e raccordo interistituzionale, secondo i criteri fissati annualmente dalla Provincia e dalla Regione;
- progetti di Formazione permanente da svolgere, nell'ambito dei piani annuali provinciali, a dimensione sovracomunale;
- progetti d'aggiornamento annuale da realizzarsi sia nel singolo nido sia in ambito sovracomunale, su particolari metodologie didattiche o argomenti scientifici;
- materiali di documentazione delle esperienze educative, anche in collaborazione con altre Istituzioni come l'Università degli studi di Bologna e la Provincia di Bologna (Città Metropolitana) o nell'ambito di percorsi regionali di formazione, come gli scambi pedagogici regionali;
- commissione tecnica sovracomunale per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi per la prima Infanzia.

Restano confermate per gli anni educativi 2014/2015 e 2015/2016 le modalità organizzative e le indicazioni progettuali contenute nella vigente Convenzione fra i Comuni per la gestione sovra comunale del Coordinamento Pedagogico.

ART. 7

FUNZIONI DEI COMUNI



I Comuni :

- concorrono alla rilevazione dei bisogni, sia espressi che percepiti, e all'individuazione delle risposte in termini di servizi e interventi avvalendosi delle analisi e degli approfondimenti delle tematiche socio sanitarie, dei pareri e degli indirizzi relativi a questioni attinenti alle funzioni del comitato di distretto elaborate dal forum socio sanitario composto dagli Assessori comunali competenti per materia e dal Direttore del distretto socio sanitario.
- esprimono indirizzi in merito alla priorità di azione e ai livelli attesi di prestazioni e qualità dei servizi, alla destinazione delle risorse, all'adozione di regolamenti a valenza distrettuale;
- sulla base delle proposte dell'Unione, approvano la destinazione delle risorse finanziarie, umane e strumentali necessarie all'esercizio delle funzioni conferite;
- approvano, secondo le competenze dei rispettivi Organi, la disciplina generale dei sistemi tariffari e le tariffe unificate per i servizi conferiti;

ARTICOLO 8

COORDINAMENTO

1. Il coordinamento politico sarà garantito dai Sindaci anche mediante il Forum degli Assessori comunali competenti per materia.
2. Il coordinamento tecnico delle attività tra l'Unione ed i Comuni è garantito dalla Conferenza di direzione (Segretari/Direttori dei Comuni associati) , ai sensi dello Statuto dell'Unione.
3. In ordine alla presente convenzione, La Conferenza di direzione dei Segretari/Direttori sovrintende a:



- Redazione e monitoraggio dei Regolamenti di cui alla presente convenzione;
- Monitoraggio dell'attività dell'Ufficio in relazione agli Enti di appartenenza, per poter intervenire in tempi brevi con proposte, avanzate nell'ambito del collegio, idonee a risolvere eventuali problemi od a migliorarne l'attività;
- Supporto all'Ufficio sociale dell'Unione mediante la consegna di dati, materiali, informazioni, necessari all'espletamento della funzione ed eventuali solleciti agli Uffici comunali competenti;
- Verifica proposte e pareri degli organi dell'Unione in merito a questioni attinenti l'organizzazione dell'Ufficio.

È previsto inoltre un tavolo di raccordo, integrazione e coordinamento composto dai referenti tecnici delle aree dei Servizi alla Persona dei Comuni, dell'Azienda Usl, e aperto alla partecipazione dell'Azienda Speciale dell'Unione. Il tavolo presidia in particolare l'integrazione fra i servizi dei Comuni e quelli conferiti in Unione, oltre le altre funzioni definite nel progetto organizzativo approvato dalla Giunta dell'Unione.

ARTICOLO 9

MODALITA' DI ESERCIZIO DELLE FUNZIONI CONFERITE

L'ambito funzionale del conferimento viene specificato in modo dettagliato nell'organigramma/funzionigramma dell'Unione, con contestuale adeguamento degli atti organizzativi dei Comuni interessati a cura dell'Ufficio personale, nel rispetto del principio di integralità e del divieto di duplicazione delle funzioni.

L'attuazione del conferimento potrà avvenire gradualmente sulla base degli



indirizzi espressi dai Comuni nell'ambito dell'Unione.

Ferma restando l'erogazione dei servizi mediante l'Azienda Speciale di cui all'art.5, l'Unione può gestire direttamente rapporti con soggetti terzi, anche di natura economica e contrattuale, per la realizzazione di particolari progetti e interventi a valenza distrettuale.

L'Unione di Comuni esercita le funzioni conferite ai sensi della presente convenzione mediante l'organizzazione e la gestione, anche economica, dell'Ufficio Sociale Associato, secondo il modello organizzativo approvato dalla Giunta.

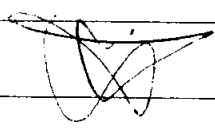

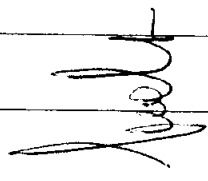
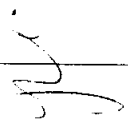
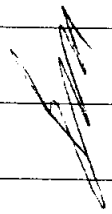
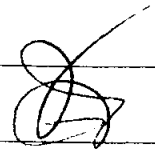
All'interno dell'Unione è costituito l'Ufficio di Piano, a supporto delle funzioni del Comitato di Distretto, che sono assolve dalla Giunta dell'Unione ai sensi dell'art. 30, comma 4) dello Statuto.

I Compiti dell'Ufficio di Piano sono regolati dalla DGR 1004/2007.

I Comuni si impegnano a mettere a disposizione le risorse umane e finanziarie necessarie per il corretto esercizio delle funzioni conferite all'Unione, secondo quanto disposto nel preventivo di spesa annuale di cui al successivo articolo 12.

L'Unione deve, nell'assunzione degli atti e nell'espletamento dei servizi, fare espressa menzione del conferimento di funzioni di cui è destinataria. Gli atti emanati nell'esercizio delle funzioni e dei servizi conferiti con la presente convenzione sono definitivi.

L'Unione cura il monitoraggio sui servizi erogati, sullo stato di raggiungimento degli obiettivi, sull'andamento del budget e sul contratto di servizio con l'Azienda Speciale, rappresentandone l'andamento ai Comuni mediante apposita reportistica da produrre con periodicità almeno trimestrale.



ELC

REN

L'Unione attua la presente convenzione dal 1.1.2015 con atti specifici finalizzati a prendere in capo tutte le attività delegate dai Comuni e, al fine di garantire continuità amministrativa, i Comuni restano titolari delle medesime sino alla effettiva presa in carico da parte dell'Unione.

ARTICOLO 10

SEDE

1. La sede è definita dalla Giunta dei Sindaci dell'Unione, anche in relazione alla migliore erogazione delle attività dell'Ufficio Associato.

ARTICOLO 11

PERSONALE

1. Nei termini e con le modalità di cui al successivo articolo 12, l'Unione di Comuni predispone una proposta di preventivo di spesa annuale dei costi dell'Ufficio Sociale Associato e dell'Ufficio di Piano definendo anche l'entità delle risorse umane da impiegare per il corretto espletamento delle attività.

Nel primo anno di avvio dell'Unione la dotazione organica, secondo il progetto organizzativo definito in sede tecnica e approvato dalla Giunta, è assegnata in via provvisoria.

Il progetto organizzativo sarà soggetto a monitoraggio e verifica durante l'anno 2015 al fine di determinare la dotazione definitiva a decorrere dal successivo anno 2016.

2. In via prioritaria, dovrà essere data precedenza all'utilizzo di personale già inserito nell'organico dei Comuni associati. In tal caso il dipendente sarà trasferito o distaccato funzionalmente o comandato presso l'Unione di Comuni, salvo il rimborso degli oneri economici anticipati dal Comune di riferimento.



3. Saranno garantite le informazioni di legge alle organizzazioni sindacali.

4. L'Unione dei Comuni è autorizzata ad assumere personale, anche a tempo indeterminato, per l'espletamento del servizio, previo accordo con tutte le Amministrazioni comunali aderenti alla gestione associata. In caso di scioglimento dell'Ufficio Sociale Associato e dell'Ufficio di Piano o di revoca della presente convenzione, tale personale sarà riassorbito negli organici dei Comuni.

ARTICOLO 12

RISORSE FINANZIARIE

1. Le spese relative all'esercizio delle funzioni e dei servizi conferiti con la presente convenzione sono a carico dei Comuni, eccetto per i progetti e interventi finanziati con risorse regionali e di altri Enti che troveranno rappresentazione nel Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale o altri atti di programmazione territoriale.

I trasferimenti statali, regionali e di altri enti destinati all'esercizio delle competenze e delle funzioni trasferite, destinati ai Comuni, spettano all'Unione qualora si riferiscano a progetti e interventi che devono essere svolti dall'Unione, anche se originati precedentemente dai Comuni conferenti.

L'Unione utilizza i trasferimenti nel rispetto dei vincoli di destinazione stabiliti dalla normativa di riferimento e dai progetti e interventi approvati. I trasferimenti relativi ai progetti e interventi già attuati dai Comuni conferenti restano di competenza dei Comuni.

2. La gestione finanziaria dell'Ufficio Sociale Associato e dell'Ufficio di Piano avviene sulla base di un preventivo di spesa annuale dei costi dello stesso e di un rendiconto di gestione finale, approvati dalla Giunta



dell'Unione. Tale approvazione costituisce presupposto per l'iscrizione delle relative poste nel Bilancio generale dell'Unione, anche in termini di autorizzazione alla spesa.

3. In particolare l'Unione si impegna a trasmettere ad ogni Ente associato:

- l'ipotesi di preventivo di spesa annuale dei costi nel termine di due mesi prima della scadenza del termine ordinario, fissato dalla legge, di approvazione del bilancio di previsione, al fine di consentire ai Comuni i dovuti stanziamenti in sede di bilancio di previsione;
- il rendiconto di gestione, nel termine di due mesi prima della scadenza del termine ordinario fissato per legge di approvazione del rendiconto.

4. Il preventivo di spesa annuale dei costi dell'Ufficio Sociale Associato e dell'Ufficio di Piano viene trasmesso ai singoli Comuni. In assenza di osservazioni tale preventivo viene approvato con atto di Giunta entro un mese dalla consegna, con l'impegno di iscrivere pro quota, nei rispettivi bilanci comunali, le stesse somme di riferimento approvate. Nel caso uno o più Enti rilevino la necessità di modifiche al preventivo, in ragione degli equilibri finanziari, sarà avviato un tavolo di confronto per la verifica politico - amministrativa e per definire le eventuali azioni a tutela degli equilibri stessi.

5. Ogni qual volta gli organi dell'Unione rilevino necessità di apportare variazioni al preventivo di spesa aventi ripercussioni ulteriori sui bilanci dei singoli Comuni, saranno utilizzate le medesime procedure individuate al comma 4.

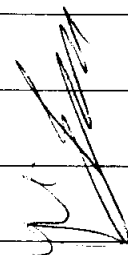
Nel caso in cui, invece, vengano apportate variazioni al preventivo di spesa a pareggio, ovvero che non comportino modifiche relative agli oneri finanziari a carico dei Comuni per come decisi in sede di previsione, l'Unione ne darà



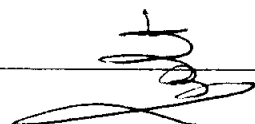
informazione ai Comuni, senza che sia necessaria alcuna approvazione da parte degli stessi. L'informazione in merito alle variazioni si considera avvenuta mediante la trasmissione del bilancio assestato relativo all'Ufficio Associato.



6. Eventuali differenze positive di gestione, rilevate a consuntivo, saranno iscritte nel preventivo di spesa dei costi dell'Ufficio Sociale Associato e dell'Ufficio di Piano dell'anno successivo mediante apposita variazione.



7. Nelle more dell'approvazione del bilancio di previsione i Comuni si impegnano a versare trimestralmente le quote di propria competenza con riferimento al bilancio assestato dell'anno precedente.

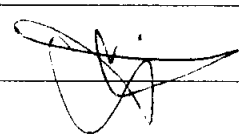


8. I Comuni dovranno versare gli oneri di pertinenza trimestralmente e comunque l'ultima rata entro il 30 novembre.

9. Il riparto della spesa complessiva a carico dei Comuni dei costi dell'Ufficio Sociale Associato e dell'Ufficio di Piano avverrà in relazione al numero di abitanti al 31 dicembre dell'anno precedente



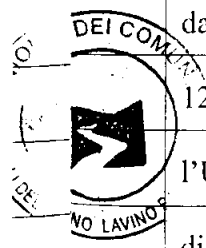
10. I servizi specialistici esternalizzati saranno rimborsati all'Unione in base alla quota riferita a ciascun Comune.



11. Le spese per progetti specifici delegati da singoli Comuni sono a carico dei Comuni deleganti secondo criteri che verranno di volta in volta stabiliti dalla Giunta dell'Unione.

12. Nel caso il personale sia conferito dai Comuni mediante comando, l'Unione dovrà rimborsare al Comune di riferimento il costo complessivo del dipendente con cadenza semestrale.

13. Gli organi dell'Unione, nella eventualità di finanziamenti da Enti esterni non finalizzati, potranno decidere per l'abbattimento di parte dei costi



complessivi dell'Ufficio Sociale Associato e dell'Ufficio di Piano, e quindi delle rispettive quote dei Comuni.

14. Per quanto riguarda la ripartizione dei costi previsti per l'erogazione dei servizi a seguito della trasformazione di Asc Insieme in Azienda Speciale dell'Unione, si rimanda a successiva e specifica regolamentazione.

ARTICOLO 13

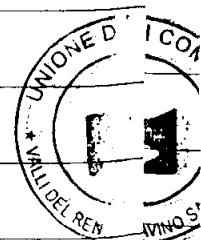
DURATA E RECESSO

1. La presente convenzione ha durata indeterminata, ai sensi di Statuto. Potrà subire modificazioni in rapporto alle modifiche istituzionali previste per legge.

2. Ogni Comune ha facoltà di recedere dalla presente convenzione non prima di anni due dalla stipula. Il recesso è deliberato dal Consiglio comunale con apposito atto adottato a maggioranza assoluta, entro il mese di aprile, ed ha effetto a partire dal secondo anno dall'adozione della deliberazione di recesso.

3. Non è consentito il recesso parziale dalla presente convenzione.

4. Il recesso di uno o più Comuni non fa venir meno la gestione associata per i restanti Comuni. Ogni Comune recedente ritorna nella piena titolarità del servizio conferito perdendo il diritto a riscuotere qualsiasi quota dei trasferimenti pubblici maturati dall'Unione con decorrenza dal termine di cui al precedente comma 2. Tali Comuni si dovranno accollare le quote residue di competenza dei prestiti eventualmente accesi oltre alle risorse umane e/o strumentali nonché le attività e/o passività che risulteranno non adeguate rispetto all'ambito ridotto in base alla valutazione della Giunta dell'Unione. Il Comune che delibera il recesso rinuncia a qualsiasi diritto sul patrimonio e sui beni costituiti con contributi statali o regionali; rinuncia inoltre alla quota



parte dei beni costituiti con contributo dei Comuni aderenti qualora, per ragioni tecniche, il patrimonio non sia frazionabile mentre i beni eventualmente conferiti in comodato verranno restituiti nello stato di fatto e di diritto in cui si trovano. La Giunta dell'Unione determina gli aspetti successori del recesso, determinando gli oneri specifici collegati.

6. Eventuali modifiche alla presente convenzione devono essere approvate con conformi deliberazioni di tutti i Consigli degli Enti associati, da assumersi con le stesse modalità di cui al precedente comma 2.

7. Il non rispetto, da parte dei soggetti contraenti la presente convenzione, dei patti e dei tempi previsti comporterà responsabilità a carico del soggetto imputabile in ordine a eventuali danni cagionati a terzi ed eventualmente agli altri soggetti in convenzione.

8. Alla presente convenzione potranno aderire, senza la necessità di ulteriori atti da parte degli Enti sottoscrittori, altri Enti, fatta salva la previsione degli oneri necessari al fine di uniformare la programmazione dei lavori e il riparto dei costi.

Letto, approvato e sottoscritto.

P.c.

IL SINDACO DEL COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO

IL SINDACO DEL COMUNE DI MONTE SAN PIETRO

IL SINDACO DEL COMUNE DI SASSO MARCONI

IL SINDACO DEL COMUNE DI VALSAMOGGIA

IL SINDACO DEL COMUNE DI ZOLA PREDOSA

IL PRESIDENTE DELL'UNIONE DI COMUNI VALLI DEL RENO,

LAVINO E SAMOGGIA





Dott. Elena Tradii

Repertorio n. 12994

Raccolta n. 9902

CESSIONE DELLE QUOTE DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"

e

TRASFORMAZIONE DI "INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" IN "AZIENDA SPECIALE DELL'UNIONE" E APPROVAZIONE DELLO STATUTO DELL'AZIENDA

REPUBBLICA ITALIANA

L'anno duemilaquindici il giorno trenta del mese di dicembre
30 dicembre 2015

In Casalecchio di Reno (BO), Via dei Mille n.9.

Davanti a me dottoressa Elena Tradii, notaio iscritto al Collegio Notarile del Distretto di Bologna con residenza in Bologna, sono presenti i signori:

- BOSSO MASSIMO, nato a Casalecchio di Reno (BO) il 15 gennaio 1958, domiciliato per l'incarico a Casalecchio di Reno (BO), Via dei Mille n. 9, che dichiara di intervenire al presente atto non in proprio, ma nelle sue seguenti qualità:

* in nome, per conto ed in rappresentanza del **"COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO"**, con sede in Casalecchio di Reno (BO), Via dei Mille n.9, C.F. 01135570370, in qualità di Sindaco pro-tempore e legale rappresentante al presente atto autorizzato in virtù dei poteri previsti dall'art. 69) dello statuto dell'Ente ed in forza della deliberazione del Consiglio Comunale n. 86 del 17 dicembre 2015, esecutiva ai sensi di legge, che, in copia conforme, si allega al presente atto sotto la lettera **"A"**;

* Presidente del Consiglio e legale rappresentante della **UNIONE DEI COMUNI "VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"** con sede in Casalecchio di Reno (BO), Via dei Mille n.9, Codice fiscale: 91311930373, al presente atto autorizzato in virtù dei poteri previsti dall'art. 31) dello statuto dell'Ente ed in forza della deliberazione del Consiglio dell'Unione n. 27 del 28 dicembre 2015, esecutiva ai sensi di legge, che, in copia conforme, si allega al presente atto sotto la lettera **"B"**;

- MAZZETTI STEFANO, nato a Bologna il 6 febbraio 1967 e domiciliato per l'incarico in Sasso Marconi (BO), Piazza dei Martiri della Liberazione n.6, che dichiara di intervenire al presente atto non in proprio, ma esclusivamente in nome, per conto ed in rappresentanza del **"COMUNE DI SASSO MARCONI"**, con sede in Sasso Marconi (BO), Piazza dei Martiri della Liberazione n.6, C.F. 01041300375, in qualità di Sindaco pro-tempore e legale rappresentante al presente atto autorizzato in virtù dei poteri previsti dall'art. 40) dello statuto dell'Ente ed in forza della deliberazione del Consiglio Comunale n. 55 del 17 dicembre 2015, esecutiva ai sensi di legge, che, in copia conforme, si allega al presente atto sotto la lettera **"C"**;

Registrato a Bologna 2

il 22 gennaio 2016

al num. 1192

serie IT

esatti € 1.356,00

Iscritto presso il R.I.

di Bologna

il 27 gennaio 2016

Prot. n. 5117/2016

- FIORINI STEFANO, nato a Castel San Pietro Terme (BO) il 4 aprile 1965 e domiciliato per l'incarico in Zola Predosa (BO), Piazza della Repubblica n.1, che dichiara di intervenire al presente atto non in proprio, ma esclusivamente in nome, per conto ed in rappresentanza del **"COMUNE DI ZOLA PREDOSA"**, con sede in Zola Predosa (BO), Piazza della Repubblica n.1, C.F. 01041340371, in qualità di Sindaco pro-tempore e legale rappresentante al presente atto autorizzato in virtù dei poteri previsti dall'art. 58 dello statuto dell'Ente ed in forza della deliberazione del Consiglio Comunale n. 85 del 16 dicembre 2015, esecutiva ai sensi di legge, che, in copia conforme, si allega al presente atto sotto la lettera **"D"**;

- RIZZOLI STEFANO, nato a Bologna il 24 aprile 1950 e domiciliato per l'incarico in Monte San Pietro (BO), Piazza della Pace n.2, che dichiara di intervenire al presente atto non in proprio, ma esclusivamente in nome, per conto ed in rappresentanza del **"COMUNE DI MONTE SAN PIETRO"**, con sede in Monte San Pietro (BO), Piazza della Pace n.2, C.F. 80013730371, in qualità di Sindaco pro-tempore e legale rappresentante al presente atto autorizzato in virtù dei poteri previsti dall'art. 17 dello statuto dell'Ente ed in forza della deliberazione del Consiglio Comunale n. 85 del 17 dicembre 2015, esecutiva ai sensi di legge, che, in copia conforme, si allega al presente atto sotto la lettera **"E"**;

- RUSCIGNO DANIELE, nato a Bologna il 26 luglio 1974 e domiciliato per l'incarico in Valsamoggia (BO), Località Bazzano, Piazza Garibaldi n. 1, che dichiara di intervenire al presente atto non in proprio, ma esclusivamente in nome, per conto ed in rappresentanza del **"COMUNE DI VALSAMOGGIA"**, con sede Valsamoggia (BO), Località Bazzano, Piazza Garibaldi n. 1, C.F. 03334231200, in qualità di Sindaco pro-tempore e legale rappresentante al presente atto autorizzato in virtù dei poteri previsti dall'art. 28) dello statuto dell'Ente ed in forza della deliberazione del Consiglio Comunale n. 150 del 16 dicembre 2015, esecutiva ai sensi di legge, che, in copia conforme, si allega al presente atto sotto la lettera **"F"**;

- **CASTELVETRI CHIARA**, nata a San Giovanni in Persiceto (BO) il 10 ottobre 1973, codice fiscale CST CHR 73R50 G467P, **TUFARIELLO GIORGIO**, nato a Bologna il 19 giugno 1946, codice fiscale TFR GRG 46H19 A944F e **CARLINI LORETTA**, nata a Fanano (MO) il 1° marzo 1949, codice fiscale CRL LTT 49C41 D486C, domiciliati per la carica presso la sede della sottoindicata Azienda Speciale Consortile, i quali intervengono in qualità, rispettivamente, di Presidente, Vicepresidente e Consigliere del Consiglio di Amministrazione della Azienda Speciale di tipo Consortile denominata **"INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"**, con sede in Casalecchio di Reno (BO), Via Cimarosa n. 5/2, i-

scritta al registro Imprese presso la C.C.I.A.A. di Bologna con il numero, codice fiscale e partita I.V.A. 02985591201 ed al R.E.A. con num. 482589.

Comparenti, cittadini italiani, della cui identità personale, qualifica e poteri io Notaio sono certo.

Con il presente atto i comparenti

PREMETTONO:

- che con deliberazioni di Consiglio Comunale tutte adottate nel febbraio del 2013 i Comuni del distretto di Casalecchio di Reno, hanno approvato l'individuazione dell'ambito territoriale ottimale ed omogeneo per l'esercizio in forma associata delle funzioni fondamentali, ai sensi dell'art 6 della L.R. 21/12/2012 n. 21 "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza";

- che la Regione Emilia Romagna, con deliberazione di Giunta Regionale n. 286 del 18 marzo 2013 ha approvato il programma di riordino delle Unioni di Comuni e che tale programma prevedeva la costituzione dell'ambito coincidente con il distretto composto dai Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno, Monte San Pietro, Casalecchio di Reno, Zola Predosa e Sasso Marconi, denominato "Ambito Valle del Reno, del Lavino e del Samoggia";

- che con deliberazioni di Consiglio Comunale tutte adottate nell'ottobre del 2013 i Comuni dell'ambito ottimale così individuato, hanno deliberato l'adesione all'Unione denominata "Valli del Reno, Lavino e Samoggia", costituita tra i Comuni rientranti nell'ambito distrettuale, comprendente Casalecchio di Reno, Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Monte San Pietro, Castello di Serravalle, Savigno, Sasso Marconi e Zola Predosa, approvandone contestualmente lo schema di statuto e di atto costitutivo;

- che con deliberazioni di Consiglio Comunale tutte adottate nel dicembre 2013 ad oggetto "Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia. Indirizzo per lo svolgimento delle funzioni in forma associata ai sensi della L.R. 21/2012" sono state individuate le funzioni da gestire in forma associata fra le quali la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali;

- che con atto costitutivo in data 23 dicembre 2013 repertorio nr. 17/2013 dell'Unione, i Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno (dal 01/01/2014 Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei cinque comuni) Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi e Zola Predosa hanno costituito l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia, in conformità all'art. 32 TUEL, all'art. 14 d.l. 78/2010 e succ. modif. e alla L.R. 21/2012;

ATTESO

- che con atto in data 13 novembre 2009, repertorio n. 11996

del Comune di Casalecchio di Reno, i nove Comuni del Distretto hanno sottoscritto una convenzione per la partecipazione a un'Azienda Speciale di tipo consortile, individuata quale forma organizzativa più idonea per l'esercizio associato delle funzioni in ambito socio-assistenziale, socio-sanitario integrato e socio-educativo, convenzione successivamente integrata in data 19 dicembre 2013 con atto repertorio n. 12096 per adeguamento del patrimonio e delle quote di rappresentanza a seguito della fusione dei Comuni di Bazzano, Crespellano, Castello di Serravalle, Monteveglio e Savigno nel nuovo Comune di Valsamoggia;

- che con atto a ministero notaio Rita Merone in data 27/11/2009 Repertorio n. 46.391, Raccolta n. 22.021, registrato all'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Bologna 3 - il 9 dicembre 2009 al n. 13956, i Comuni, ai sensi degli artt. 31 e 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, hanno costituito un'Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "Insieme Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia", con sede in Casalecchio di Reno (BO), Via Cimarosa n. 5/2, e adottato il relativo Statuto;

- che al momento della costituzione dell'Azienda i Comuni partecipanti hanno provveduto al conferimento delle quote di capitale di dotazione di loro competenza, come di seguito determinate all'art. 5 dell'atto costitutivo conformemente ai criteri di ripartizione di cui all'art. 7 dello Statuto:

Comune	Quota	Percentuale
Bazzano	€ 4.357,25	8,72%
Casalecchio di Reno	€ 10.952,42	21,90 %
Castello di Serravalle	€ 3.887,21	7,78 %
Crespellano	€ 4.995,24	9,99 %
Monte San Pietro	€ 5.320,50	10,64 %
Monteveglio	€ 3.996,55	7,99 %
Sasso Marconi	€ 6.158,18	12,32 %
Savigno	€ 3.440,56	6,88 %
Zola Predosa	€ 6.892,09	13,78 %
Totale	€ 50.000,00	100,00%

e che tali quote sono state integralmente sottoscritte e versate dai Comuni;

- che con legge Regione Emilia Romagna n. 1 del 7/02/2013 è stato istituito a decorrere dal 1° gennaio 2014 il Comune di Valsamoggia a seguito della fusione dei Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio e Savigno;

- che lo Statuto è stato successivamente modificato con apposito atto a ministero del medesimo notaio Rita Merone in data 19/12/2013 Repertorio n. 53.822 raccolta 25.981 registrato all'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Bologna 2.- il 20 dicembre 2013 al n. 20436;

- che a seguito della fusione dei suddetti comuni la quota di capitale conferita dal Comune di Valsamoggia nella Azienda Speciale di tipo Consortile INSIEME AZIENDA CONSORTILE IN-

TERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA, è pari ad euro 20.676,81;

VISTE

- la Legge Regionale dell'Emilia-Romagna 26 luglio 2013 n. 12 "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona" e successive modifiche, che prevede in particolare:

- la conferma, in ordine all'ambito territoriale nel quale gli Enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano le funzioni di regolarizzazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari, di quanto già previsto nella disciplina e negli atti di programmazione regionale, individuandolo nel Distretto 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 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

- che in ogni ambito territoriale così definito venga individuata un'unica forma pubblica di gestione di tali servizi garantendo adeguatezza gestionale, efficienza ed economicità delle forme pubbliche di gestione che verranno individuate, mediante la riorganizzazione e la razionalizzazione dei fattori produttivi;

- la successiva deliberazione della Giunta Regionale del 16 dicembre 2013 n. 1982 avente a oggetto "Legge regionale 26 luglio 2013 n. 12. Primo provvedimento della Giunta Regionale" che contiene criteri applicativi e disposizioni operative per l'applicazione della Legge regionale;

- le deliberazioni di Consiglio Comunale e il Decreto del Sub Commissario Prefettizio del Comune di Valsamoggia, tutte adottate nell'aprile del 2014, ad oggetto "Legge Regionale 26 luglio 2013 n. 12: Programma di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Indirizzi per l'ambito distrettuale di Casalecchio di Reno", le quali:

hanno riconfermato la volontà della gestione ed erogazione dei servizi socio-sanitari in forma associata tramite Insieme - Azienda Consortile interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia, di seguito denominata, per brevità, ASC Insieme;

hanno previsto che entro il 31/12/2014 i Comuni costituenti l'Unione avrebbero provveduto a ridefinire, con apposita convenzione, le modalità della governance e della programmazione e gestione del sistema complessivo dei servizi sociali e socio-sanitari, in coerenza con quanto stabilito nel Sistema di governance previsto all'art. 49 dello statuto dell'Unione;

RICHIAMATE

- le deliberazioni di Consiglio Comunale tutte adottate nel dicembre del 2014, mediante le quali i Comuni citati hanno formalmente conferito all'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia le funzioni di programmazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, nonché del Coordinamento Pedagogico sovracomunale, approvando la relativa convenzione che ne disciplina in maniera organica le modalità di conferimento e di esecuzione delle funzioni;

- la convenzione fra i Comuni e l'Unione per il conferimento delle funzioni sopra citate sottoscritta in data 29 dicembre 2014 e repertoriata al n° 16/2014 dell'Unione;

Rilevato che la predetta convenzione prevede, in relazione ai servizi sociali e socio-sanitari:

- che in attuazione della Legge regionale n. 12/2013, l'Unione si avvarrà per la produzione e erogazione dei servizi sociali dell'Azienda Speciale dell'Unione;

- che resta valida nel corso del 2015, fino alla trasformazione in Azienda Speciale dell'Unione, la gestione dei servizi attraverso l'Azienda Speciale di tipo Consortile "Insieme", costituita dai Comuni conferenti;

- i rapporti fra l'Unione e Azienda Speciale dell'Unione saranno regolati da un contratto unico di servizio, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;

Considerato pertanto:

- che all'Unione dei Comuni sono state integralmente trasferite le funzioni di gestione, programmazione, controllo, regolazione e verifica dei servizi sociali e socio-sanitari;

- che per l'esercizio delle funzioni conferite in relazione all'erogazione dei servizi ai cittadini l'Unione deve costituire una Azienda Speciale ai sensi dell'art 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;

- che la costituzione dell'Azienda può avvenire mediante la trasformazione dell'Azienda Speciale di tipo consortile Insieme, già costituita dai Comuni conferenti, in Azienda Speciale dell'Unione;

- che a tal fine i Comuni devono cedere all'Unione stessa le quote di capitale di dotazione di "Insieme - Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia" che erano state conferite dai Comuni all'atto di costituzione dell'Azienda, come richiamato in premessa;

- visti i pareri favorevoli espressi con relazioni dagli organi di revisione economico-finanziaria dei singoli comuni interessati ai sensi dell'art. 239, primo comma, lettera b) n. 2, del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267.

Tutto ciò premesso e considerato, si conviene e si stipula quanto segue:

CAPO I

CESSIONE DELLE QUOTE DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"

ART. 1) PARTECIPAZIONI ALIENATE

a) Il **COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO**, come sopra rappresentato, cede e trasferisce all'**UNIONE DEI COMUNI "VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"**, che, come sopra rappresentata, accetta, l'intera propria partecipazione alla Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "**INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA**" di cui in premessa, per un valore nominale di Euro 10.952,42 (diecimilanovecentocinquantadue virgola quarantadue).

b) Il **COMUNE DI SASSO MARCONI**, come sopra rappresentato, cede e trasferisce all'**UNIONE DEI COMUNI "VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"**, che, come sopra rappresentata, accetta, l'intera propria partecipazione alla Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "**INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA**" di cui in premessa, per un valore nominale di Euro 6.158,18 (seimilacentocinquantotto virgola diciotto).

c) Il **COMUNE DI ZOLA PREDOSA**, come sopra rappresentato, cede e trasferisce all'**UNIONE DEI COMUNI "VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"**, che, come sopra rappresentata, accetta, l'intera propria partecipazione alla Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "**INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA**" di cui in premessa, per un valore nominale di Euro 6.892,09 (seimilaottocentonovantadue virgola zero nove).

d) Il **COMUNE DI MONTE SAN PIETRO**, come sopra rappresentato, cede e trasferisce all'**UNIONE DEI COMUNI "VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"**, che, come sopra rappresentata, accetta, l'intera propria partecipazione alla Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "**INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA**" di cui in premessa, per un valore nominale di Euro 5.320,50 (cinquemilatrecentoventi virgola cinquanta).

e) Il **COMUNE DI VALSAMOGGIA**, come sopra rappresentato, cede e trasferisce all'**UNIONE DEI COMUNI "VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"**, che, come sopra rappresentata, accetta, l'intera propria partecipazione alla Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "**INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA**" di cui in premessa, per un valore nominale di Euro 20.676,81 (ventimilaseicentosestantasei virgola ottantuno).

ART. 2) PREZZO E MODALITA' DI PAGAMENTO

Le cessioni vengono fatte ed accettate per il prezzo dalle parti dichiarato in euro 10.952,42 (diecimilanovecentocinquantadue virgola quarantadue), per la cessione di cui all'art. 1) lettera a), in euro 6.158,18 (seimilacentocinquantotto virgola diciotto), per la cessione di cui all'art. 1)

lettera b), in euro 6.892,09 (seimilaottocentonovantadue virgola zero nove), per la cessione di cui all'art. 1) lettera c), in euro 5.320,50 (cinquemilatrecentoventi virgola cinquanta), per la cessione di cui all'art. 1) lettera d) e di euro 20.676,81 (ventimilaseicentosestantasei virgola ottantuno) per la cessione di cui all'art. 1) lettera e), e così in totale per euro 50.000,00 (cinquantamila), somma complessiva che le parti cedenti dichiarano di avere già ricevuto dalla parte cessionaria, alla quale rilasciano corrispondente quietanza di saldo.

ART. 3) GARANZIE

Le parti cedenti garantiscono la piena proprietà e disponibilità della quota di partecipazione posseduta, la sua libertà da sequestri e pignoramenti, il pieno e pacifico possesso e godimento della stessa, con la più ampia garanzia da ogni lite, molestia od evizione.

CAPO II

TRASFORMAZIONE DI "INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" IN "AZIENDA SPECIALE DELL'UNIONE" E APPROVAZIONE DELLO STATUTO DELL'AZIENDA

A seguito delle sopra avvenute cessioni, l'UNIONE DEI COMUNI "VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" divenuta unico titolare della partecipazione della Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" conviene di trasformare la stessa in Azienda Speciale dell'Unione Valli del Reno, Lavino e Samoggia sotto la denominazione **"AZIENDA SERVIZI PER LA CITTADINANZA "INSIEME" AZIENDA SPECIALE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO LAVINO E SAMOGGIA"**, approvando conseguentemente il nuovo statuto, composto di 36 (trentasei) articoli, che allego al presente atto sotto la lettera "G".

Si evidenzia che resta immutata la sede dell'Azienda a Casalecchio di Reno (BO), Via Cimarosa n. 5/2, la durata fissata al 31 dicembre 2030 ed il capitale di dotazione di euro 50.000,00 (cinquantamila).

Sono organi dell'Azienda:

- il Consiglio di Amministrazione;
- il/la Presidente;
- il/la Direttore/a Generale
- l'Organo di revisione economico finanziaria.

Il signor BOSSO MASSIMO, nella sua qualità di Presidente del Consiglio della UNIONE DEI COMUNI "VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA", da atto e dichiara che i Signori CASTELVETRI CHIARA, già Presidente del Consiglio di Amministrazione di ASC Insieme e TUFARIELLO GIORGIO e CARLINI LORETTA, già rispettivamente Vice - Presidente e Consigliere di ASC Insieme, vengono confermati alla carica di Presidente del Consiglio di Amministrazione la signora CASTELVETRI CHIARA, di Vicepresidente del Consiglio di Amministrazione il signor TUFARIELLO GIORGIO e di Consigliere la signora CARLINI LORETTA dell'"A-

ZIENDA SPECIALE DELL'UNIONE e resteranno in carica fino alla nomina del nuovo organo amministrativo, così come previsto dalla norma transitoria contenuta nello statuto dell'"AZIENDA SERVIZI PER LA CITTADINANZA "INSIEME" AZIENDA SPECIALE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO LAVINO E SAMOGGIA".

I Signori CASTELVETRI CHIARA, TUFARIELLO GIORGIO e CARLINI LORETTA, sopra costituiti, prendono atto e accettano, la conferma della carica già ricoperta nell'ASC Insieme, nonché prendono atto che resteranno in carica fino alla nomina e all'insediamento dei nuovi organi.

La trasformazione avverrà senza soluzione di continuità e pertanto tutti gli atti, contratti e regolamenti, per quanto compatibili, di "INSIEME AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" restano in vigore sino alla modifica degli stessi.

I rapporti fra Unione e Comuni in merito al funzionamento dell'Azienda Speciale dell'Unione saranno oggetto di apposito atto integrativo alla convenzione fra Unione e Comuni per il conferimento delle funzioni socio-sanitarie.

L'Azienda Speciale dell'Unione mantiene la natura di ente pubblico non economico, ex art. 114 del Testo unico Enti Locali, strumentale dell'Unione.

Le spese del presente atto, annesse e dipendenti, sono a carico dell'"AZIENDA SERVIZI PER LA CITTADINANZA "INSIEME" AZIENDA SPECIALE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO LAVINO E SAMOGGIA".

Le parti comparenti mi dispensano dal dare lettura della documentazione allegata.

Io notaio ho ricevuto il presente atto dattiloscritto da persona di mia fiducia e completato a mano da me su cinque fogli per diciotto facciate intere e parte della diciannovesima e da me letto ai comparenti che lo approvano e sottoscrivono essendo le ore 15 e 15 minuti.

Firmato: Massimo Bosso

Firmato: Mazzetti Stefano

Firmato: Stefano Fiorini

Firmato: Stefano Rizzoli

Firmato: Daniele Ruscigno

Firmato: Chiara Castelvetri

Firmato: Giorgio Tufariello

Firmato: Loretta Carlini

Firmato: Elena Tradii

Allegato A

Raccolta n. 9902



Comune di Casalecchio di Reno
Via dei Mille, 9
40033 Casalecchio di Reno (BO)

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE

Deliberazione n. 86 del 17/12/2015

Adunanza ordinaria – Prima convocazione – Seduta Pubblica.

OGGETTO: CESSIONE DELLA QUOTA CAPITALE DI DOTAZIONE DI INSIEME - AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA DETENUTA DAL COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO ALL' UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

L'anno duemilaquindici addì diciassette del mese di dicembre alle ore 14:00 nella sala delle adunanze consiliari, convocato previa l'osservanza di tutte le formalità di legge, si è riunito il Consiglio Comunale.

Il Segretario Generale Dott.ssa Raffaella Galliani, che partecipa alla seduta, ha provveduto all'appello da cui sono risultati presenti n. 20 Consiglieri (giusto verbale di deliberazione n. 84 del 17/12/2015).

Essendo legale il numero degli intervenuti, il Sig. Paolo Nanni – nella sua qualità di Presidente del Consiglio, ha assunto la Presidenza e ha dichiarato aperta la seduta per la trattazione degli argomenti scritti all'ordine del giorno.

Sono stati designati scrutatori i Consiglieri: Guidotti Isabella, Ancarani Ester, Stefanelli Stefano.

Risultano presenti gli Assessori: Micele Antonella, Abagnato Fabio, Bersanetti Nicola, Bevacqua Concetta, Masetti Massimo.

Successivamente il Presidente del Consiglio del Consiglio comunale introduce la trattazione dell'argomento iscritto al punto n. 3 all'ordine del giorno a cui risultano presenti i Signori Consiglieri:

BOSSO MASSIMO	Presente	ANCARANI ESTER	Presente
CASONI CHIARA	Presente	CINTI FEDERICO	Presente
RUGGERI MATTEO	Presente	CIRAULO FRANCO	Presente
FINI GIULIO	Assente	NANNI PAOLO	Presente
LOLLINI ALESSIA	Presente	SETA ERIKA	Presente
GUIDI CHIARA	Assente	PEDICA MIRKO	Presente
PERI LORENA	Presente	CASELLI FEDERICO	Assente
GRENDENE ROBERTO	Presente	RAINONE PAOLO	Presente
GUIDOTTI ISABELLA	Presente	CANDIDO LOREDANA	Presente
GURIOLI ANDREA	Presente	STEFANELLI STEFANO	Presente
BARBANI LIBERO	Presente	CEVENINI BRUNO	Presente
PALUMBERI DARIO	Presente	TONELLI ANDREA	Presente
BAGLIERI MATTIA	Assente		

PRESENTI N. 21

ASSENTI N. 4

Deliberazione n. 86 del 17/12/2015

OGGETTO: CESSIONE DELLA QUOTA CAPITALE DI DOTAZIONE DI INSIEME - AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA DETENUTA DAL COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO ALL' UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO DELLO STATUTO.

IL CONSIGLIO COMUNALE

Premesso

- che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 12 del 14 febbraio 2013 , analogamente adottata dagli altri Comuni del distretto di Casalecchio di Reno, è stata approvata l'individuazione dell' ambito territoriale ottimale ed omogeneo per l'esercizio in forma associata delle funzioni fondamentali, ai sensi dell'art 6 della L.R. 21/12/2012 n. 21 " Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza";
- che la Regione Emilia Romagna, con deliberazione di Giunta Regionale n. 286 del 18 marzo 2013 ha approvato il programma di riordino delle Unioni di Comuni e che tale programma prevedeva la costituzione dell'ambito coincidente con il distretto composto dai Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno, Monte San Pietro, Casalecchio di Reno, Zola Predosa e Sasso Marconi, denominato "Ambito Valle del Reno, del Lavino e del Samoggia";
- che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 78 del 31/10/2013, analogamente adottata negli altri Comuni dell'ambito ottimale così individuato, è stata deliberata l'adesione all' Unione denominata " Valli del Reno, Lavino e Samoggia" , costituita tra i Comuni rientranti nell'ambito distrettuale, comprendente Casalecchio di Reno, Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Monte San Pietro, Castello di Serravalle, Savigno, Sasso Marconi e Zola Predosa, approvandone contestualmente lo schema di statuto e di atto costitutivo;
- che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 95 del 19/12/2013 a oggetto "Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia. Indirizzo per lo svolgimento delle funzioni in forma associata ai sensi della L.R. 21/2012" sono state individuate le funzioni da gestire in forma associata fra le quali la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali;
- che con atto costitutivo in data 23 dicembre 2013 repertorio nr. 17/2013 dell'Unione, i Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno (dal 01/01/2014 Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei cinque comuni) Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi e Zola Predosa hanno costituito l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia, in conformità all'art. 32 TUEL, all'art. 14 d.l. 78/2010 e succ. modif. e alla L.R. 21/2012;

Atteso :

- che con atto in data 13 novembre 2009, repertorio n. 11996 del Comune di Casalecchio di Reno, i nove Comuni del Distretto hanno sottoscritto una convenzione per la partecipazione a un' Azienda Speciale di tipo consortile, individuata quale forma organizzativa più idonea per l'esercizio associato delle funzioni in ambito socio-assistenziale, socio-sanitario integrato e socio-educativo, convenzione successivamente integrata in data 19 dicembre 2013 con atto repertorio n. 12096 per adeguamento del patrimonio e delle quote di rappresentanza a seguito della fusione dei Comuni di Bazzano, Crespellano, Castello di Serravalle, Monteveglio e Savigno nel nuovo Comune di Valsamoggia;

- che con atto a ministero notaio Rita Merone in data 27/11/2009 Repertorio n. 46.391 Raccolta n. 22.021, registrato all'Agenzia delle Entrate – Ufficio Territoriale di Bologna 3 – il 9 dicembre 2009 al n. 13956, i Comuni, ai sensi degli artt. 31 e 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, hanno costituito un'Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "InSieme Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia", con sede in Casalecchio di Reno (BO), via Cimarosa n. 5/2, e adottato il relativo Statuto;
- che al momento della costituzione dell'Azienda i Comuni partecipanti hanno provveduto al conferimento delle quote di capitale di dotazione di loro competenza, come di seguito determinate all'art. 5 dell'atto costitutivo conformemente ai criteri di ripartizione di cui all'art. 7 dello Statuto :

Comune	Quota	Percentuale
Bazzano	€ 4.357,25	8,72 %
Casalecchio di Reno	€ 10.952,42	21,90 %
Castello di Serravalle	€ 3.887,21	7,78 %
Crespellano	€ 4.995,24	9,99 %
Monte San Pietro	€ 5.320,50	10,64 %
Monteveglia	€ 3.996,55	7,99 %
Sasso Marconi	€ 6.158,18	12,32 %
Savigno	€ 3.440,56	6,88 %
Zola Predosa	€ 6.892,09	13,78 %
Totale	€ 50.000,00	100,00%

e che tali quote sono state integralmente sottoscritte e versate dai Comuni ;

- che con legge Regione Emilia Romagna n. 1 del 07/02/2013 e' stato istituito a decorrere dal 01 gennaio 2014 il Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglia e Savigno;

- che lo Statuto è stato successivamente modificato con apposito atto a ministero del medesimo notaio Rita Merone in data 19/12/2013 Repertorio n. 53.822 raccolta 25.981 registrato all'Agenzia delle Entrate – Ufficio Territoriale di Bologna 2.– il 20 dicembre 2013 al n. 20436 per adeguarlo al nuovo assetto istituzionale derivante dalla costituzione del Comune di Valsamoggia;

Viste:

- la Legge Regionale dell'Emilia-Romagna 26 luglio 2013 n. 12 delle "Disposizioni ordinarie e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona" e successive modifiche, che prevede in particolare:

- la conferma, in ordine all'ambito territoriale nel quale gli Enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano le funzioni di regolarizzazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari, di quanto già previsto nella disciplina e negli atti di programmazione regionale, individuandolo nel Distretto 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 " Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

- che in ogni ambito territoriale così definito venga individuata un'unica forma pubblica di gestione di tali servizi garantendo adeguatezza gestionale, efficienza ed economicità delle forme pubbliche di gestione che verranno individuate, mediante la riorganizzazione e la razionalizzazione dei fattori produttivi;

- la successiva deliberazione della Giunta Regionale del 16 dicembre 2013 n. 1982 avente ad oggetto " Legge regionale 26 luglio 2013 n. 12. Primo provvedimento della Giunta

Regionale" che contiene criteri applicativi e disposizioni operative per l' applicazione della Legge regionale;

Vista la deliberazione di Consiglio Comunale del 09/04/2014 n. 26, ad oggetto "Legge Regionale 26 luglio 2013 n. 12: Programma di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Indirizzi per l'ambito distrettuale di Casalecchio di Reno", analogamente adottata dagli altri Comuni dell'Unione, la quale:

- ha riconfermato la volontà della gestione ed erogazione dei servizi socio-sanitari in forma associata tramite Insieme- Azienda Consortile interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia, di seguito denominata, per brevità, ASC Insieme ;
- ha previsto che entro il 31/12/2014 i Comuni costituenti l'Unione avrebbero provveduto a ridefinire, con apposita convenzione, le modalità della governance e della programmazione e gestione del sistema complessivo dei servizi sociali e socio-sanitari, in coerenza con quanto stabilito nel Sistema di governance previsto all' art. 49 dello statuto dell'Unione;

Richiamate:

- la deliberazione di Consiglio Comunale n. 104 del 18/12/2014, analogamente adottata dagli altri Comuni dell'Unione, mediante la quale il Comune di Casalecchio di Reno ha formalmente conferito all'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia le funzioni di programmazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, nonché del Coordinamento Pedagogico sovracomunale, approvando la relativa convenzione che ne disciplina in maniera organica le modalità di conferimento e di esecuzione delle funzioni;
- la convenzione fra i Comuni e l'Unione per il conferimento delle funzioni sopra citate sottoscritta in data 29 dicembre 2014 e repertoriata al n° 16/2014 dell'Unione ;

Rilevato che la predetta convenzione prevede, in relazione ai servizi sociali e socio-sanitari:

- che in attuazione della Legge regionale n. 12/2013, l'Unione si avvarrà per la produzione e erogazione dei servizi sociali dell'Azienda Speciale dell'Unione;
- che resta valida nel corso del 2015, fino alla trasformazione in Azienda Speciale dell'Unione, la gestione dei servizi attraverso l'Azienda Speciale di tipo Consortile "Insieme", costituita dai Comuni conferenti;
- i rapporti fra l'Unione e Azienda Speciale dell'Unione saranno regolati da un contratto unico di servizio, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;


Considerato pertanto:

- che all'Unione dei Comuni sono state integralmente trasferite le funzioni di gestione, programmazione, controllo, regolazione e verifica dei servizi sociali e socio-sanitari;
- che per l'esercizio delle funzioni conferite in relazione all'erogazione dei servizi ai cittadini l'Unione deve costituire una Azienda Speciale ai sensi dell'art 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;
- che la costituzione dell'Azienda può avvenire mediante la trasformazione dell'Azienda Speciale di tipo consortile InSieme, già costituita dai Comuni conferenti, in Azienda Speciale dell'Unione,

- che a tal fine i Comuni devono cedere all'Unione stessa le quote di capitale di dotazione di "InSieme- Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia" che erano state conferite dai Comuni all'atto di costituzione dell'Azienda, come richiamato in premessa;
- che la quota di capitale conferita dal Comune di Casalecchio e oggetto della cessione di cui al presente atto è pari a € 10.952,42;

Atteso che la presente deliberazione è adottata in coerenza con gli atti normativi regionali, con lo Statuto dell'Unione e dando continuità agli atti di indirizzo e programmazione già assunti dai Comuni;

Dato atto:

- 
- che la modifica di ASC InSieme da Azienda partecipata dai Comuni ad Azienda Speciale dell'Unione comporterà la necessità di revisione dello Statuto dell'Azienda e la stipulazione di un contratto unico di servizio fra l'Unione e l'Azienda Speciale, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;
 - che secondo quanto previsto all'art 12 della convenzione per il conferimento all'Unione della gestione dei Servizi sociali, socio-sanitari e del Coordinamento Pedagogico, con successivo e specifico atto integrativo alla convenzione medesima, dovranno essere definite le modalità di ripartizione fra i Comuni dei costi previsti per l'erogazione dei servizi da parte dell'Azienda Speciale dell'Unione;


Ritenuto di conseguenza di procedere alla cessione, a valore nominale, della quota di capitale di dotazione di Asc InSieme detenuta dal Comune di Casalecchio di Reno, pari ad € 10.952,42, all'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia;

Precisato che la cessione della quota troverà la sua evidenza nel bilancio finanziario del Comune e conseguentemente nel conto del patrimonio del Comune;

Ritenuto inoltre di conferire al Consiglio dell'Unione le linee di indirizzo in ordine alla trasformazione societaria e conseguente revisione dello Statuto di InSieme Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia";

Visto il parere favorevole espresso con relazione in data 19.11.2015 dall'organo di revisione economico-finanziaria ai sensi dell'art. 239, primo comma, lettera b) n. 2, del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;

Sentita la Giunta Comunale;



Vista la relazione della Commissione Consiliare competente in materia espressa in data 15/12/2015, come da documentazione in atti;

Dato atto che ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs 18 agosto 2000, n 267, sono stati acquisiti ed allegati alla presente deliberazione di cui costituiscono parte integrante e sostanziale, i pareri in ordine alla regolarità tecnica e contabile espressi favorevolmente dai Responsabili del servizio interessato;

Visto il D.Lgs 18 agosto 2000, n 267, nonché le vigenti disposizioni di legge ad esso compatibili;

Uditi:

- L'intervento dell'Assessore Masetti che procede ad illustrare congiuntamente il presente argomento con la proposta deliberativa iscritta al punto n. 4 dell'ordine del giorno;
- I seguenti interventi in sede di discussione generale: Consigliere Rainone (Movimento 5

stelle) Assessore Masetti in risposta ai quesiti posti, Consigliere Rainone (Movimento 5 stelle) Consigliere Tonelli (Lista civica per Casalecchio di Reno), Consigliere Grendene (PD), Consigliere Seta (Forza Italia), Consigliere Ruggeri (PD), Consigliere Cevenini (Lista civica per Casalecchio di Reno), Assessore Masetti in risposta ai quesiti posti, Consigliere Seta (Forza Italia) Consigliere Tonelli (Lista civica per Casalecchio di Reno), Consigliere Ruggeri (PD), Consigliere Guidotti (PD) Consigliere Seta (Forza Italia), Consigliere Ciraulo (PD), Consigliere Barbani (PD), Sindaco in fase di replica e Consigliere Tonelli a conclusione della discussione generale.

- Le seguenti dichiarazioni di voto:

Consigliere Rainone (Movimento 5 stelle): Dichiaro il voto di astensione del proprio gruppo consiliare sia in merito alla presente proposta deliberativa che a quella iscritta al successivo punto dell'ordine del giorno in quanto, pur non essendo contrario alla istituzione dell'Unione dei Comuni, resta in attesa di benefici in termini di servizi resi che la presente modifica potrà fornire alla cittadinanza.

Consigliere Seta (Forza Italia) che dichiara il voto contrario del proprio gruppo di appartenenza in coerenza alla sempre dichiarata aversità verso l'istituzione dell'Unione dei Comuni, ente che allontana la cittadinanza dagli organi decisionali politici.

Consigliere Barbani (PD) che dichiara il voto favorevole a nome dei gruppi consiliari di maggioranza preso atto dell'alto livello qualitativo dei servizi resi alla collettività.

Consigliere Tonelli (Lista Civica per Casalecchio di Reno) che dichiara il voto contrario del proprio gruppo consiliare di appartenenza in quanto evidenzia una mancata razionalizzazione delle spese e ribadisce la sempre dichiarata contrarietà all'Istituzione dell'Unione dei Comuni nel cui Consiglio non vi è una rappresentanza del proprio gruppo consiliare.

Richiamata la registrazione in atti, alla quale si fa integrale rinvio per tutti gli interventi sopra indicati

Preso atto che durante la discussione generale è entrato il Consigliere Baglieri: presenti n. 22

Visto l'esito della votazione, accertato e proclamato dal Presidente con l'assistenza degli scrutatori:

Presenti: 22
Votanti: 18
Favorevoli: 14 (Gruppi PD e Casalecchio da Vivere- Lista civica Paolo Nanni)
Contrari: 4 (Gruppi Forza Italia e Lista civica per Casalecchio di Reno)
Astenuiti: 3 (Rainone, Candido e Stefanelli del Gruppo Movimento 5 stelle)

DELIBERA

- 1) di procedere, per le motivazioni esposte in premessa, alla cessione a valore nominale della quota di capitale di dotazione di InSieme- Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia detenuta dal Comune di Casalecchio di Reno, pari ad € 10.952,42, all'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia;
- 2) di conferire al Consiglio dell'Unione le seguenti linee di indirizzo in ordine alla trasformazione da Azienda Speciale consortile dei Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa ad Azienda Speciale dell'Unione Valli del Reno Lavino e Samoggia e alla conseguente revisione dello Statuto:

- lo Statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione dovrà essere adeguato con particolare riferimento alle norme previste all'art 114 del TUEL 267/2000 e al complesso normativo che disciplina la materia in ordine ai controlli, piano della performance, anticorruzione e trasparenza. In particolare:
 - a) vengono ridefiniti gli organi e le competenze in capo ai medesimi;
 - b) vengono definiti gli atti fondamentali di programmazione dell'Azienda speciale e definiti i rapporti con gli organi dell'Unione (Consiglio e Giunta);
 - la trasformazione societaria avverrà senza soluzione di continuità e pertanto tutti gli atti, contratti e regolamenti, per quanto compatibili, di "Insieme- Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia" restano in vigore sino alla modifica degli stessi;
 - i rapporti fra Unione e Comuni in merito al funzionamento dell'Azienda Speciale dell'Unione saranno oggetto di apposito atto integrativo alla convenzione fra Unione e Comuni per il conferimento delle funzioni socio-sanitarie;
 - l'Azienda Speciale dell'Unione manterrà la natura di ente pubblico non economico strumentale dell'Unione;
- 3) di dare atto che i Consigli Comunali dei restanti Enti conferenti procederanno all'adozione di analoga deliberazione e che il Consiglio dell'Unione provvederà con proprio atto al recepimento delle deliberazioni assunte dai Comuni e all'acquisizione delle quote da questi cedute.

Successivamente con separata votazione espressa in forma palese che dà il seguente esito accertato e proclamato dal Presidente, con l'assistenza degli scrutatori:

Presenti: 22
Votanti: 18
Favorevoli: 14 (Gruppi PD e Casalecchio da Vivere - Lista civica Paolo Nanni)
Contrari: 4 (Gruppi Forza Italia e Lista civica per Casalecchio di Reno)
Astenuti: 3 (Rainone, Candido e Stefanelli del Gruppo Movimento 5 stelle)
, il Consiglio

DELIBERA

di rendere immediatamente eseguibile la presente deliberazione, ai sensi dell'art. 134, 4° comma del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, per consentire all'Unione l'adozione entro il 31/12/2015 degli atti conseguenti



Comune di Casalecchio di Reno
Via dei Mille,9
40033 Casalecchio di Reno (BO)

Letto, approvato e sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.

Il Presidente del Consiglio
Paolo Nanni

Il Segretario Generale
Raffaella Galliani

La presente copia cartacea, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs 82/2005 e s.m.i., è conforme all'originale informatico sottoscritto con firma digitale, il cui certificato è intestato alla Signora Raffaella Galliani rilasciato da Infocert, la cui verifica ha avuto esito positivo e controfirmato con firma digitale, il cui certificato è intestato al Signor Paolo Nanni, rilasciato da Infocert, la cui verifica ha dato esito positivo.

Casalecchio di Reno, li 23 dicembre 2015

Il Funzionario autorizzato
Emanuela Baldi



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Emanuela Baldi", written over the typed name.



COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO

Provincia di Bologna

Proposta N. 2015 / 1115
Servizio di Staff e Supporto Amministrativo

OGGETTO: CESSIONE DELLA QUOTA CAPITALE DI DOTAZIONE DI INSIEME - AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA DETENUTA DAL COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO ALL' UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITA' CONTABILE

Per i fini previsti dall'art. 49 del D. Lgs 18.08.2000 n° 267, si esprime sulla proposta di deliberazione in oggetto parere *FAVOREVOLE* in merito alla regolarità contabile.

Li, 15/12/2015

IL DIRIGENTE
BATTISTINI FABIANA
(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

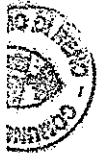
La presente copia cartacea, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs 82/2005 e s.m.i., è conforme all'originale informatico sottoscritto con firma digitale, il cui certificato è intestato alla Signora Fabiana Battistini, rilasciato da Infocert, la cui verifica ha avuto esito positivo.

Casalecchio di Reno, lì 23 dicembre 2015



Il Funzionario autorizzato
Emanuela Baldi

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Emanuela Baldi", written over the printed name.





COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO
Provincia di Bologna

Proposta N. 2015 / 1115
Servizio di Staff e Supporto Amministrativo

OGGETTO: CESSIONE DELLA QUOTA CAPITALE DI DOTAZIONE DI INSIEME - AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA DETENUTA DAL COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO ALL' UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITA' TECNICA

Per i fini previsti dall'art. 49 del D. Lgs 18.08.2000 n° 267, si esprime sulla proposta di deliberazione in oggetto parere *FAVOREVOLE* in merito alla regolarità tecnica.

Li, 07/12/2015

IL DIRIGENTE
BATTISTINI FABIANA
(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)



COMUNE DI CASALECCHIO DI RENO
Provincia di Bologna

Deliberazione di Consiglio Comunale N. 86 del 17/12/2015

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si dichiara la regolare pubblicazione della presente deliberazione all'Albo Pretorio on-line di questo Comune a partire dal 22/12/2015 per 15 giorni consecutivi, ai sensi dell'art. 124 del D.lgs. 18.08.2000 n. 267.

Casalecchio di Reno li, 22/12/2015

L'INCARICATO DELLA PUBBLICAZIONE
SERPI ROCCO
(Sottoscritto digitalmente
ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.)

La presente copia cartacea, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs 82/2005 e s.m.i., è conforme all'originale informatico sottoscritto con firma digitale, il cui certificato è intestato al Signor Rocco Serpi, rilasciato da Infocert, la cui verifica ha avuto esito positivo.

Casalecchio di Reno, lì 23 dicembre 2015

Il Funzionario autorizzato
Emanuela Baldi

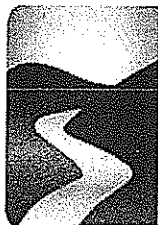


Emanuela Baldi



Allegato B

Raccolta n. 3802



UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA

Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

DELIBERAZIONE N. 27 DEL 28/12/2015

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DELL'UNIONE

OGGETTO: MODIFICA DI "INSIEME-AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" IN AZIENDA SPECIALE DELL'UNIONE MEDIANTE ACQUISIZIONE DELLE QUOTE DETENUTE DAI COMUNI E APPROVAZIONE DELLO STATUTO DELL'AZIENDA.

L'anno 2015, il giorno 28 del mese di dicembre alle ore 18:00, presso la sede del Comune di Zola Predosa.

Previa l'osservanza di tutte le formalità prescritte dallo Statuto dell'Unione, sono stati oggi convocati a seduta i componenti del Consiglio.

All'appello risultano presenti i consiglieri

COGNOME E NOME	CARICA	(F) FAVOREVOLE (C) CONTRARIO (A) ASTENUTO	(P) PRESENTE (A) ASSENTE (G) GIUSTIFICATO	SCRUTATORE
RIZZOLI STEFANO	CONSIGLIERE	F	P	
BOSSO MASSIMO	CONSIGLIERE	F	P	
BARBANI LIBERO	CONSIGLIERE	F	P	
FINI GIULIO	CONSIGLIERE		G	
GUIDOTTI ISABELLA	CONSIGLIERE	F	P	X
RUGGERI MATTEO	CONSIGLIERE	F	P	
GUIDI CHIARA	CONSIGLIERE		G	
RAINONE PAOLO	VICE PRESIDENTE		G	
PEDICA MIRKO	CONSIGLIERE		A	
BATTISTINI TAMARA	CONSIGLIERE	F	P	
CORBARI ALESSANDRO	CONSIGLIERE	A	P	
MAZZETTI STEFANO	CONSIGLIERE	F	P	
NUVOLI DAVIDE	CONSIGLIERE		G	
DUCCI GIANLUCA	CONSIGLIERE	F	P	
FORTUZZI PIETRO	CONSIGLIERE	C	P	X
RUSCIGNO DANIELE	CONSIGLIERE	F	P	
CALLIGOLA SIMONE	CONSIGLIERE	F	P	
DEMARIA PATRIZIA	CONSIGLIERE	F	P	
ZAGNONI JURI	CONSIGLIERE	F	P	
GOVONI FEDERICA	CONSIGLIERE		G	
TIENGO TIZIANA	CONSIGLIERE		A	
VESCO DIEGO	CONSIGLIERE	A	P	X
FIORINI STEFANO	CONSIGLIERE	F	P	
DALL'OLMO DAVIDE	CONSIGLIERE	F	P	
MARTIGNONI ELISABETTA	PRESIDENTE	F	P	
TADDIA MASSIMO	CONSIGLIERE	A	P	

Risultato legale il numero degli intervenuti, assume la Presidenza il Presidente del Consiglio Elisabetta Martignoni ai sensi dell'art. 16 dello Statuto.

Assume le funzioni di Segretario verbalizzante il Dott. Daniele Rumpianesi il quale provvede alla redazione del presente verbale.



Il Presidente chiede all'assemblea di trattare tutti i punti inerenti ad ASC in un unico dibattito e procedere poi a votazioni separate. L'assemblea accoglie la proposta.

Il Sindaco Rizzoli illustra gli atti in approvazione.

Il Consigliere Fortuzzi chiede dei chiarimenti che vengono forniti dal Sindaco Rizzoli e dal Consigliere Dall'Omo. Conclude gli interventi il Presidente Bosso illustrando la valenza positiva del percorso in atto.

Richiamata la registrazione in atti, alla quale si fa integrale rinvio per tutti gli interventi sopra.

IL CONSIGLIO DELL'UNIONE DEI COMUNI

PREMESSO:

- che con atto costitutivo in data 23 dicembre 2013 repertorio nr. 17/2013 dell'Unione, i Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi e Zola Predosa hanno costituito l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia, in conformità all'art. 32 TUEL, all'art. 14 d.l. 78/2010 e succ. modif. e alla L.R. 21/2012;
- che ai sensi della L.R. 1/2013, a far data dal 01.01.2014 i Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio e Savigno si sono sciolti per fusione cui contestualmente è seguita la nascita del nuovo Comune di Valsamoggia che è subentrato in tutti i diritti attivi e passivi dei Comuni sciolti in forza della legge citata;
- per le ragioni sopra esposte la nuova Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia è composta dai Comuni Di Casalecchio di Reno, Monte san Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa;

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 8 del 28.07.2014, con cui veniva eletto Presidente dell'Unione, il Sindaco del Comune di Casalecchio di Reno, Massimo Bosso;

ATTESO:

- che per l'erogazione ai cittadini dei servizi sociali e socio-sanitari i nove Comuni del Distretto, avevano costituito, ai sensi degli artt. 31 e 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, un'Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "InSieme Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia", con sede in Casalecchio di Reno (BO), via Cimarosa n. 5/2, di seguito denominata per brevità ASC InSieme;
- che l'Azienda era stata formalmente costituita con atto a ministero notaio Rita Merone in data 27/11/2009 Repertorio n. 46.391 Raccolta n. 22.021, registrato all'Agenzia delle Entrate – Ufficio Territoriale di Bologna 3 – il 9 dicembre 2009 al n. 13956;
- che con successivo atto a ministero del medesimo notaio Rita Merone in data 19/12/2013 Repertorio n. 53.822 raccolta 25.981 registrato all'Agenzia delle Entrate – Ufficio Territoriale di Bologna 2.– il 20 dicembre 2013 al n. 20436 lo Statuto dell'Azienda era stato modificato per adeguarlo al nuovo assetto istituzionale derivante dalla costituzione del Comune di Valsamoggia;
- che al momento della costituzione di Asc inSieme i Comuni partecipanti avevano provveduto al conferimento delle quote di capitale di dotazione di loro competenza, come di seguito determinate all'art. 5 dell'atto costitutivo in conformità ai criteri di ripartizione di cui all'art. 7 dello Statuto dell'Azienda :

COMUNE	QUOTA	PERCENTUALE
Bazzano	€ 4.357,25	8,72%
Casalecchio di Reno	€ 10.952,42	21,90%
Castello Di Serravalle	€ 3.887,21	7,78%
Crespellano	€ 4.995,24	9,99%





Monte San Pietro	€ 5.320,50	10,64%
Montevoglio	€ 3.996,55	7,99%
Sasso Marconi	€ 6.158,18	12,32%
Savigno	€ 3.440,56	6,88%
Zola Predosa	€ 6.892,09	13,78%
Totale	€ 50.000,00	100,00%

e che tali quote erano state integralmente sottoscritte e versate dai Comuni;

RICHIAMATA la deliberazione del Consiglio dell'Unione n. 21 del 22/12/2014 avente ad oggetto "Convenzione tra l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia ed i Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa per progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali e erogazione delle relative prestazioni ai cittadini (art.7 co. 3 L.R. 21/2012, succ. modif., e lett. g) del comma 27, del D.L.78/2010)" con la quale è stata approvata la convenzione per la gestione associata dei servizi sociali, socio-sanitari e del Coordinamento Pedagogico;

DATO ATTO che la medesima convenzione è stata approvata dai Consigli Comunali di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa;

RILEVATO che la predetta convenzione prevede, in relazione ai servizi sociali e socio-sanitari:

- che in attuazione della Legge Regionale n. 12/2013, l'Unione si avvarrà per la produzione e erogazione dei servizi sociali dell'Azienda Speciale dell'Unione;
- che resta valida nel corso del 2015, fino alla trasformazione in Azienda Speciale dell'Unione, la gestione dei servizi attraverso ASC InSieme;

CONSIDERATO:

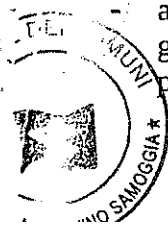
- che all'Unione dei Comuni sono state integralmente trasferite le funzioni di gestione, programmazione, controllo, regolazione e verifica dei servizi sociali e socio-sanitari;
- che per l'esercizio delle funzioni conferite in relazione all'erogazione dei servizi ai cittadini l'Unione deve quindi procedere alla costituzione di una Azienda Speciale ai sensi dell'art .114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;
- che l' Azienda Speciale sarà costituita mediante trasformazione di ASC InSieme da Azienda Speciale di tipo Consortile costituita dai Comuni, in Azienda Speciale dell'Unione;
- che a tal fine l'Unione deve preventivamente acquisire le quote di capitale di dotazione di ASC InSieme conferite dai Comuni all'atto di costituzione dell'Azienda;

VISTI i seguenti atti con i quali i Comuni hanno deliberato la cessione all'Unione delle rispettive quote di capitale di dotazione di ASC Insieme, in premessa elencate, e le linee di indirizzo per la revisione dello Statuto:

Casalecchio di Reno	deliberazione C.C. n. 86 del 17/12/2015
Monte San Pietro	deliberazione C.C. n. 85 del 17/12/2015
Sasso Marconi	deliberazione C.C. n. 55 del 17/12/2015
Valsamoggia	deliberazione C.C. n. 150 del 16/12/2015
Zola Predosa	deliberazione C.C. n. 85 del 16/12/2015

RICHIAMATO l'art. 114 del D.Lgs 18 agosto 2000 n. 267, in particolare i commi 1) e 6) che stabiliscono, in riferimento alle Aziende Speciali:

- al comma 1) che l'azienda speciale è ente strumentale dell'ente locale dotato di personalità giuridica, di autonomia imprenditoriale e di proprio statuto, approvato dal consiglio comunale o provinciale. L'azienda speciale conforma la propria gestione ai principi contabili generali



contenuti nell'allegato n. 1 al decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, e successive modificazioni, ed ai principi del codice civile;

- al comma 6) che l'ente locale conferisce il capitale di dotazione, determina le finalità e gli indirizzi, approva gli atti fondamentali, esercita la vigilanza, verifica i risultati della gestione, provvede alla copertura degli eventuali costi sociali.

ATTESO che la trasformazione di ASC InSieme da Azienda Speciale di tipo Consortile ad Azienda Speciale dell'Unione avverrà senza soluzione di continuità e senza modificarne la natura giuridica di ente pubblico non economico strumentale all'Unione dei Comuni;

VISTI:

- il vigente Statuto di ASC InSieme;
- le seguenti linee di indirizzo per il nuovo Statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione espresse dai Comuni mediante gli atti deliberativi sopra citati:
“Lo Statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione dovrà essere adeguato con particolare riferimento alle norme previste all'art 114 del TUEL 267/2000 e al complesso normativo che disciplina la materia in ordine ai controlli, piano della performance, anticorruzione e trasparenza. In particolare:
 - a) verranno ridefiniti gli organi e le competenze in capo ai medesimi;*
 - b) verranno definiti gli atti fondamentali di programmazione dell' Azienda speciale e definiti i rapporti con gli organi dell'Unione (Consiglio e Giunta)”;*
- lo schema di statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione allegato A) al presente atto deliberativo quale parte integrante e sostanziale;

RITENUTO quindi, coerentemente con gli atti di indirizzo e programmazione già assunti dai Comuni e dall'Unione, di procedere alla costituzione dell'Azienda Speciale dell'Unione mediante acquisizione delle quote di ASC InSieme cedute dai Comuni;

PRECISATO che l'acquisizione delle quote troverà la sua evidenza nel bilancio finanziario dell'Unione e conseguentemente nel conto del patrimonio dell'Unione;

DATO ATTO che l'Unione è altresì tenuta all'approvazione dello Statuto della costituenda Azienda Speciale;

VISTO il parere favorevole espresso dall'Organo di revisione contabile in data 16/12/2015 come da verbale allegato parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione;

VISTI i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs. 267/2000 in ordine alla regolarità tecnica e contabile rispettivamente del responsabile del Servizio interessato e del responsabile del Servizio Finanziario;

VISTI l'art. 42 del D.Lgs 267/2000 e l'art. 10 dello Statuto dell'Unione;

UDITI gli interventi dei Consiglieri come in epigrafe riportati

Con la seguente votazione favorevole espressa nei modi e termini di legge:

Presenti: 19

Favorevoli: 15 (Gruppo Centro Sinistra per l'Unione)

Contrari: 1 (Fortuzzi del gruppo Misto)

Astenuti: 3 (Corbari, Taddia e Vesco del Gruppo Movimento 5 Stelle)





DELIBERA

- 1) di acquisire le quote di capitale di dotazione di "InSieme-Azienda Consortile valli del Reno, Lavino e Samoggia" detenute dai Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa a complessivo valore nominale di € 50.000,00, autorizzando il Presidente dell'Unione alla sottoscrizione dell'atto di acquisizione delle quote;
- 2) di procedere alla modifica dell'Azienda Speciale di tipo Consortile -"InSieme" Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia - in Azienda Servizi alla Cittadinanza "InSieme", Azienda Speciale Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia-, per l'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari conferiti all'Unione;
- 3) di dare atto:
 - che la modifica di "InSieme" da Azienda Speciale di tipo Consortile ad Azienda Speciale dell'Unione, che ne resta titolare di tutti i rapporti attivi e passivi, avviene senza soluzione di continuità e senza modificarne la natura giuridica di ente pubblico non economico strumentale all'Unione dei Comuni;
 - che il capitale di dotazione dell'Azienda Speciale dell'Unione è determinato in € 50.000,00 ed è già versato dai Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa. Tale capitale rimane in dotazione all'Azienda nell'ambito della trasformazione giuridica di ASC InSieme;
- 4) di approvare lo Statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione allegato 1) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

Successivamente con separata votazione favorevole espressa nei modi e termini di legge dai Consiglieri presenti e votanti

Presenti: 19

Favorevoli: 15 (Gruppo Centro Sinistra per l'Unione)

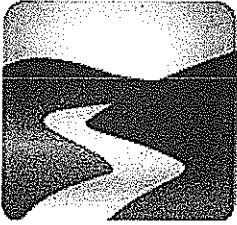
Contrari 1 (Fortuzzi del Gruppo Misto)

Astenuti 3 (Corbari, Taddia e Vesco del Gruppo Movimento 5 Stelle)

DELIBERA

Di rendere immediatamente eseguibile il presente provvedimento ai sensi dell'art. 134, 4° comma del D.Lgs 18.08.2000 n. 267.





**UNIONE DEI COMUNI
VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA**

Comuni di Casalecchio di Reno, Monté San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa

Parere di regolarità tecnica

Oggetto: MODIFICA DI "INSIEME-AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" IN AZIENDA SPECIALE DELL'UNIONE MEDIANTE ACQUISIZIONE DELLE QUOTE DETENUTE DAI COMUNI E APPROVAZIONE DELLO STATUTO DELL'AZIENDA.

PARERE TECNICO PROCEDIMENTALE

Il sottoscritto LA MONICA CATI, visto l'art 49 del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, esprime parere FAVOREVOLE in ordine alla regolarità tecnica della proposta di provvedimento indicata in oggetto. n° 28 del 22/12/2015.

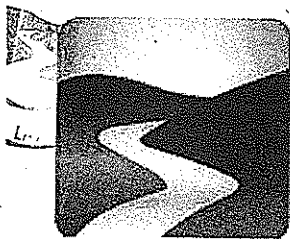
Note:

Casalecchio di Reno(BO), 22/12/2015

Il Responsabile del Servizio
CATI LA MONICA



NE DEI



UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA

Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa

Parere di regolarità contabile

Oggetto: MODIFICA DI "INSIEME-AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" IN AZIENDA SPECIALE DELL'UNIONE MEDIANTE ACQUISIZIONE DELLE QUOTE DETENUTE DAI COMUNI E APPROVAZIONE DELLO STATUTO DELL'AZIENDA.

Sulla presente proposta di deliberazione n° 28 del 22/12/2015, si esprime, ai sensi degli art. 49, comma 1 e 147 bis, comma 1, D. Lgs. 267/2000, parere Favorevole.

Valsamoggia, 23/12/2015

Il ragioniere capo
PATRIZIA SANTI



Letto approvato e sottoscritto.

IL PRESIDENTE
Elisabetta Martignoni

IL SEGRETARIO DELL'UNIONE DEI COMUNI
Daniele Rumpianesi



DICHIARAZIONE DI PUBBLICAZIONE

In applicazione degli articoli 124, comma 1 e 15 del D.Lgs. n. 267 del 18/08/2000 e ssp.mn., la presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio online, ai sensi dell'art. 32, comma 1, L.n.69/2009, per 15 giorni consecutivi partire dal 29/12/2015.

Data 29/12/2015

L'incaricato di Segreteria
Emanuela Baldi

CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione è divenuta esecutiva in data 09/01/2016 decorsi 10 giorni dalla sua pubblicazione ai sensi dell'art. 134, comma 3 del d.lgs. 267/00

La presente deliberazione è stata dichiarata immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4 del d.lgs. 267/2000





Allegato 1) alla deliberazione del Consiglio Unione n. 27 del 28.12.2015

STATUTO

Azienda Servizi per la Cittadinanza

"InSieme"

Azienda Speciale Interventi Sociali

Valli del Reno Lavino e Samoggia

(Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi,
Valsamoggia e Zola Predosa)

TITOLO I

COSTITUZIONE, SCOPO, DURATA, CONFERIMENTO E DOTAZIONE

Art. 1 - Costituzione, denominazione e sede

1. L'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia (di seguito definita Unione), depositaria delle funzioni in materia sociale e socio-sanitaria conferite dai Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa, coerente con i principi costituzionali della solidarietà, della partecipazione, del rispetto e della valorizzazione della persona, si dota dell'organismo strumentale Azienda Servizi per la Cittadinanza "InSieme" Azienda Speciale Interventi Sociali Valli del Reno Lavino e Samoggia (di seguito definita Azienda), per l'esecuzione delle funzioni conferite.

2. La sede legale dell'Azienda è fissata nel territorio del Comune di Casalecchio di Reno, all'indirizzo risultante all'atto di iscrizione nel Registro delle Imprese. Le attività si svolgono presso la sede legale dell'Azienda e presso le sedi operative dislocate nel territorio dell'Unione.





3. L'ambito territoriale e la comunità di riferimento dell'Azienda coincidono con i Comuni di Casalecchio di Reno, Sasso Marconi, Monte San Pietro, Zola Predosa, Valsamoggia.

4. Il funzionamento dell'Azienda è regolato dal presente Statuto.

5. Detta Azienda deriva dalla trasformazione giuridica dell'Azienda Speciale Consortile già in essere tra i medesimi Comuni denominata "InSieme" Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia, con sede in Casalecchio di Reno (Bo), via Cimarosa n. 5/2, di cui ne resta titolare di tutti i rapporti attivi e passivi. (Azienda costituita con atto a ministero notaio Rita Merone di Bologna in data 27 novembre 2009 rep. n. 46.391 raccolta n. 22. registrato all'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Bologna 3 - il 9 dicembre 2009 al n. 13956)

Art. 2 - Natura giuridica

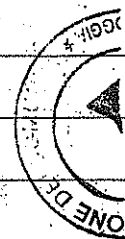
1. L'Azienda è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria, nell'ambito delle norme e dei principi stabiliti dalle vigenti disposizioni normative, e non ha fini di lucro.


2. L'Azienda è Ente di diritto pubblico non economico strumentale dell'Unione.

Art. 3 - Scopo, finalità e principi

1. Scopo dell'Azienda è la gestione di servizi socio-assistenziali, socio-sanitari integrati e socio-educativi e, più in generale, l'erogazione dei servizi alla persona, in relazione alle attività di competenza dell'Unione.

2. I servizi istituzionali facenti capo all'Azienda sono diffusi ed erogati nei confronti di tutta la popolazione residente nel territorio dell'Unione, e sono





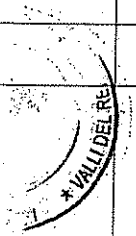
orientati, prevalentemente, anche se non esclusivamente, alle fasce deboli della cittadinanza, ed in particolare: minori e famiglie, adulti, anziani e persone con disabilità. Sono erogati, altresì, a favore di persone occasionalmente dimoranti nel territorio distrettuale, limitatamente agli interventi non differibili ed urgenti.

3. L'elenco di cui al comma 2 è indicativo, giacché gli organi dell'Azienda hanno facoltà di articolare l'organizzazione dei servizi secondo criteri di classificazione anche diversi da quelli indicati, sia allo scopo di riconfigurare lo schema d'offerta di prestazioni in rapporto a principi di ottimizzazione produttiva, sia per tenere conto del mutare delle condizioni di bisogno socio-assistenziale. Variazioni nella definizione delle fasce d'utenza possono, inoltre, essere giustificate da fenomeni attinenti la sfera del dinamismo demografico e sociale.

4. L'Azienda ispira ed orienta la propria attività nel rispetto della normativa in materia e degli indirizzi contenuti nei Piani di Zona per la Salute ed il Benessere sociale, perseguendo le seguenti finalità:

- a) il rispetto della dignità della persona;
- b) la qualità del servizio sociale;
- c) la specializzazione professionale per una migliore qualità dei servizi;
- d) la garanzia di pari opportunità di conoscenza, di accesso, di fruizione e di valutazione dei servizi;

e tramite i seguenti mezzi:

- a) una forte flessibilità e adattabilità alle diverse condizioni dei bisogni di ogni singolo/a utente ed ai cambiamenti che si possono manifestare durante la presa in carico;
- 

b) una elevata reattività, intesa come tempestività di risposta alle dinamiche delle condizioni degli/delle utenti;

c) una forte continuità degli/delle operatori/trici, sul piano del contenuto degli interventi e, in particolare, delle relazioni con gli/le utenti, per garantire una condizione di agio e di sicurezza, fondamentale rispetto al loro benessere;

d) una intensa e sistematica integrazione professionale ed operativa fra tutte le figure professionali che interagiscono con gli/le utenti, per recuperare, sul piano del raccordo interdisciplinare, unitarietà dell'intervento.

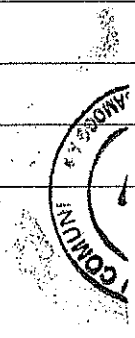
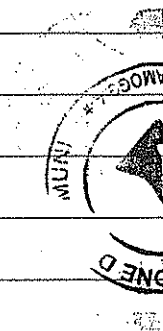
5. L'Azienda raggiunge i propri obiettivi di gestione:

a) privilegiando e promuovendo l'orientamento delle proprie azioni e dei/delle propri/e operatori/trici al servizio della comunità di riferimento e alla collaborazione con tutte le istituzioni pubbliche coinvolte per configurare le rispettive finalità quali risorsa al servizio della cittadinanza del Distretto;

b) definendo piani, programmi e progetti di lavoro relativi a tutte le aree professionali chiamate ad intervenire nella gestione dei servizi affidati, favorendo la partecipazione delle figure operative nella definizione di procedure e interventi validi e sostenibili;

c) aggregando gli apporti delle diverse aree professionali attraverso l'adozione di strutture e modalità organizzative a tale fine progettate, per soddisfare con flessibilità e tempestività i bisogni degli/delle utenti e raggiungere i livelli qualitativi previsti;

d) verificando le necessità di sviluppo ed adeguamento delle diverse aree



professionali previste, coordinando fra loro le attività di formazione e l'aggiornamento continuo e permanente delle professionalità all'interno del Piano annuale della Formazione;

e) organizzando la presenza delle diverse aree professionali con il fine di soddisfare la continuità dell'azione nei confronti degli/delle utenti e dei loro bisogni;

f) curando le modalità con cui si svolge il rapporto con i parenti degli/delle utenti, favorendo l'instaurarsi di relazioni basate sulla piena fiducia;

g) applicando, attraverso lo strumento della rendicontazione sociale, metodologie e tecniche che consentano di documentare in modo trasparente e pubblico l'evoluzione del bisogno secondo le variabili del genere, della genesi e della generazione, al fine di progettare interventi di risposta ai nuovi bisogni;

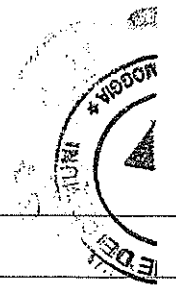
h) garantendo il corretto e puntuale funzionamento del sistema contabile e del sistema di rilevazione e rendicontazione dei costi, con il fine di garantire la corretta gestione del sistema economico, finanziario e fiscale dell'Azienda;

i) individuando i punti di riferimento aziendali preposti ad attuare le azioni correttive suggerite o richieste dall'Unione o dagli organismi/istituzioni preposti al controllo dei livelli di qualità della gestione sviluppata dall'Azienda, a cui partecipano anche rappresentanti degli/delle utenti.

j) Attuando gli adeguamenti che si ritenessero necessari per fronteggiare nuove esigenze di servizio;

k) promuovendo il coinvolgimento di soggetti del terzo settore, quali risorse che concorrono al raggiungimento degli obiettivi generali di





servizio e di assistenza che l'Azienda si prefigge, attraverso regole e

Convenzioni concordate con l'Azienda stessa;

l) favorendo l'apporto ed il coinvolgimento delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali.


6. Al fine di promuovere il coinvolgimento, la partecipazione e la collaborazione di soggetti terzi e della cittadinanza e delle sue forme associate nel raggiungimento delle proprie finalità di servizio, per quanto attiene agli aspetti gestionali, l'Azienda promuove la costituzione di organismi di partecipazione che favoriscano la solidarietà della cittadinanza e le attività di volontariato locale (che cooperano nell'erogazione dei servizi e rappresentano gli interessi degli/delle utenti) con la finalità di contribuire al miglioramento della qualità dei servizi. Il Consiglio di Amministrazione istituirà gli organismi e le forme di partecipazione ritenute necessarie, definendone la composizione, le modalità di costituzione e di funzionamento. Per quanto attiene invece agli aspetti di programmazione dei servizi, di progettazione partecipata ed individuazione delle priorità del sistema integrato socio-sanitario del territorio, l'Azienda partecipa attivamente ai percorsi di coprogettazione partecipata, programmazione socio-sanitaria e concertazione sindacale relativa al Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale.

Art. 4 - Gestione dei servizi e delle attività

1. Le modalità di erogazione dei servizi conferiti all'Azienda dall'Unione sono regolate da apposito contratto di servizio.

2. L'Azienda esercita la gestione dei servizi in forma diretta, per mezzo della propria struttura organizzativa e, tenuto conto delle convenienze tecniche ed





economiche, anche attraverso l'acquisto di servizi e prestazioni, o tramite Accordi di partecipazione ad istituzioni non lucrative, o ancora attraverso la concessione di servizi a soggetti terzi.

3. Nella gestione dei servizi, l'Azienda può instaurare, in via sussidiaria e non suppletiva, rapporti con il volontariato locale, secondo le modalità previste dalle norme vigenti in materia.

4. L'Azienda può partecipare ad Enti, Società e Associazioni, ai sensi delle vigenti norme.

5. L'Azienda richiede l'accreditamento per i servizi e le prestazioni che produce ed organizza, se ed in quanto tenuta a norma di Legge.

Art. 5 - Durata

1. L'Azienda ha durata sino al 31.12.2030.

2. L'estinzione dell'Azienda è disposta con deliberazione del Consiglio dell'Unione, nel caso in cui gli scopi statutari non siano più perseguibili.

3. È facoltà dell'Unione prorogarne la durata per il tempo e secondo le condizioni stabilite con apposita deliberazione, da adottarsi entro i 6 mesi antecedenti al termine di durata di cui al primo comma del presente articolo.

4. Con il provvedimento di cui al comma 2 si dispone della liquidazione dei beni e delle attività.

Art 6 - Capitale di dotazione dell'Azienda

1. Il capitale di dotazione dell'Azienda è determinato in € 50.000,00 ed è già versato all'Azienda dai Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa. Tale capitale rimane in dotazione alla presente Azienda nell'ambito della trasformazione giuridica.



2. Il Consiglio dell'Unione può disciplinare ulteriori modalità di conferimento.



TITOLO II

GLI ORGANI

Art 7 - Gli organi

Sono organi dell'Azienda:

- il Consiglio di Amministrazione;
- il/la Presidente;
- il/la Direttore/a Generale
- l'Organo di revisione economico finanziaria.

Art 8 – Attività di indirizzo e controllo

L'Unione, in raccordo con i Comuni, esercita le funzioni di indirizzo e controllo politico-amministrativo alle quali l'Azienda deve attenersi nell'attuazione dei suoi compiti e degli obiettivi di interesse generale e pubblico che l'erogazione dei servizi è destinata a soddisfare.

Il Consiglio dell'Unione ha competenza sugli atti fondamentali sotto indicati:

- a) Statuto e modifiche statutarie
- b) nomina dell'organo di revisione economica finanziaria;
- c) Bilancio di previsione annuale pluriennale e relative variazioni;
- d) Piano-programma, comprendente un contratto di servizio che disciplini i rapporti tra Ente Locale ed Azienda Speciale;
- e) Piano degli indicatori di Bilancio;
- f) Bilancio di esercizio;
- g) Conto consuntivo;
- h) deliberazione relativa ai criteri per la determinazione delle tariffe;
- i) deliberazione relativa alla partecipazione dell'Azienda ad Enti, Società ed Associazioni;





j) Regolamenti con rilevanza esterna.

Art. 9 - Il Consiglio di Amministrazione

1. Il Consiglio di Amministrazione è l'organo esecutivo dell'Azienda e si riunisce di norma nella sede legale della stessa.

2. Il Consiglio di Amministrazione è composto da 3 componenti, compreso il/la Presidente, scelti/e tra coloro che abbiano una specifica e qualificata competenza tecnica settoriale ed amministrativa, per studi compiuti e per funzioni svolte presso Aziende od Enti, pubblici o privati.

3. Il Consiglio di Amministrazione dura in carica fino al 31/12 dell'anno solare nel quale decade la Giunta dell'Unione ed è rinnovabile una sola volta.

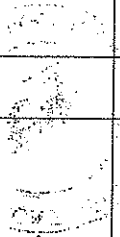
4. L'atto di nomina è assunto sulla scorta di idoneo curriculum di ciascun componente, conservato agli atti dell'Azienda.

5. La nomina del/della Presidente e dei/delle componenti del Consiglio di Amministrazione è fatta dal/dalla Presidente dell'Unione, sentita la Giunta, sulla base degli indirizzi per la nomina dei/delle rappresentanti dell'Unione presso Enti, Aziende ed Istituzione approvati dal Consiglio dell'Unione;

6. Il Consiglio di Amministrazione elegge nel suo ambito un/una Vicepresidente.

7. La nomina dei/delle componenti del Consiglio di Amministrazione deve avvenire nel pieno rispetto del principio di pari opportunità sancito dall'art. 51 della Costituzione al fine di assicurare l'eguaglianza tra i sessi nell'accesso agli Uffici pubblici ed alle cariche elettive.

Art 10 - Incompatibilità del Consiglio di Amministrazione



Si applicano ai/alle componenti del Consiglio di Amministrazione le norme previste nel Capo II "Incandidabilità, ineleggibilità, incompatibilità" del D.Lgs

18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i e dagli articoli 4, 7 e 11 del D.Lgs n. 39/2013

e s.m.i.

Art 11 - Decadenza e revoca del Consiglio di Amministrazione

1. Le dimissioni, l'accertamento dell'incompatibilità alla carica, la cessazione contemporanea, a qualsiasi titolo, di almeno due membri determinano la decadenza dell'intero Consiglio di Amministrazione.

2. Entro trenta giorni dalla data in cui si sono verificati i casi di cui al comma precedente, il/la Presidente dell'Unione convoca la Giunta per la nomina del nuovo Consiglio di Amministrazione.

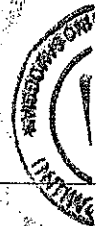
3. Nel suddetto periodo le funzioni del/della Presidente del Consiglio di Amministrazione sono assunte dal/dalla Presidente dell'Unione.

4. La revoca del Consiglio di Amministrazione, o di uno/a dei suoi membri, può essere disposta con motivato provvedimento del/della Presidente dell'Unione, anche per fatti relativi al venir meno del rapporto fiduciario sottostante l'atto di nomina.

5. I/le componenti il Consiglio di Amministrazione che non intervengono, senza giustificato motivo, a tre sedute consecutive, decadono di diritto dalla carica rivestita.

6. La decadenza è dichiarata dal/dalla Presidente dell'Unione, con apposito provvedimento di presa d'atto, su segnalazione del/della Presidente del Consiglio di Amministrazione, che vi provvede entro dieci giorni dal verificarsi della causa di decadenza.

7. Le dimissioni dalla carica di Presidente e di componente del Consiglio di Amministrazione sono presentate dagli/dalle stessi/e al/alla Presidente dell'Unione, non necessitano di presa d'atto e diventano efficaci una volta





adottata dal/dalla Presidente stesso/a la relativa surrogazione, che deve avvenire entro venti giorni dalla data di presentazione delle dimissioni.

8. I/le componenti rendono note le loro dimissioni, per conoscenza, al/alla Presidente del Consiglio di Amministrazione.

9. L'eventuale surrogazione dei/delle componenti avviene con le stesse modalità previste per la nomina.

10. I/le componenti il Consiglio di Amministrazione che surrogano i/le componenti anzitempo cessati/e dalla carica per qualsiasi causa esercitano le loro funzioni limitatamente al periodo in cui sarebbero rimasti/e in carica i/le loro predecessori/e.

Art 12 - Divieto di partecipazione alle sedute

1. I/le componenti il Consiglio di Amministrazione non possono prendere parte a sedute in cui si discutano o si deliberino atti o provvedimenti nei quali abbiano interesse personale essi/e stessi/e, loro coniugi o parenti ed affini entro il quarto grado.

Art 13 - Funzionamento del Consiglio di Amministrazione

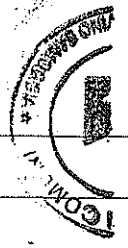
Il Consiglio di Amministrazione è l'organo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dal Consiglio dell'Unione, individuando le strategie e gli obiettivi della gestione.

Ad esso competono in particolare, oltre agli atti indicati al primo comma i seguenti atti:

a) proposta alla Giunta dell'Unione delle misure delle tariffe per la fruizione dei servizi gestiti ordinariamente ed in via continuativa, ad eccezione dei servizi accreditati;

c) proposta di modifiche statutarie da sottoporre al Consiglio dell'Unione;





d) adozione di qualsiasi Regolamento o Provvedimento avente contenuto esclusivamente organizzativo delle attività e delle strutture, su proposta del/della Direttore/a e nel rispetto di quanto previsto dal CCNL preso a riferimento per il personale dell'Azienda.

e) decisione in ordine alle azioni da intentare e sostenere in giudizio di qualsiasi grado, nonché ai ricorsi amministrativi e giurisdizionali, agli arbitrati e alle transazioni;

f) determinazione delle risorse umane necessarie e del Piano-programma delle assunzioni, dopo aver acquisito il parere favorevole dell'Unione;

g) proposta di piano di rientro ogni qualvolta si determini una perdita di esercizio eccedente il fondo di riserva;

h) adozione di tutti i provvedimenti necessari alla gestione amministrativa dell'Azienda che non siano riservati dallo Statuto al Consiglio dell'Unione o al/alla Direttore/a;

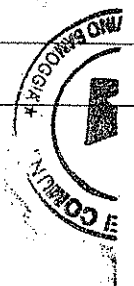
i) nomina e revoca del/della Direttore/a e del/della suo/a Vice.

j) determinazione dell'indirizzo gestionale ed amministrativo e controllo sulle linee della gestione operativa di competenza del/della Direttore/a;

Ai/alle componenti del Consiglio di Amministrazione viene corrisposto un rimborso spese/gettone ove previsto dalla Legge e nei limiti stabiliti dalla stessa.

Art 14 - Convocazione

1. Di norma il Consiglio di Amministrazione si riunisce nella sede dell'Azienda o in altro luogo indicato nell'avviso di convocazione, e comunque secondo le forme indicate nel Regolamento di funzionamento del Consiglio di Amministrazione predisposto dal/dalla Presidente dello stesso



Consiglio di Amministrazione e approvato dalla Giunta dell'Unione.

Art 15 – Il/la Presidente del Consiglio di Amministrazione

1. Il/la Presidente ha la rappresentanza legale dell'Azienda di fronte a terzi ed in giudizio.

2. Spetta inoltre al/alla Presidente:

a) convocare il Consiglio di Amministrazione e presiederne le sedute;

b) decidere e disporre, in casi urgenti, su qualunque materia di competenza del Consiglio di Amministrazione, anche se esula dalle sue normali attribuzioni, salvo ratifica dello stesso Consiglio di Amministrazione;

c) dare impulso affinché vengano attuate le finalità previste dallo Statuto e dagli atti di indirizzo e programmazione emanati dagli organi dell'Unione;

d) vigilare sull'esecuzione delle deliberazioni adottate dal Consiglio di Amministrazione;

e) vigilare sull'andamento gestionale dell'Azienda e sull'operato del/della Direttore/a;

f) firmare i verbali di deliberazione del Consiglio di Amministrazione;

g) esercitare ogni altra delega demandatagli dal Consiglio di Amministrazione.

Art 16 - Sostituzione del Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione è sostituito dalla Giunta dell'Unione nei casi in cui non sia in grado di deliberare per effetto di una qualunque delle cause indicate nei precedenti articoli del presente Statuto o per altro legittimo motivo.

Art 17 – Il/la Direttore/a

1. Il/la Direttore/a dell'Azienda è responsabile della gestione aziendale e del

raggiungimento degli obiettivi definiti dal Consiglio di Amministrazione, anche attraverso l'utilizzo delle risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate dal medesimo.

2. L'incarico di Direttore/a è conferito a tempo determinato ai sensi delle disposizioni nel tempo in vigore. La durata del rapporto non può eccedere quella del mandato del Consiglio di Amministrazione in carica al momento del conferimento.

3. L'incarico di Direttore/a è conferito a seguito di procedura selettiva tesa a verificare la sussistenza di esperienze tecniche e/o gestionali inerenti le materie di responsabilità attribuite alla posizione ed esperienze di direzione maturate in Enti pubblici o privati di almeno 5 anni.

4. La scelta del/della Direttore/a e la revoca dello stesso è operata dal Consiglio di Amministrazione.

5. Il trattamento economico del/della Direttore/a è definito dal Consiglio di Amministrazione sulla base del Contratto Nazionale dei/delle dirigenti di Enti Locali.

Art 18 - Attribuzioni del/della Direttore/a

1. Il/la Direttore/a adotta gli atti necessari all'espletamento del mandato, nel rispetto degli obiettivi stabiliti dal Consiglio di Amministrazione.

2. Il/la Direttore/a svolge tutte le attività gestionali e tecnico manageriali anche a rilevanza esterna che, dalla Legge, dallo Statuto, dalla Convenzione o dai Regolamenti non sono espressamente riservate ad altri soggetti.

3. Tra le attribuzioni, il/la Direttore/a:

a) cura l'attuazione delle deliberazioni del Consiglio di Amministrazione;

b) formula le proposte al Consiglio di Amministrazione in ordine a



VALLI DEL RESSO

Regolamenti di rilevanza interna;

- c) cura la predisposizione degli atti dell'Azienda per la presentazione agli organi competenti, ai fini delle successive deliberazioni/adozioni;
- d) partecipa alle riunioni del Consiglio di Amministrazione e ne cura la redazione dei verbali, anche tramite dipendente collaboratore/trice;
- e) affida attività e/o servizi mediante Convenzione o altro strumento giuridico di natura contrattuale;
- f) stipula contratti, accordi, convenzioni o atti di intesa con le istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale e/o altri Enti pubblici e privati;
- g) accetta lasciti o donazioni di beni mobili per conto dell'Azienda;
- h) approva i progetti ed i programma esecutivi;
- i) predispone metodi e strumenti idonei all'implementazione dei controlli interni in un'ottica di trasparenza e di accessibilità totale;
- j) ha la direzione degli uffici e dei servizi ed adotta tutti i provvedimenti inerenti l'Amministrazione e la gestione del personale dipendente
- k) adotta i provvedimenti di assegnazione degli incarichi di lavoro e di gestione del ciclo della performance e del miglioramento dell'efficacia e della produttività dell'apparato;
- l) adotta tutti i provvedimenti inerenti il processo della spesa non attribuiti ad altri organi;
- m) presiede le Commissioni di gara;
- n) adotta gli atti di disposizione relativi al patrimonio dell'Azienda;
- o) rappresenta l'Azienda nelle relazioni con le Organizzazioni Sindacali nonché con tutti i soggetti esterni;
- p) decide e dispone, in casi di indifferibile urgenza, su qualunque



materia di natura gestionale, anche se esula dalle sue normali attribuzioni, salvo ratifica del Consiglio di Amministrazione.

Art 19 – Il/la Revisore/a dei conti

Organo di controllo dell'Azienda è il/la Revisore/a Unico dei conti, nominato/a dal Consiglio dell'Unione.

Non può ricoprire la carica di Revisore/a chi si trova in uno dei casi di ineleggibilità e incompatibilità di cui all'art. 236 del D.Lgs. n.267/2000 e s.m.i..

Spetta al/alla Revisore/a la verifica sul Bilancio annuale e sulla contabilità sociale, nonché il giudizio sulla correttezza del Bilancio medesimo.

Ove riscontri gravi irregolarità nella gestione dell'Ente, ne riferisce immediatamente al Consiglio di Amministrazione e al Consiglio dell'Unione.

Il trattamento economico annuo da attribuire al/alla Revisore/a è determinato dal/dalla Presidente dell'Unione, sentita la Giunta dell'Unione, e non può superare il 50% dell'importo spettante all'organo di revisione del Comune più popoloso dell'Unione.

Il/la Revisore/a dura in carica tre anni a decorrere dalla data di esecutività della delibera ed è rieleggibile una sola volta.

Il/la Revisore/a cessa dalla carica per scadenza dell'incarico e per dimissioni.

Il/la Revisore/a non è revocabile salvo che:

- a) per gravi violazioni delle norme dello Statuto o della Legge;
- b) per inadempienza e in particolare per la mancata redazione dell'apposita relazione che deve accompagnare la proposta di deliberazione del Consiglio dell'Unione del rendiconto della gestione.

Il provvedimento di revoca è adottato dal Consiglio dell'Unione.



TITOLO III

ORGANIZZAZIONE DEGLI UFFICI E DEI SERVIZI

Art 20 - Principi

1. L'attività amministrativa dell'Azienda è improntata al rispetto di criteri di efficacia, di efficienza, di economicità e si svolge nel rispetto del principio di distinzione tra compiti politici di indirizzo e di controllo, riservati agli organi di governo, e compiti di gestione tecnica, amministrativa ed economico-finanziaria, riservati alla struttura organizzativa a livello tecnico.

2. L'Azienda riconosce nell'apporto professionale degli/delle operatori/trici un fattore determinante per la qualità dei servizi alla persona. A tal fine:

a) coinvolge gli/le operatori/trici nella elaborazione delle strategie aziendali e nella definizione di procedure e interventi validi e sostenibili;

b) promuove la formazione degli/delle operatori/trici attraverso il Piano annuale della Formazione come strumento di qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi, per favorire l'integrazione professionale e lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale;

c) favorisce l'apporto ed il coinvolgimento delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali e lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa.

Art 21 - Il Regolamento di organizzazione

1. L'organizzazione dell'Azienda è disciplinata con apposito Regolamento d'organizzazione, adottato dal Consiglio di Amministrazione. Tale Regolamento norma gli aspetti attinenti all'operatività ed alla funzionalità delle strutture, alla gestione delle risorse umane, strumentali ed economico-finanziarie, alla pianificazione ed alla programmazione del lavoro, ai modi di



erogazione dei servizi e dei prodotti, alla relazione tra gli organi e gli altri soggetti dell'Amministrazione, nonché al controllo, alla verifica ed alla valutazione delle performance. Disciplina, altresì, la procedure di selezione e di avviamento al lavoro, i requisiti di accesso e le modalità d'assunzione agli impieghi presso l'Azienda.

Art 22 - Responsabili degli uffici e dei servizi

Il/la Direttore/a, ferma restando la sua complessiva responsabilità gestionale, individua i/le Responsabili degli uffici e dei servizi nell'ambito del contingente di personale disponibile. Il/la Direttore/a può, sotto la sua responsabilità, delegare ad uno/a o più Responsabili dei servizi alcune delle proprie funzioni nonché il potere di firma di atti che comportino impegni per l'Azienda.

Art 23 - Personale

1. Per l'esercizio delle proprie funzioni e per la realizzazione delle proprie attività l'Azienda si avvale di personale dipendente e delle altre forme contrattuali previste dalla normativa vigente; in caso di conferimento di nuovi servizi da parte dell'Unione si avvale altresì del personale eventualmente messo a disposizione dall'Unione o dai Comuni afferenti alla stessa, all'atto del conferimento.

2. Al personale assunto dall'Azienda si applica il CCNL del comparto Regioni ed Autonomie Locali.

3. L'Azienda si dota triennialmente di un Piano delle Azioni Positive, con l'obiettivo di attuare pari opportunità lavorative per tutti/e i/le dipendenti e promuovere il benessere professionale.

4. Le procedure di selezione e di avviamento al lavoro, i requisiti di accesso e le modalità di assunzione agli impieghi presso l'Azienda sono disciplinati



nell'ambito del Regolamento di organizzazione di cui all'articolo 33 e sulla base di quanto previsto dal D.Lgs n. 165 del 2001 e successive integrazioni e modificazioni.

TITOLO IV

PROGRAMMAZIONE, BILANCI, FINANZA, CONTABILITÀ, CONTRATTI

Art 24 - Contabilità e Bilancio

1. L'Azienda applica le regole e le norme contabili dettate dalla specifica normativa in materia di Aziende Speciali e dal Codice Civile.

2. I documenti contabili fondamentali sono:

- Il Piano-programma, comprendente il contratto di servizio che disciplina il rapporto tra Unione e Azienda;
- Il Bilancio preventivo, triennale ed annuale
- Il Bilancio di esercizio
- Il piano degli indicatori di Bilancio.

Tali documenti e gli allegati previsti dalla Legge sono approvati dal Consiglio dell'Unione ai termini di Legge.

Art 25 - Contratto di servizio

Tra l'Unione e l'Azienda vengono stipulati Contratti di servizio mediante i quali dare attuazione operativa al Piano-programma di cui al successivo art. 30, anche individuando strumenti tecnici comuni, insieme all'Azienda Unità Sanitaria Locale per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria.

Il contratto di servizio disciplina i rapporti finanziari, gli obblighi e le garanzie rispettivamente assunti, la durata dell'affidamento, l'individuazione degli standard qualitativi e quantitativi del servizio, le modalità di risoluzione del



contratto e della revoca del servizio da parte dell'Unione. La disciplina dei rapporti finanziari nell'ambito dei Contratti di cui sopra tiene conto di eventuali Accordi tra Regione ed Autonomie Locali per la definizione delle rette e tariffe delle prestazioni e dei servizi socio-sanitari. Ciascun contratto di servizio è predisposto in accordo con l'Unione e sottoscritto dal/dalla Direttore/a nel rispetto dei vincoli di programmazione e del Bilancio.

Nel contratto di servizio vengono inoltre definiti:

- la tipologia, natura, dimensioni e caratteristiche dei servizi gestiti per l'Unione;
- i livelli minimi essenziali di prestazioni e gli standard di qualità da raggiungere e da garantire in relazione ai servizi affidati;
- le modalità e i tempi di versamento di trasferimento all'Azienda, da parte dell'Unione dei Comuni, delle risorse economiche per garantire il funzionamento dei servizi;
- le modalità di controllo e verifica della qualità dei servizi;
- l'utilizzo da parte dell'Unione e dell'Azienda di beni immobili e mobili di proprietà dei Comuni;
- la predisposizione di una contabilità analitica distinta per ciascun servizio affidato, raggruppata per ambiti territoriali;
- le modalità organizzative dei servizi affidati;
- modalità e tempistica per la presentazione della proposta degli atti fondamentali;
- modalità e tempistica della rendicontazione;
- modalità di utilizzo delle banche dati necessarie per l'erogazione dei servizi;



- ogni altro elemento necessario per un'efficace e puntuale erogazione dei servizi affidati.

Art 26 - Finanza

1. Le entrate dell'Azienda sono costituite da:

- a. conferimenti di capitale da parte dell'Unione;
- b. trasferimenti dell'Unione in relazione alle materie attribuite;
- c. contributi dallo Stato, dalla Regione, da altri Enti pubblici o da Enti o soggetti privati;
- d. contributi a specifica destinazione;
- e. proventi derivanti da tariffe, per servizi o prestazioni a totale o parziale carico degli/delle utenti o di altri soggetti acquirenti
- f. prestiti o accensioni di mutui
- g. donazioni

2. L'Unione trasferisce le risorse all'Azienda sulla base delle effettive disponibilità messe a disposizione dai Comuni eventualmente integrate da altre fonti di finanziamento.

Art 27 - Patrimonio

1. Il patrimonio dell'Azienda è costituito dai conferimenti di beni mobili ed immobili impiegabili per il perseguimento degli scopi dell'Azienda, effettuati dai Comuni o dall'Unione, ovvero dalle acquisizioni successive, anche per effetto di donazioni.

2. È d'obbligo la tenuta dell'inventario della consistenza dei beni mobili ed immobili dell'Azienda, nonché gli altri adempimenti in materia di patrimonio della Pubblica Amministrazione. L'inventario, aggiornato annualmente, è allegato al Bilancio di esercizio.



3. Il patrimonio dell'Azienda è valorizzato, anche con strumenti innovativi e attraverso modelli di partenariato pubblico-privato.

Art 28 - Disciplina generale dei contratti

1. L'Azienda assoggetta la propria attività alla disciplina degli appalti e delle concessioni della Pubblica Amministrazione.

2. Relativamente all'acquisizione di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria si dota di un apposito Regolamento per l'acquisizione in economia di lavori, servizi e forniture, nonché soddisfa gli obblighi previsti dalla normativa in materia di acquisizioni mediante o strumenti analoghi.

3. L'Azienda inoltre, per specifiche forniture, si riserva di operare con moduli innovativi (es. accreditamento), con forme di partenariato pubblico-privato e con soluzioni di affidamento innovative (Accordi quadro), nel rispetto della normativa vigente.

Art 29 - Sistema informativo contabile, avanzi e disavanzi di gestione

1. L'Azienda adegua la disciplina del Bilancio e della gestione economico-finanziaria e contabile ai principi e alle previsioni contenuti nelle vigenti disposizioni normative riguardanti gli Enti non commerciali, attraverso l'adozione, da parte del Consiglio di Amministrazione di un apposito Regolamento.

2. In particolare il sistema informativo contabile dell'Azienda è costituito da:

- contabilità economico patrimoniale;
- sistema di budget;
- sistema di contabilità analitica per l'analisi dei costi dei rendimenti e dei risultati.

3. Gli avanzi di gestione devono essere utilizzati unicamente per sviluppare



VALIDE

le attività ed i servizi previsti dal presente Statuto, per ridurre i costi delle prestazioni, per conservare il patrimonio o per alimentare o incrementare la dotazione di fondi a rischio o, se istituito, di solidarietà.

4. Qualora si accertino squilibri nella gestione del Bilancio di esercizio in corso, che possono determinare situazioni deficitarie, il/la Direttore/a propone immediatamente al Consiglio di Amministrazione i provvedimenti necessari. Dei possibili squilibri di gestione e dei provvedimenti messi in atto viene data immediata comunicazione alla Giunta dell'Unione.

5. Le eventuali perdite di gestione debbono essere ripianate prioritariamente con fondi propri dell'Azienda; in ultima istanza, dall'Unione che ripartirà le perdite suddette tra i Comuni secondo modalità stabilite con atto deliberativo del Consiglio dell'Unione.

Art 30 - Piano-programma

1. Il Piano-programma, è adottato dal Consiglio dell'Unione secondo i termini stabiliti per l'approvazione del Bilancio, con riferimento ai tre esercizi successivi e deve fissare in termini quali-quantitativi, le strategie e gli obiettivi aziendali, articolati in programmi e progetti; dal Piano-programma dovrà risultare quanto di seguito indicato:

- caratteristiche e requisiti delle prestazioni da erogare;
- risorse finanziarie ed economiche necessarie alla realizzazione degli obiettivi del Piano-programma;
- priorità di intervento, anche attraverso l'individuazione di appositi progetti;
- modalità di attuazione dei servizi erogati e modalità di coordinamento con gli altri Enti del territorio;



- indicatori e parametri per la verifica;
- eventuale piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare;
- programma degli investimenti;
- politiche del personale con particolare riferimento alla formazione, alla programmazione dei fabbisogni delle risorse umane ed alle modalità di reperimento delle stesse.
- Il Piano-programma dovrà trovare necessario collegamento con il Piano della Performance aziendale e con quello dell'Anticorruzione e Trasparenza

Art 31 - Controllo di gestione

1. L'Azienda utilizza strumenti e procedure idonee a garantire un costante ed approfondito controllo dei fatti gestionali al fine di avere piena conoscenza del rapporto costi-risultati.

2. Sulla gestione sono istituite forme di controllo interne, e cioè:

- controllo finanziario, per verificare la persistenza dell'equilibrio di Bilancio;
- controllo economico, per verificare la rispondenza, in termini di costi/ricavi, della gestione riferita ai progetti ed ai programmi approvati dal Consiglio dell'Unione;
- controllo strategico, per monitorare e verificare periodicamente l'impiego ottimale del personale e dei mezzi finanziari disponibili rispetto agli obiettivi dati;
- controllo sulla qualità dei servizi erogati

3. Oggetto del controllo di gestione sono gli obiettivi individuati dal Consiglio dell'Unione in sede di programma e gli eventuali interventi organizzati per



VALLI DEL RENO

conseguire i risultati prefissati.

4. Spetta al/alla Direttore/a predisporre e realizzare ogni attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Azienda.

Art 32 - Servizio di cassa

1. L'Azienda si avvale del servizio di cassa svolto da un Istituto bancario a ciò autorizzato e regolato da una apposita convenzione o contratto, previo svolgimento della procedura ad evidenza pubblica secondo quanto previsto dalle normative vigenti in materia.

TITOLO V

NORME GENERALI E FINALI

Art 33 - Modifiche statutarie

Le modificazioni al presente Statuto sono votate dal Consiglio dell'Unione con le modalità indicate nel Titolo II.

Art 34 - Norma di rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente Statuto si rinvia alle normative vigenti e alle vigenti disposizioni in materia di Aziende Speciali.

TITOLO VI

NORME TRANSITORIE

Art. 35 - Atti regolamentari

Entro dodici mesi dall'entrata in vigore del presente Statuto, il Consiglio di Amministrazione provvede per quanto di competenza all'adeguamento alle norme statutarie dei Regolamenti in vigore.

Art. 36 - Continuità amministrativa

Nella considerazione che l'Azienda Servizi per la Cittadinanza "InSieme" Azienda Speciale Interventi Sociali Valli del Reno Lavino e Samoggia, per

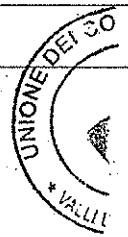
VALLI DEL RENO



l'esecuzione delle funzioni conferite, deriva dalla trasformazione giuridica dell'Azienda Speciale Consortile già in essere tra i medesimi Comuni denominata "InSieme" Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia, essa subentra in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi già pendenti in capo all'Azienda Speciale Consortile.

Restano in vigore tutti gli atti, Contratti e Regolamenti, per quanto compatibili, dell'Azienda Speciale Consortile "InSieme" Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia sino alla modifica degli stessi.

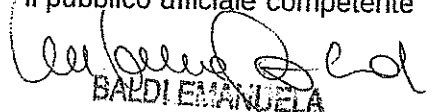
Presidente e Consiglio di Amministrazione uscente restano in carica fino alla nomina e all'insediamento dei nuovi organi.





Il sottoscritto funzionario pubblico attesta, in ottemperanza al Codice dell'Amministrazione Digitale (D. Lgs. 82/2005 e s.m.i.), la conformità del presente atto riprodotto in modalità cartacea all'originale redatto in modalità digitale che è stato predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle vigenti regole tecniche.

Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia, 29/12/2015

Il pubblico ufficiale competente

BALDI EMANUELA



VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE
N° 55 DEL 17/12/2015

Adunanza ordinaria in PRIMA convocazione

OGGETTO: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME-AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" DETENUTA DAL COMUNE DI SASSO MARCONI, ALL' UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

L'anno duemilaquindici il giorno diciassette del mese di Dicembre alle ore 18:00, in SASSO MARCONI nella sala delle adunanze, previa l'osservanza di tutte le formalità prescritte dalla vigente normativa, vennero oggi convocati a seduta i componenti del Consiglio comunale.

Sono presenti all'appello:

MAZZETTI STEFANO	Sindaco	Presente
BASSI LAURA	Consigliere	Presente
BIGNAMI CLAUDIO	Consigliere	Presente
DONATI RAFFAELA	Consigliere	Presente
DUCCI GIANLUCA	Consigliere	Assente
FELIZIANI FEDERICO	Consigliere	Presente
LENZI MARILENA	Consigliere	Presente
MACCHIAVELLI LUCIANO	Consigliere	Presente
MARTINI SILVIA	Consigliere	Presente
MECAGNI MANILA	Consigliere	Assente
NUVOLI DAVIDE	Consigliere	Presente
RASCHI ALESSANDRO	Consigliere	Presente
CALZOLARI ENRICA	Consigliere	Presente
FORTUZZI PIETRO	Consigliere	Presente
SALAMONE EUGENIO	Consigliere	Presente
BIAGIONI LORENZO	Consigliere	Presente
FARES MASSIMILIANO	Consigliere	Assente

Presenti N. 14 Assenti N. 3

Sono inoltre presenti gli Assessori non Consiglieri RENZO CORTI, CARLA MASTRAPASQUA, MIRCO TURRINI

Assiste alla seduta il Segretario Comunale DOTT. POLI CLAUDIO il quale provvede alla redazione del presente verbale.

Essendo legale il numero degli intervenuti, MAZZETTI STEFANO assume la presidenza e dichiara aperta la seduta per la trattazione dell'oggetto sopra indicato.

Il Sindaco propone di trattare nel dibattito sia il punto 3 che il punto 4 che sono strettamente collegati. Successivamente si procederà ovviamente a votazioni distinte dei due provvedimenti.

IL CONSIGLIO COMUNALE

Premesso:

- che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 6 del 18 febbraio 2013, analogamente adottata dagli altri Comuni del distretto di Casalecchio di Reno, è stata approvata l'individuazione dell'ambito territoriale ottimale ed omogeneo per l'esercizio in forma associata delle funzioni fondamentali, ai sensi dell'art 6 della L.R. 21/12/2012 n. 21 "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza";

- che la Regione Emilia Romagna, con deliberazione di Giunta Regionale n. 286 del 18 marzo 2013 ha approvato il programma di riordino delle Unioni di Comuni e che tale programma prevedeva la costituzione dell'ambito coincidente con il distretto composto dai Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno, Monte San Pietro, Casalecchio di Reno, Zola Predosa e Sasso Marconi, denominato "Ambito Valle del Reno, del Lavino e del Samoggia";

- che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 70 del 26/11/2013, analogamente adottata negli altri Comuni dell'ambito ottimale così individuato, è stata deliberata l'adesione all'Unione denominata "Valli del Reno, Lavino e Samoggia", costituita tra i Comuni rientranti nell'ambito distrettuale, comprendente Casalecchio di Reno, Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Monte San Pietro, Castello di Serravalle, Savigno, Sasso Marconi e Zola Predosa, approvandone contestualmente lo schema di statuto e di atto costitutivo;

- che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 24 del 07/04/2014 a oggetto "Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia. Indirizzo per lo svolgimento delle funzioni in forma associata ai sensi della L.R. 21/2012" sono state individuate le funzioni da gestire in forma associata fra le quali la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali;

- che con atto costitutivo in data 23 dicembre 2013 repertorio nr. 17/2013 dell'Unione, i Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno (dal 01/01/2014 Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei cinque comuni) Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi e Zola Predosa hanno costituito l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia, in conformità all'art. 32 TUEL, all'art. 14 d.l. 78/2010 e succ. modif. e alla L.R. 21/2012;

Atteso :

- che con atto in data 13 novembre 2009, repertorio n. 11996 del Comune di Casalecchio di Reno, i nove Comuni del Distretto hanno sottoscritto una convenzione per la partecipazione a un' Azienda Speciale di tipo consortile, individuata quale forma organizzativa più idonea per l'esercizio associato delle funzioni in ambito socio-assistenziale, socio-sanitario integrato e socio-educativo, convenzione successivamente integrata in data 19 dicembre 2013 con atto repertorio n. 12096 per adeguamento del patrimonio e delle quote di rappresentanza a seguito della fusione dei Comuni di Bazzano, Crespellano, Castello di Serravalle, Monteveglio e Savigno nel nuovo Comune di Valsamoggia;

- che con atto a ministero notaio Rita Merone in data 27/11/2009 Repertorio n. 46.391 Raccolta n. 22.021, registrato all'Agenzia delle Entrate – Ufficio Territoriale di Bologna 3 – il 9 dicembre 2009 al n. 13956, i Comuni, ai sensi degli artt. 31 e 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, hanno costituito un'Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "InSieme Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia", con sede in Casalecchio di Reno (BO), via Cimarosa n. 5/2, e adottato il relativo Statuto;

- che al momento della costituzione dell'Azienda i Comuni partecipanti hanno provveduto al conferimento delle quote di capitale di dotazione di loro competenza, come di seguito determinate all'art. 5 dell'atto costitutivo conformemente ai criteri di ripartizione di cui all'art. 7 dello Statuto :

Comune	Quota	Percentuale
Bazzano	€ 4.357,25	8,72 %
Casalecchio di Reno	€ 10.952,42	21,90 %
Castello di Serravalle	€ 3.887,21	7,78 %
Crespellano	€ 4.995,24	9,99 %
Monte San Pietro	€ 5.320,50	10,64 %
Monteveglia	€ 3.996,55	7,99 %
Sasso Marconi	€ 6.158,18	12,32 %
Savigno	€ 3.440,56	6,88 %
Zola Predosa	€ 6.892,09	13,78 %
Totale	€ 50.000,00	100,00%

e che tali quote sono state integralmente sottoscritte e versate dai Comuni ;

- che con legge Regione Emilia Romagna n. 1 del 07/02/2013 e' stato istituito a decorrere dal 01 gennaio 2014 il Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglia e Savigno;

- che lo Statuto è stato successivamente modificato con apposito atto a ministero del medesimo notaio Rita Merone in data 19/12/2013 Repertorio n. 53.822 raccolta 25.981 registrato all'Agenzia delle Entrate – Ufficio Territoriale di Bologna 2.– il 20 dicembre 2013 al n. 20436;

Viste:

- la Legge Regionale dell'Emilia-Romagna 26 luglio 2013 n. 12 del "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona" e successive modifiche, che prevede in particolare:
- la conferma, in ordine all'ambito territoriale nel quale gli Enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano le funzioni di regolarizzazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari, di quanto già previsto nella disciplina e negli atti di programmazione regionale, individuandolo nel Distretto 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 " Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- che in ogni ambito territoriale così definito venga individuata un'unica forma pubblica di gestione di tali servizi garantendo adeguatezza gestionale, efficienza ed economicità delle forme pubbliche di gestione che verranno individuate, mediante la riorganizzazione e la razionalizzazione dei fattori produttivi;
- la successiva deliberazione della Giunta Regionale del 16 dicembre 2013 n. 1982 avente a oggetto " Legge regionale 26 luglio 2013 n. 12. Primo provvedimento della Giunta Regionale" che contiene criteri applicativi e disposizioni operative per l' applicazione della Legge regionale;

Vista la deliberazione di Consiglio Comunale del 07/04/2014 n. 25, a oggetto "Legge Regionale 26 luglio 2013 n. 12: Programma di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Indirizzi per l'ambito distrettuale di Casalecchio di Reno" analogamente adottata dagli altri Comuni dell'Unione, la quale:

- ha riconfermato la volontà della gestione ed erogazione dei servizi socio-sanitari in forma associata tramite Insieme- Azienda Consortile interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia, di seguito denominata, per brevità, ASC Insieme ;
- ha previsto che entro il 31/12/2014 i Comuni costituenti l'Unione avrebbero provveduto a ridefinire, con apposita convenzione, le modalità della governance e della programmazione e gestione del sistema complessivo dei servizi sociali e socio-sanitari, in coerenza con quanto stabilito nel Sistema di governance previsto all' art. 49 dello statuto dell'Unione;

Richiamate:

- la deliberazione di Consiglio Comunale n. 77 del 17/12/2014, analogamente adottata dagli altri Comuni dell'Unione, mediante la quale il Comune di Casalecchio di Reno ha formalmente conferito all'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia le funzioni di programmazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, nonché del Coordinamento Pedagogico sovracomunale, approvando la relativa convenzione che ne disciplina in maniera organica le modalità di conferimento e di esecuzione delle funzioni;
- la convenzione fra i Comuni e l'Unione per il conferimento delle funzioni sopra citate sottoscritta in data 29 dicembre 2014 e repertoriata al n° 16/2014 dell'Unione ;

Rilevato che la predetta convenzione prevede, in relazione ai servizi sociali e socio-sanitari:

- che in attuazione della Legge regionale n. 12/2013, l'Unione si avvarrà per la produzione e erogazione dei servizi sociali dell'Azienda Speciale dell'Unione;
- che resta valida nel corso del 2015, fino alla trasformazione in Azienda Speciale dell'Unione, la gestione dei servizi attraverso l'Azienda Speciale di tipo Consortile "Insieme", costituita dai Comuni conferenti;
- i rapporti fra l'Unione e Azienda Speciale dell'Unione saranno regolati da un contratto unico di servizio, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;

Considerato pertanto:

- che all'Unione dei Comuni sono state integralmente trasferite le funzioni di gestione, programmazione, controllo, regolazione e verifica dei servizi sociali e socio-sanitari;
- che per l'esercizio delle funzioni conferite in relazione all'erogazione dei servizi ai cittadini l'Unione deve costituire una Azienda Speciale ai sensi dell'art 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;
- che la costituzione dell'Azienda può avvenire mediante la trasformazione dell'Azienda Speciale di tipo consortile InSieme, già costituita dai Comuni conferenti, in Azienda Speciale dell'Unione,
- che a tal fine i Comuni devono cedere all'Unione stessa le quote di capitale di dotazione di "InSieme- Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia" che erano state conferite dai Comuni all'atto di costituzione dell'Azienda, come richiamato in premessa;
- che la quota di capitale conferita dal Comune di Sasso Marconi e oggetto della cessione di cui al presente atto è pari a € 6.158,18;

Atteso che la presente deliberazione è adottata in coerenza con gli atti normativi regionali, con lo Statuto dell'Unione e dando continuità agli atti di indirizzo e programmazione già assunti dai Comuni;

Dato atto:

- che la modifica di ASC InSieme da Azienda partecipata dai Comuni ad Azienda Speciale dell'Unione comporterà la necessità di revisione dello Statuto dell'Azienda e la stipulazione di un contratto unico di servizio fra l'Unione e l'Azienda Speciale, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;
- che secondo quanto previsto all'art 12 della convenzione per il conferimento all'Unione della gestione dei Servizi sociali, socio-sanitari e del Coordinamento Pedagogico, con successivo e specifico atto integrativo alla convenzione medesima, dovranno essere definite le modalità di ripartizione fra i Comuni dei costi previsti per l'erogazione dei servizi da parte dell'Azienda Speciale dell'Unione;

Ritenuto di conseguenza procedere alla cessione, a valore nominale, della quota di capitale di dotazione di Asc InSieme detenuta dal Comune di Sasso Marconi, pari ad € 6.158,18, all'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia;

Precisato che la cessione della quota troverà la sua evidenza nel bilancio finanziario del Comune e conseguentemente nel conto del patrimonio del Comune;
Ritenuto inoltre di conferire al Consiglio dell'Unione le linee di indirizzo in ordine alla trasformazione societaria e conseguente revisione dello Statuto di InSieme Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia”;

Visto il parere favorevole espresso con relazione in data 23.11.2015 dall'Organo di revisione economico-finanziaria ai sensi dell'art. 239, primo comma, lettera b) n. 2, del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;

Udita l'illustrazione del provvedimento fatto dall'Assessore Mastrapasqua.
Uditi gli interventi dei consiglieri:

Salamone (Un'altra Sasso): del punto si è discusso ampiamente in commissione e ciò è indubbiamente positivo. Abbiamo sempre valutato positivamente il funzionamento di Asc Insieme come Azienda consortile. Ciò ci rafforza nella tesi che i servizi possono essere ben gestiti in forma associata anche senza sovrastrutture come l'Unione. Non abbiamo mai condiviso la scelta di aderire all'Unione né di cedere deleghe alla stessa. Sottolinea comunque la rilevanza del fatto che in questa circostanza l'operazione di trasformazione dell'Azienda sia stata condotta, grazie alle professionalità presenti nel nostro Comune. Preannuncia voto di astensione.

Biagioni (Sasso Libera): anche nella scorsa legislatura il gruppo Sasso Libera si era sempre espresso favorevolmente alla costituzione dell'Unione e alla gestione dei servizi a quel livello. Preannuncia voto favorevole.

Fortuzzi (Indipendente): ribadisce la sua contrarietà al passaggio in Unione delle deleghe.

Sindaco: precisa unicamente che la gestione in forma associata dei servizi sociali è prevista da una legge regionale e che dichiararsi contrario al passaggio delle deleghe equivale a sostenere che le leggi non vanno rispettate.

Dato atto che ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs 18 agosto 2000, n 267, sono stati acquisiti ed allegati alla presente deliberazione di cui costituiscono parte integrante e sostanziale, i pareri in ordine alla regolarità tecnica e contabile espressi favorevolmente dai Responsabili del servizio interessato;

Visto il D.Lgs 18 agosto 2000, n 267, nonché le vigenti disposizioni di legge ad esso compatibili;

Presenti n.14

Con 11 voti favorevoli e 1 voto contrario (Fortuzzi) essendosi astenuti i consiglieri Salamone e Calzolari

DELIBERA

- 1) di procedere, per le motivazioni esposte in premessa, alla cessione a valore nominale della quota di capitale di dotazione di InSieme- Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia detenuta dal Comune di Sasso Marconi, pari ad € 6.158,18, all'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia;
- 2) di conferire al Consiglio dell'Unione le seguenti linee di indirizzo in ordine alla trasformazione da Azienda Speciale consortile dei Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa ad Azienda Speciale dell'Unione Valli del Reno Lavino e Samoggia e alla conseguente revisione dello Statuto:

- lo Statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione dovrà essere adeguato con particolare riferimento alle norme previste all'art 114 del TUEL 267/2000 e al complesso normativo che disciplina la materia in ordine ai controlli, piano della performance, anticorruzione e trasparenza. In particolare:
 - a) verranno ridefiniti gli organi e le competenze in capo ai medesimi;
 - b) verranno definiti gli atti fondamentali di programmazione dell' Azienda speciale e definiti i rapporti con gli organi dell'Unione (Consiglio e Giunta);
- la trasformazione societaria avverrà senza soluzione di continuità e pertanto tutti gli atti, contratti e regolamenti, per quanto compatibili, di "Insieme- Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia" restano in vigore sino alla modifica degli stessi;
- i rapporti fra Unione e Comuni in merito al funzionamento dell'Azienda Speciale dell'Unione saranno oggetto di apposito atto integrativo alla convenzione fra Unione e Comuni per il conferimento delle funzioni socio-sanitarie;
- l'Azienda Speciale dell'Unione manterrà la natura di ente pubblico non economico strumentale dell'Unione;
- 3) di dare atto che i Consigli Comunali dei restanti Enti conferenti procederanno all'adozione di analoga deliberazione e che il Consiglio dell'Unione provvederà con proprio atto al recepimento delle deliberazioni assunte dai Comuni e all'acquisizione delle quote da questi cedute.



Con successiva votazione palese dal seguente esito: 11 voti favorevoli, 1 voto contrario (Fortuzzi) e 2 astenuti (Salamone e Calzolari) si dichiara la presente deliberazione immediatamente eseguibile ai sensi dell'art.134 comma 4 del T.U. Enti Locali approvato con D.Lgs n.267/2000.

Proposta per consiglio
Consiglio

Servizio/Ufficio: Servizi sociali e Sanita'
Proposta N. 2015/43

Oggetto: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME-AZIENDA
CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA"
DETENUTA DAL COMUNE DI SASSO MARCONI, ALL' UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL
RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

ESPRESSIONE PARERI AI SENSI DELL'ART.49 COMMA 1 DEL DECRETO LEGISLATIVO 18/08/2000 N° 267.

REGOLARITA' TECNICA

FAVOREVOLE

CONTRARIO

Li 09/12/2015

Il Responsabile Area
DOTT.SSA CATI LA MONICA



REGOLARITA' CONTABILE

FAVOREVOLE

CONTRARIO

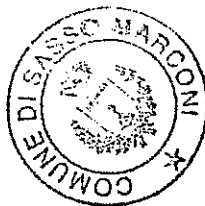
Li 9/12/2015

Il Responsabile Area Servizi Interni

[Handwritten signature]

Letto, confermato e sottoscritto

IL PRESIDENTE
MAZZETTI STEFANO



IL SEGRETARIO COMUNALE
DOTT. POLI CLAUDIO

La presente deliberazione viene pubblicata con effetto legale sul sito informatico del Comune dal **21 DIC. 2015** per 15 giorni consecutivi, ai sensi dell'art.32 Legge n.69/2009. *AP 383*



IL SEGRETARIO COMUNALE
DOTT. POLI CLAUDIO

COMUNE DI SASSO MARCONI

Autenticazione di copie di atti e documenti (Art. 18 DPR 445/2000)

La presente copia, composta di n. 2 fogli, è conforme all'originale

- emesso da questo Ufficio;
- depositato presso questo Ufficio;
- esibito dall'interessato

Data, 21 DIC. 2015



IL DIRIGENTE
Area di Staff

CLTI LA MONICA

Allegato D
Raccolta n. 9802



PER COPIA CONFORME
ORIGINALE

Deliberazione del Consiglio Comunale n. 85 del 16/12/2015

OGGETTO: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME-AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" DETENUTA DAL COMUNE DI ZOLA PREDOSA ALL'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

L'anno duemilaquindici questo giorno di mercoledì sedici del mese di dicembre alle ore 18:00 in Zola Predosa, presso la residenza comunale e nell'apposita sala delle adunanze. In seguito ad avvisi scritti, notificati a ciascun Consigliere nelle forme prescritte, si è oggi adunato il Consiglio Comunale in sessione Ordinaria, seduta Pubblica per adunanza in Prima convocazione.

Fatto l'appello risultano all'inizio della seduta:

	Presente	Assente		Presente	Assente
1 FIORINI STEFANO	X		10 BUSSOLARI LAURA	X	
2 RUSSO ERNESTO		X	11 BEGHELLI ILARIA	X	
3 BAI NORMA	X		12 NICOTRI LUCA	X	
4 DALL'OMO DAVIDE	X		13 TADDIA MASSIMO	X	
5 TORCHI PATRIZIA	X		14 LELLI STEFANO	X	
6 FOLLARI MARIO		X	15 NOBILE DOMENICO		X
7 MARTIGNONI ELISABETTA	X		16 GAMBERINI DAVIDE	X	
8 LORENZINI LUCA		X	17 BADIALI MATTEO		X
9 FAVARON FULVIO		X			

Assume la presidenza Elisabetta Martignoni, quale Presidente.

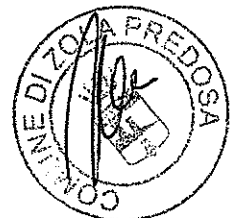
Sono nominati scrutatori i Consiglieri: TORCHI PATRIZIA, TADDIA MASSIMO, GAMBERINI DAVIDE. Partecipa in funzione di Segretario Dott.ssa Daniela Olivi, la quale provvede alla redazione del presente verbale.

Si dà atto che rispetto all'appello iniziale sono entrati i Consiglieri Russo, Follari e Badiali.

Durante la trattazione del presente punto risultano presenti n. 14 componenti.

Il Presidente dà atto della sussistenza del numero legale.

Assessori presenti: DAL SILLARO ANDREA, ANSALONI ALESSANDRO, OCCHIALI DANIELA, BUCCELLI GIUSEPPE, DEGLI ESPOSTI GIULIA.



OGGETTO: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME-AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" DETENUTA DAL COMUNE DI ZOLA PREDOSA ALL'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

IL CONSIGLIO COMUNALE

Il presente punto all'ordine del giorno, rubricato al n. 4, per completezza e maggiore chiarezza, viene, d'intesa con i componenti del Consiglio, illustrato e discusso congiuntamente al punto seguente dell'ordine del giorno, ma entrambi votati singolarmente.

Sentita la relazione dell'Ass. Daniela Occhiali illustrativa della seguente proposta di delibera:

<<Richiamati:

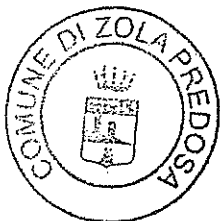
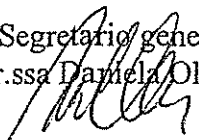
- l'art. 4 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, a norma del quale gli organi di governo esercitano le funzioni di indirizzo politico - amministrativo, definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare ed adottando gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni;
- l'art. 42 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 "Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali", che prevede le competenze del Consiglio Comunale limitandole ad alcuni atti fondamentali;

Richiamata la Delibera del Consiglio comunale n. 46 del 24.06.2015 di approvazione del Bilancio di previsione dell'esercizio 2015 e del Bilancio pluriennale per il periodo 2015-2017 ex D.P.R. n. 194/1996, del Bilancio di previsione finanziario 2015-2017 ex D.Lgs. n. 118/2011, della Relazione previsionale e programmatica 2015-2017 e del programma delle Opere Pubbliche;

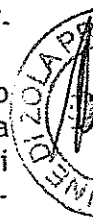
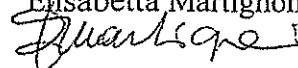
Premesso:

- che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 9 del 13 febbraio 2013, analogamente adottata dagli altri Comuni del distretto di Casalecchio di Reno, è stata approvata l'individuazione dell'ambito territoriale ottimale ed omogeneo per l'esercizio in forma associata delle funzioni fondamentali, ai sensi dell'art 6 della L.R. 21/12/2012 n. 21 "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza";
- che la Regione Emilia Romagna con deliberazione di Giunta Regionale n. 286 del 18 marzo 2013 ha approvato il programma di riordino delle Unioni di Comuni e che tale programma prevedeva la costituzione dell'ambito, coincidente con il distretto composto dai Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno, Monte San Pietro, Casalecchio di Reno, Zola Predosa e Sasso Marconi, denominato "Ambito Valle del Reno, del Lavino e del Samoggia";
- che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 81 del 23/10/2013, analogamente adottata negli altri Comuni dell'ambito ottimale così individuato, è stata deliberata l'adesione all'Unione denominata "Valli del Reno, Lavino e Samoggia", costituita tra i Comuni rientranti nell'ambito distrettuale, comprendente Casalecchio di Reno, Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Monte San Pietro, Castello di Serravalle, Savigno, Sasso Marconi e Zola Predosa, approvandone contestualmente lo schema di statuto e di atto costitutivo;
- che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 109 del 19/12/2013 a oggetto "Atto di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni in forma associata ai sensi della L.R. 21/2012" sono state individuate le funzioni da gestire in forma associata fra le quali la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali;
- che con atto costitutivo in data 23 dicembre 2013 repertorio nr. 17/2013 dell'Unione, i Co-

Il Segretario generale
Dr.ssa Daniela Olivi



Il Presidente
Elisabetta Martignoni



muni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno (dal 01/01/2014 Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei cinque Comuni), Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi e Zola Predosa hanno costituito l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia, in conformità all'art. 32 TUEL, all'art. 14 d.l. 78/2010 e succ. modif. e alla L.R. 21/2012;

Ricordato che:

- con atto in data 13 novembre 2009, repertorio n. 11996 del Comune di Casalecchio di Reno, i nove Comuni del Distretto hanno sottoscritto una convenzione per la partecipazione a un'Azienda Speciale di tipo consortile, individuata quale forma organizzativa più idonea per l'esercizio associato delle funzioni in ambito socio-assistenziale, socio-sanitario integrato e socio-educativo, convenzione successivamente integrata in data 19 dicembre 2013 con atto repertorio n. 12096 per adeguamento del patrimonio e delle quote di rappresentanza a seguito della fusione dei Comuni di Bazzano, Crespellano, Castello di Serravalle, Monteveglio e Savigno nel nuovo Comune di Valsamoggia;
- con atto a ministero notaio Rita Merone in data 27/11/2009 Repertorio n. 46.391 Raccolta n. 22.021, registrato all'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Bologna 3 - il 9 dicembre 2009 al n. 13956, i Comuni, ai sensi degli artt. 31 e 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, hanno costituito un'Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "Insieme Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia", con sede in Casalecchio di Reno (BO), via Cimarosa n. 5/2, e adottato il relativo Statuto;
- al momento della costituzione dell'Azienda i Comuni partecipanti hanno provveduto al conferimento delle quote di capitale di dotazione di loro competenza, come di seguito determinate all'art. 5 dell'atto costitutivo conformemente ai criteri di ripartizione di cui all'art. 7 dello Statuto:

Comune	Quota	Percentuale
Bazzano	€ 4.357,25	8,72 %
Casalecchio di Reno	€ 10.952,42	21,90 %
Castello di Serravalle	€ 3.887,21	7,78 %
Crespellano	€ 4.995,24	9,99 %
Monte San Pietro	€ 5.320,50	10,64 %
Monteveglio	€ 3.996,55	7,99 %
Sasso Marconi	€ 6.158,18	12,32 %
Savigno	€ 3.440,56	6,88 %
Zola Predosa	€ 6.892,09	13,78 %

Totale € 50.000,00 100,00%

e che tali quote sono state integralmente sottoscritte e versate dai Comuni;

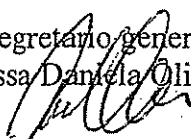
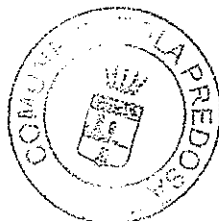
con Legge Regione Emilia Romagna n. 1 del 07/02/2013 e' stato istituito a decorrere dal 01 gennaio 2014 il Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio e Savigno;

- lo Statuto è stato successivamente modificato con apposito atto a ministero del medesimo notaio Rita Merone in data 19/12/2013 Repertorio n. 53.822 raccolta 25.981 registrato all'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Bologna 2.- il 20 dicembre 2013 al n. 20436 per adeguarlo al nuovo assetto istituzionale derivante dalla costituzione del Comune di Valsamoggia;

Richiamate:

- la Legge Regionale dell'Emilia-Romagna 26 luglio 2013 n. 12 "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona" e successive modifiche, che prevede in particolare:
 - la conferma, in ordine all'ambito territoriale nel quale gli Enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano le funzioni di regolarizzazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari, di quanto già previsto

Il Segretario generale
Dr.ssa Daniela Olivi

Il Presidente
Elisabetta Martignoni



nella disciplina e negli atti di programmazione regionale, individuandolo nel Distretto 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 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

- che in ogni ambito territoriale così definito venga individuata un'unica forma pubblica di gestione di tali servizi garantendo adeguatezza gestionale, efficienza ed economicità delle forme pubbliche di gestione che verranno individuate, mediante la riorganizzazione e la razionalizzazione dei fattori produttivi;

- la successiva deliberazione della Giunta Regionale del 16 dicembre 2013 n. 1982 avente a oggetto "Legge Regionale 26 luglio 2013 n. 12. Primo provvedimento della Giunta Regionale" che contiene criteri applicativi e disposizioni operative per l' applicazione della Legge Regionale;

Richiamata la deliberazione del Consiglio Comunale del 09/04/2014 n. 18, avente ad oggetto "Legge Regionale 26 luglio 2013 n. 12: Programma di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Indirizzi per l'ambito distrettuale di Casalecchio di Reno", analogamente adottata dagli altri Comuni dell'Unione, la quale:

- ha riconfermato la volontà della gestione ed erogazione dei servizi socio-sanitari in forma associata tramite Insieme- Azienda Consortile interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia, di seguito denominata, per brevità, ASC Insieme;
- ha previsto che, entro il 31/12/2014, i Comuni costituenti l'Unione avrebbero provveduto a ridefinire, con apposita convenzione, le modalità della governance e della programmazione e gestione del sistema complessivo dei servizi sociali e socio-sanitari in coerenza con quanto stabilito nel Sistema di governance previsto all' art. 49 dello statuto dell'Unione;

Richiamate:

- la deliberazione di Consiglio Comunale n. 93 del 10/12/2014, analogamente adottata dagli altri Comuni dell'Unione, mediante la quale il Comune di Zola Predosa ha formalmente conferito all'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia le funzioni di programmazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, nonché del Coordinamento Pedagogico sovracomunale, approvando la relativa convenzione che ne disciplina in maniera organica le modalità di conferimento e di esecuzione delle funzioni;
- la convenzione fra i Comuni e l'Unione per il conferimento delle funzioni sopra citate sottoscritta in data 29 dicembre 2014 e repertoriata al n° 16/2014 dell'Unione;

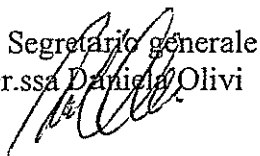
Rilevato che la predetta convenzione prevede, in relazione ai servizi sociali e socio-sanitari:

- che, in attuazione della Legge Regionale n. 12/2013, l'Unione si avvarrà per la produzione e per l'erogazione dei servizi sociali dell'Azienda Speciale dell'Unione;
- che resta valida per l'anno 2015 e fino alla trasformazione in Azienda Speciale dell'Unione, la gestione dei servizi attraverso l'Azienda Speciale di tipo Consortile "Insieme", costituita dai Comuni conferenti;
- i rapporti fra l'Unione e l'Azienda Speciale dell'Unione saranno regolati da un contratto unico di servizio, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;

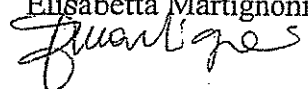
Considerato pertanto:

- che all'Unione dei Comuni sono state integralmente trasferite le funzioni di gestione, programmazione, controllo, regolazione e verifica dei servizi sociali e socio-sanitari;
- che per l'esercizio delle funzioni conferite in relazione all'erogazione dei servizi ai cittadini l'Unione deve costituire una Azienda Speciale ai sensi dell'art 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;
- che la costituzione dell'Azienda può avvenire mediante la trasformazione dell'Azienda Speciale di tipo consortile Insieme, già costituita dai Comuni conferenti, in Azienda Speciale dell'Unione;

Il Segretario generale
Dr.ssa Daniela Olivi



Il Presidente
Elisabetta Martignoni



- che, a tal fine, i Comuni devono cedere all'Unione stessa le quote di capitale di dotazione di "Insieme- Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia" che erano state conferite dai Comuni all'atto di costituzione dell'Azienda, come richiamato in premessa;
- che la quota di capitale conferita dal Comune di Zola Predosa e oggetto della cessione di cui al presente atto è pari a € 6.892,09;

Atteso che la presente deliberazione è adottata in coerenza con gli atti normativi regionali, con lo Statuto dell'Unione e dando continuità agli atti di indirizzo e programmazione già assunti dai Comuni;

Dato atto:

- che la modifica di ASC Insieme da Azienda partecipata dai Comuni ad Azienda Speciale dell'Unione comporterà la necessaria revisione dello Statuto dell'Azienda e la stipulazione di un contratto unico di servizio fra l'Unione e l'Azienda Speciale, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;
- che secondo quanto previsto all'art. 12 della convenzione per il conferimento all'Unione della gestione dei Servizi sociali, socio-sanitari e del Coordinamento Pedagogico, con successivo e specifico atto integrativo alla convenzione medesima, dovranno essere definite le modalità di ripartizione fra i Comuni dei costi previsti per l'erogazione dei servizi da parte dell'Azienda Speciale dell'Unione;

Ritenuto di conseguenza procedere alla cessione, a valore nominale, della quota di capitale di dotazione di Asc Insieme detenuta dal Comune di Zola Predosa, pari ad € 6.892,09, all'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia;

Precisato che la cessione della quota troverà la sua evidenza nel bilancio finanziario del Comune e conseguentemente nel conto del patrimonio del Comune;

Ritenuto inoltre di dettare al Consiglio dell'Unione le seguenti linee di indirizzo in ordine alla trasformazione societaria e conseguente revisione dello Statuto di Insieme Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia":

- lo Statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione dovrà essere adeguato con particolare riferimento alle norme previste all'art 114 del TUEL 267/2000 ed al complesso normativo che disciplina la materia in ordine ai controlli, piano della performance, anticorruzione e trasparenza. In particolare:
 - a) dovranno essere ridefiniti gli organi e le competenze in capo ai medesimi;
 - b) dovranno essere definiti gli atti fondamentali di programmazione dell'Azienda speciale ed i rapporti con gli Organi dell'Unione (Consiglio e Giunta);
- la trasformazione societaria dovrà avvenire senza soluzione di continuità e pertanto tutti gli atti, contratti e regolamenti, per quanto compatibili, di "Insieme- Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia" resteranno in vigore sino alla modifica degli stessi;
- i rapporti fra l'Unione ed i Comuni in merito al funzionamento dell'Azienda Speciale dell'Unione dovranno essere oggetto di apposito atto integrativo alla convenzione fra Unione e Comuni per il conferimento delle funzioni socio-sanitarie;
- l'Azienda Speciale dell'Unione dovrà mantenere la natura di ente pubblico non economico strumentale dell'Unione;

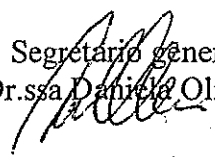
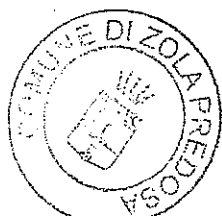
Dato atto che il presente provvedimento è stato presentato e discusso nella Commissione consiliare Servizi alla Persona del 9/12/2015;

Preso atto dei pareri di regolarità tecnica e contabile espressi dal Responsabile Coordinatore competente per materia e dal Ragioniere ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 49 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i. di seguito riportati;

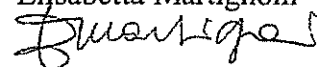
DELIBERA

1) Di procedere, per le motivazioni esposte in premessa e che qui si intendono integralmente riportate, alla cessione a valore nominale della quota di capitale di dotazione di Insieme-

Il Segretario generale
Dr.ssa Daniela Olivi

Il Presidente
Elisabetta Martignoni



Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia detenuta dal Comune di Zola Predosa, pari ad € 6.892,09, all'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia.

2) Di conferire al Consiglio dell'Unione le seguenti linee di indirizzo in ordine alla trasformazione da Azienda Speciale consortile dei Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa ad Azienda Speciale dell'Unione Valli del Reno Lavino e Samoggia e alla conseguente revisione dello Statuto:

- lo Statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione dovrà essere adeguato con particolare riferimento alle norme previste all'art 114 del TUEL 267/2000 ed al complesso normativo che disciplina la materia in ordine ai controlli, piano della performance, anticorruzione e trasparenza. In particolare:
 - a) dovranno essere ridefiniti gli organi e le competenze in capo ai medesimi;
 - b) dovranno essere definiti gli atti fondamentali di programmazione dell'Azienda speciale ed i rapporti con gli Organi dell'Unione (Consiglio e Giunta);
- la trasformazione societaria dovrà avvenire senza soluzione di continuità e pertanto tutti gli atti, contratti e regolamenti, per quanto compatibili, di "Insieme- Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia" resteranno in vigore sino alla modifica degli stessi;
- i rapporti fra l'Unione ed i Comuni in merito al funzionamento dell'Azienda Speciale dell'Unione dovranno essere oggetto di apposito atto integrativo alla convenzione fra Unione e Comuni per il conferimento delle funzioni socio-sanitarie;
l'Azienda Speciale dell'Unione dovrà mantenere la natura di ente pubblico non economico strumentale dell'Unione;

3) Di far constare che i Consigli Comunali dei restanti Enti conferenti procederanno all'adozione di analoga deliberazione e che il Consiglio dell'Unione provvederà con proprio atto al recepimento delle deliberazioni assunte dai Comuni e all'acquisizione delle quote da questi cedute.

4) Di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4, del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i.>>

Rammentato che i punti 4) e 5) all'ordine del Giorno vengono trattati congiuntamente seguendo i contenuti delle delibere, mentre vengono votati singolarmente;

Il Presidente del Consiglio dà la parola ai Consiglieri per il dibattito, i cui punti salienti sono di seguito riportati:

Interviene il Consigliere Stefano Lelli, Capogruppo Forza Italia, il quale pur essendo d'accordo sulla gestione uniforme dei servizi e delle prestazioni, per assicurarne l'omogeneità, non ha ben chiaro il fatto della cessione delle quote all'Unione, teme che si debba uscire di scena. Ritiene diverso il cedere una funzione dal cedere una proprietà.

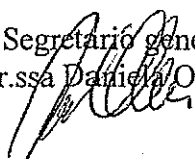
Interviene il Consigliere Davide Dall'Omo, Capogruppo Partito Democratico, il quale ritiene che la cessione sia più un atto burocratico necessario per il passaggio delle funzioni. Replica al Cons. Lelli che occorre fare riferimento al 2° atto, quello integrativo della Convenzione, in cui si legge che la *governance* rimane saldamente in capo ai singoli Comuni. Il Consigliere sottolinea che il Regolamento riporta che i finanziamenti vengono deliberati dai singoli Consigli comunali. Non deve pertanto esserci il timore di perdere una proprietà perché rimangono i tavoli composti dai Sindaci dei 5 Comuni e dai tecnici dei 5 Comuni. Tutto è disciplinato: sia la possibilità di uscire da ASC, con la restituzione della quota parte che la possibilità di riprendersi in carico i dipendenti.

Interviene il Consigliere Matteo Badiali, Capogruppo Zola bene comune, il quale ritiene che nella stesura dell'atto integrativo sia stata usata molta cautela che lui stesso vede positivamente considerandolo una sorta di rodaggio; vi sono molte tutele per i Comuni che vogliono uscire, ma soprattutto c'è proporzionalità sugli investimenti dei Comuni ed i servizi erogati.

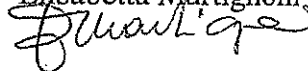
Anticipa la dichiarazione di voto favorevole.

Riprende la parola l'Ass. Occhiali per precisare che in fase di previsione di bilancio ogni Comune dovrà decidere quante risorse mettere a disposizione. La cessione è un atto giuridico obbli-

Il Segretario generale
Dr.ssa Daniela Olivi



Il Presidente
Elsabetta Martignoni



gato perché ora si parla di Unione. La quota di Zola è di oltre il 13% e non cambia nulla. L'Assessore precisa che in sede di bilancio di previsione si avranno dei dati per poter anche confrontare i risultati prima di prevedere le somme da destinare.

Riprende la parola il Cons. Lelli per sottolineare che l'Unione prevede il mantenimento di tutte le capacità, diversa è la fusione: conferire ad altro soggetto sa più di fusione che di unione. Preannuncia l'astensione non per diffidenza, ma perché non riesce ad intravedere in questa operazione il concetto di unione.

L'Ass. Occhiali riprende la parola per spiegare che se fosse fusione sarebbe riportato in delibera, mentre si parla di cessione e conferimento di quote ed è ribadito che la percentuale dell'oltre 13% di Zola Predosa entra in Unione.

Il Presidente Elisabetta Martignoni sottolinea come sia ben chiarito negli atti che qualora un Comune dovesse recedere avrebbe indietro la propria quota. Ci sono dei finanziamenti che negli anni scorsi arrivavano ad ASC ed oggi arriveranno direttamente all'Unione.

- Successivamente il Presidente, assistito dagli scrutatori, mette ai voti per alzata di mano la proposta iscritta al n. 4) in odg di Convocazione di Consiglio .

L'esito della votazione è il seguente:

Presenti n. 14 consiglieri;

n. 11 voti favorevoli

n. 0 voti contrari

n. 3 astenuti (Nicotri, Taddia e Lelli)

LA PROPOSTA E' APPROVATA

Di seguito il Presidente mette ai voti per alzata di mano la proposta di immediata eseguibilità.

L'esito della votazione è il seguente:

Presenti n. 14 consiglieri;

n. 11 voti favorevoli

n. 0 voti contrari

n. 3 astenuti (Nicotri, Taddia e Lelli)

LA PROPOSTA E' APPROVATA

Indi, si dichiara il presente atto immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 134, 4 comma, del D.Lgs. 267/2000 e s.m.i.



Il Segretario generale
Dr.ssa Daniela Olivi



Il Presidente
Elisabetta Martignoni

Il Responsabile Area2 - Servizi alla Persona

Ai sensi dell'art. 49 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i. esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica.

ZOLA PREDOSA, 02/12/2015

Il Responsabile
F.to Gabriele Passerini
(sottoscrizione digitale)

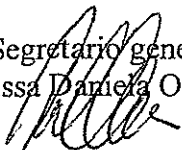
Il Responsabile del Servizio Finanziario

Ai sensi dell'art. 49 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i. esprime parere favorevole in ordine alla regolarità contabile.

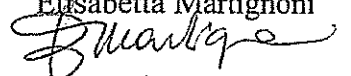
ZOLA PREDOSA, 10/12/2015

Il Responsabile
F.to SANTI MANUELA
(sottoscrizione digitale)

Il Segretario generale
Dr.ssa Daniela Olivi



Il Presidente
Elisabetta Martignoni

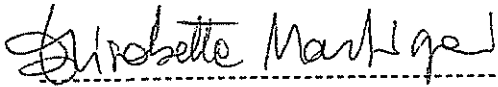


DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE N. 85 del 16/12/2015

Il presente atto viene letto, approvato e sottoscritto

IL PRESIDENTE

Elisabetta Martignoni



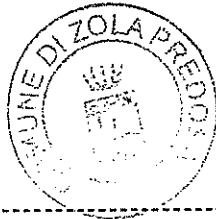
IL SEGRETARIO GENERALE

Dott. ssa Daniela Olivi



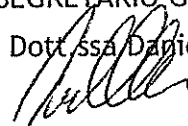
La presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio il 23/12/2015 per quindici giorni consecutivi con contestuale comunicazione ai Capigruppo Consiliari.

ZOLA PREDOSA, 23/12/2015



IL SEGRETARIO GENERALE

Dott. ssa Daniela Olivi



Dichiarata immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4°, Dlgs. 267/2000

Divenuta esecutiva il 02/01/2016 ai sensi dell'art. 134, comma 3°, del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i.

ZOLA PREDOSA, 04/01/2016

IL SEGRETARIO GENERALE

Dott. ssa Daniela Olivi

COMUNE DI ZOLA PREDOSA
La presente copia, composta di n. 5. (cinque)
Fogli, è conforme all'originale esistente
presso questo Ufficio.

Li 23.12.2015

IL SEGRETARIO GENERALE



Il Segretario generale
Dr.ssa Daniela Olivi

Il Presidente
Elisabetta Martignoni

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE N. 85 DEL 17/12/2015

OGGETTO: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME - AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" DETENUTA DAL COMUNE DI MONTE SAN PIETRO ALL'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

L'anno 2015, il giorno 17 del mese di dicembre, alle ore 18:45, nella solita sala delle adunanze, il SINDACO ha convocato il Consiglio Comunale previo invio di invito scritto a domicilio, nei modi e termini di cui all'art. 50, comma 2, del T.U.E.L. 18/8/2000 n. 267 e ss.mm..

Fatto l'appello nominale risultano:

COGNOME E NOME	CARICA	(P) PRESENTE (A) ASSENTE	SCRUTATORE
RIZZOLI STEFANO	SINDACO	P	
ZANARINI STEFANO	CONSIGLIERE	P	
MAZZETTI GIAMPIERO	CONSIGLIERE	P	
CAVALIERI IVANO	CONSIGLIERE	P	
RIMONDI CARLA	CONSIGLIERE	P	X
BATTISTINI TAMARA	CONSIGLIERE	P	
CASARINI GIULIA	CONSIGLIERE	P	
ARMAROLI CARMEN	CONSIGLIERE	P	
GUBELLINI STEFANIA	CONSIGLIERE	A	
CINTI MONICA	CONSIGLIERE	P	
GUERRA CRISTINA	CONSIGLIERE	A	
SALBEGO GIANPAOLO	CONSIGLIERE	P	
CORBARI ALESSANDRO	CONSIGLIERE	P	X
GAMBARINI SIMONE	CONSIGLIERE	P	
TAMARRI MIRKO	CONSIGLIERE	P	
TONIOLI JESSICA	CONSIGLIERE	P	X
MESSINA JESSIE	CONSIGLIERE	A	
FABBRI BARBARA	ASSESSORE ESTERNO	P	

Partecipa il Segretario Comunale, Dott.ssa Maria Consiglia Maglione.

Il Sig Stefano Rizzoli assume la presidenza e, constatata la legalità della adunanza, dichiara aperta la seduta.

L'ordine del giorno, diramato ai Sigg. Consiglieri ai sensi dell'art. 39, comma 2, D. Leg.vo 18/8/2000 n. 267, porta la trattazione dell'oggetto sopra indicato. Nella sala sono depositate da 24 ore le proposte relative con i documenti necessari.



Premesso che:

- con deliberazione di Consiglio Comunale n. 9 del 19 febbraio 2013, analogamente adottata dagli altri Comuni del distretto di Casalecchio di Reno, è stata approvata l'individuazione dell'ambito territoriale ottimale ed omogeneo per l'esercizio in forma associata delle funzioni fondamentali, ai sensi dell'art. 6 della L.R. 21.12.2012 n. 21;
- la Regione Emilia-Romagna, con deliberazione di Giunta Regionale n. 286 del 18 marzo 2013, ha approvato il programma di riordino delle Unioni di Comuni e che tale programma prevedeva la costituzione dell'ambito coincidente con il distretto composto dai Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno, Monte San Pietro, Casalecchio di Reno, Zola Predosa e Sasso Marconi, denominato "Ambito Valle del Reno, del Lavino e del Samoggia";
- con deliberazione di Consiglio Comunale n. 60 del 17.1.2013, analogamente adottata negli altri Comuni dell'ambito ottimale così individuato, è stata deliberata l'adesione all'Unione denominata "Valli del Reno, Lavino e Samoggia", costituita tra i Comuni rientranti nell'ambito distrettuale, comprendente Casalecchio di Reno, Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Monte San Pietro, Castello di Serravalle, Savigno, Sasso Marconi e Zola Predosa, approvandone contestualmente lo schema di statuto e di atto costitutivo;
- con deliberazione di Consiglio Comunale n. 4 del 18.2.2014 a oggetto "Atto di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni in forma associata ai sensi della L.R. 21/2012" sono state individuate le funzioni da gestire in forma associata fra le quali la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali;
- con atto costitutivo in data 23 dicembre 2013, repertorio n. 17/2013 dell'Unione, i Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno (dal 1.1.2014 Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei cinque Comuni) Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi e Zola Predosa hanno costituito l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia, in conformità all'art. 32 T.U.E.L., all'art. 14 D.L. 78/2010 e succ. modif. e alla L.R. 21/2012;

Atteso che:

- con atto in data 13 novembre 2009, repertorio n. 11996 del Comune di Casalecchio di Reno, i nove Comuni del distretto hanno sottoscritto una convenzione per la partecipazione a un'Azienda Speciale di tipo consortile, individuata quale forma organizzativa più idonea per l'esercizio associato delle funzioni in ambito socio-assistenziale, socio-sanitario integrato e socio-educativo, convenzione successivamente integrata in data 19 dicembre 2013 con atto repertorio n. 12096 per adeguamento del patrimonio e delle quote di rappresentanza a seguito della fusione dei Comuni di Bazzano, Crespellano, Castello di Serravalle, Monteveglio e Savigno nel nuovo Comune di Valsamoggia;
- con atto a ministero notaio Rita Merone in data 27.11.2009, repertorio n. 46.391 raccolta n.



22.021, registrato all'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Bologna 3 - il 9 dicembre 2009 al n. 13956, i Comuni, ai sensi degli artt. 31 e 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, hanno costituito un'Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "InSieme - Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia", con sede in Casalecchio di Reno (BO), Via Cimarosa n. 5/2, e adottato il relativo Statuto;

- al momento della costituzione dell'Azienda i Comuni partecipanti hanno provveduto al conferimento delle quote di capitale di dotazione di loro competenza, come di seguito determinate all'art. 5 dell'atto costitutivo, conformemente ai criteri di ripartizione di cui all'art. 7 dello Statuto :

Comune	Quota	Percentuale
Bazzano	€ 4.357,25	8,72 %
Casalecchio di Reno	€ 10.952,42	21,90 %
Castello di Serravalle	€ 3.887,21	7,78 %
Crespellano	€ 4.995,24	9,99 %
Monte San Pietro	€ 5.320,50	10,64 %
Monteveglia	€ 3.996,55	7,99 %
Sasso Marconi	€ 6.158,18	12,32 %
Savigno	€ 3.440,56	6,88 %
Zola Predosa	€ 6.892,09	13,78 %
Totale	€ 50.000,00	100,00 %

e che tali quote sono state integralmente sottoscritte e versate dai Comuni;

- con Legge Regione Emilia-Romagna n. 1 del 7.2.2013 è stato istituito, a decorrere dal 1° gennaio 2014, il Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglia e Savigno;
- lo Statuto è stato successivamente modificato con apposito atto a ministero del medesimo notaio Rita Merone in data 19.12.2013, repertorio n. 53.822 raccolta 25.981, registrato all'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Bologna 2 - il 20 dicembre 2013 al n. 20436;

Viste:

- la Legge Regionale dell'Emilia-Romagna 26 luglio 2013 n. 12 "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona" e successive modifiche, che prevede in particolare:
 - la conferma, in ordine all'ambito territoriale nel quale gli Enti Locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano le funzioni di regolarizzazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari, di quanto già previsto nella disciplina e negli



atti di programmazione regionale, individuandolo nel Distretto 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 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

- che in ogni ambito territoriale così definito venga individuata un'unica forma pubblica di gestione di tali servizi garantendo adeguatezza gestionale, efficienza ed economicità delle forme pubbliche di gestione che verranno individuate, mediante la riorganizzazione e la razionalizzazione dei fattori produttivi;
- la successiva deliberazione della Giunta Regionale del 16 dicembre 2013 n. 1982 avente a oggetto "Legge Regionale 26 luglio 2013 n. 12. Primo provvedimento della Giunta Regionale" che contiene criteri applicativi e disposizioni operative per l'applicazione della Legge Regionale;

Vista la deliberazione di Consiglio Comunale del 8.4.2014 n. 17, a oggetto "L.R. 26 luglio 2013 n. 12: Programma di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Indirizzi per l'ambito distrettuale di Casalecchio di Reno", analogamente adottata dagli altri Comuni dell'Unione, la quale:

- ha riconfermato la volontà della gestione ed erogazione dei servizi socio-sanitari in forma associata tramite InSieme - Azienda Speciale Consortile Interventi Sociali Valli del Reno Lavino e Samoggia, di seguito denominata, per brevità, ASC InSieme;
- ha previsto che entro il 31.12.2014 i Comuni costituenti l'Unione avrebbero provveduto a ridefinire, con apposita convenzione, le modalità della governance e della programmazione e gestione del sistema complessivo dei servizi sociali e socio-sanitari, in coerenza con quanto stabilito nel sistema di governance previsto all'art. 49 dello statuto dell'Unione;

Richiamate:

- la deliberazione di Consiglio Comunale n. 84 del 18.12.2014, analogamente adottata dagli altri Comuni dell'Unione, mediante la quale il Comune di Monte San Pietro ha formalmente conferito all'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia le funzioni di programmazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, nonché del Coordinamento Pedagogico sovracomunale, approvando la relativa convenzione che ne disciplina in maniera organica le modalità di conferimento e di esecuzione delle funzioni;
- la convenzione fra i Comuni e l'Unione per il conferimento delle funzioni sopra citate sottoscritta in data 29 dicembre 2014 e repertoriata al n. 16/2014 dell'Unione;

Rilevato che la predetta convenzione prevede, in relazione ai servizi sociali e socio-sanitari:



- che, in attuazione della Legge Regionale n. 12/2013, l'Unione si avvarrà per la produzione ed erogazione dei servizi sociali dell'Azienda Speciale dell'Unione;
- che resta valida nel corso del 2015, fino alla trasformazione in Azienda Speciale dell'Unione, la gestione dei servizi attraverso l'Azienda Speciale di tipo Consortile "InSieme", costituita dai Comuni conferenti;
- che i rapporti fra Unione e Azienda Speciale dell'Unione saranno regolati da un contratto unico di servizio, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;

Considerato pertanto che:

- all'Unione dei Comuni sono state integralmente trasferite le funzioni di gestione, programmazione, controllo, regolazione e verifica dei servizi sociali e socio-sanitari;
- per l'esercizio delle funzioni conferite in relazione all'erogazione dei servizi ai cittadini l'Unione deve costituire una Azienda Speciale ai sensi dell'art 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;
- la costituzione dell'Azienda può avvenire mediante la trasformazione dell'Azienda Speciale di tipo consortile InSieme, già costituita dai Comuni conferenti, in Azienda Speciale dell'Unione;
- a tal fine i Comuni devono cedere all'Unione stessa le quote di capitale di dotazione di "InSieme - Azienda Speciale Consortile Interventi Sociali Valli del Reno Lavino e Samoggia" che erano state conferite dai Comuni all'atto di costituzione dell'Azienda, come richiamato in premessa;
- la quota di capitale conferita dal Comune di Monte San Pietro e oggetto della cessione di cui al presente atto è pari a € 5.320,50=;

Atteso che la presente deliberazione è adottata in coerenza con gli atti normativi regionali, con lo Statuto dell'Unione e dando continuità agli atti di indirizzo e programmazione già assunti dai Comuni;

Dato atto che:

- la modifica di ASC InSieme da Azienda partecipata dai Comuni ad Azienda Speciale dell'Unione comporterà la necessità di revisione dello Statuto dell'Azienda e la stipulazione di un contratto unico di servizio fra l'Unione e l'Azienda Speciale, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;
- secondo quanto previsto all'art 12 della convenzione per il conferimento all'Unione della gestione dei Servizi sociali, socio-sanitari e del Coordinamento Pedagogico, con successivo e specifico atto integrativo alla convenzione medesima, dovranno essere definite le modalità di ripartizione fra i Comuni dei costi previsti per l'erogazione dei servizi da parte dell'Azienda



Speciale dell'Unione;

Ritenuto di conseguenza procedere alla cessione, a valore nominale, della quota di capitale di dotazione di ASC InSieme detenuta dal Comune di Monte San Pietro, pari ad € 5.320,50=, all'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia;

Precisato che la cessione della quota troverà la sua evidenza nel bilancio finanziario del Comune e conseguentemente nel conto del patrimonio del Comune;

Ritenuto inoltre di conferire al Consiglio dell'Unione le linee di indirizzo in ordine alla trasformazione societaria e conseguente revisione dello Statuto di InSieme - Azienda Speciale Consortile Interventi Sociali Valli del Reno Lavino e Samoggia;

Dato atto che:

- l'istruttoria della presente deliberazione è stata effettuata dal Responsabile del 3° Settore;
- il presente provvedimento è stato discusso dalla 1^a, 2^a e 3^a Commissione Consiliare in seduta congiunta in data 14 dicembre 2015;

Visto il D.Lgs. 267/2000 e il vigente Statuto Comunale;

Il Sindaco dà la parola all'Assessore Cavalieri il quale illustra la proposta richiamandosi alle premesse e sottolineando che, a seguito di tale cessione, non muterà l'operatività dell'Azienda, anzi sono stati fissati ulteriori obiettivi di miglioramento per i prossimi anni.

Non essendoci altre argomentazioni da parte dei Consiglieri, il Sindaco pone in votazione.

Degli interventi, riportati in sintesi, si conserva agli atti registrazione fonica (CD nn. 17, 18 e 19/2015).

Visti i pareri favorevoli in ordine alla regolarità tecnica e contabile del presente provvedimento espressi, ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs. n. 267/2000, dal Responsabile del 3° Settore e dal Responsabile del Servizio Finanziario ed allegati alla presente deliberazione;

A voti unanimi resi per alzata di mano (componenti Consiglio presenti e votanti n. 14)

DELIBERA

- 1) - di procedere, per le motivazioni esposte in premessa, alla cessione a valore nominale della quota di capitale di dotazione di InSieme - Azienda Speciale Consortile Interventi Sociali Valli del Reno Lavino e Samoggia detenuta dal Comune di Monte San Pietro, pari ad € 5.320,50=, all'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia;
- 2) - di conferire al Consiglio dell'Unione le seguenti linee di indirizzo in ordine alla



trasformazione da Azienda Speciale Consortile dei Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa ad Azienda Speciale dell'Unione Valli del Reno Lavino e Samoggia e alla conseguente revisione dello Statuto:

- lo Statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione dovrà essere adeguato con particolare riferimento alle norme previste all'art. 114 del T.U.E.L. 267/2000 e al complesso normativo che disciplina la materia in ordine ai controlli, piano della performance, anticorruzione e trasparenza. In particolare:
 - a) verranno ridefiniti gli organi e le competenze in capo ai medesimi;
 - b) verranno definiti gli atti fondamentali di programmazione dell'Azienda speciale e definiti i rapporti con gli organi dell'Unione (Consiglio e Giunta);
 - la trasformazione societaria avverrà senza soluzione di continuità e pertanto tutti gli atti, contratti e regolamenti, per quanto compatibili, di "Insieme - Azienda Speciale Consortile Interventi Sociali Valli del Reno Lavino e Samoggia" restano in vigore sino alla modifica degli stessi;
 - i rapporti fra Unione e Comuni in merito al funzionamento dell'Azienda Speciale dell'Unione saranno oggetto di apposito atto integrativo alla convenzione fra Unione e Comuni per il conferimento delle funzioni socio-sanitarie;
 - l'Azienda Speciale dell'Unione manterrà la natura di ente pubblico non economico strumentale dell'Unione;
- 3) - di dare atto che i Consigli Comunali dei restanti Enti conferenti procederanno all'adozione di analoga deliberazione e che il Consiglio dell'Unione provvederà con proprio atto al recepimento delle deliberazioni assunte dai Comuni e all'acquisizione delle quote da questi cedute;
- 4) - di dichiarare, con separata votazione resa per alzata di mano che ha avuto lo stesso risultato della precedente, immediatamente eseguibile il presente provvedimento per poter procedere con celerità alla adozione degli atti conseguenti.

* * * * *

Parere di regolarità tecnica

Oggetto: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME - AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" DETENUTA DAL COMUNE DI MONTE SAN PIETRO ALL'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO

PARERE TECNICO PROCEDIMENTALE

Il sottoscritto LEGNANI EROS, visto l'art 49 del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, esprime parere **FAVOREVOLE** in ordine alla regolarità tecnica della proposta di provvedimento indicata in oggetto. n° 82 del 05/12/2015.

Monte San Pietro, 05/12/2015

Il Responsabile di Settore

LEGNANI EROS

Parere di regolarità contabile

Oggetto: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME - AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" DETENUTA DAL COMUNE DI MONTE SAN PIETRO ALL'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO

Sulla presente proposta di deliberazione n° 82 del 05/12/2015, si esprime, ai sensi degli art. 49, comma 1 e 147 bis, comma 1, D. Lgs. 267/2000, parere Favorevole.

Il ragioniere capo

MONICA LAFFI

Letto, approvato e sottoscritto.

IL PRESIDENTE
F.to Stefano Rizzoli

IL SEGRETARIO COMUNALE
F.to Maria Consiglia Maglione

DICHIARAZIONE DI IMMEDIATA ESEGUIBILITA'

Ai sensi dell'art. 134, comma 4, del D.Lgs. 267 del 18.08.2000 e ss.mm., la presente deliberazione è stata dichiarata immediatamente eseguibile.

IL SEGRETARIO COMUNALE
F.to Maria Consiglia Maglione

DICHIARAZIONE DI PUBBLICAZIONE

In applicazione degli articoli 124, comma 1, e 125 del D. Lgs. n. 267 del 18/08/2000 e ss.mm., la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio on-line, ai sensi dell'art. 32, comma 1, L. n. 69/2009, per quindici giorni consecutivi a partire dal 21/12/2015.

IL FUNZIONARIO ADDETTO
Emanuela Rivetta

IL RESPONSABILE 1° SETTORE
Emanuela Rivetta

DICHIARAZIONE DI ESECUTIVITA'

Ai sensi dell'art. 134, comma 3, del D. Lgs. 18.08.2000 n. 267 e ss.mm., la presente deliberazione è divenuta esecutiva in data 31/12/2015, decorsi dieci giorni dalla data di pubblicazione.

IL RESPONSABILE 1° SETTORE
Emanuela Rivetta

Il sottoscritto funzionario pubblico attesta, in ottemperanza al Codice dell'Amministrazione Digitale (D. Lgs. 82/2005 e s.m.i.), la conformità del presente atto riprodotto in modalità cartacea all'originale redatto in modalità digitale che è stato predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle regole tecniche.

Li, **21 DIC. 2015**



Responsabile del 1° Settore

Allegato F

Raccolta n. 3802

Comune di Valsamoggia

Provincia di Bologna

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE N. 150 DEL 16/12/2015

OGGETTO: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME-AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" DETENUTA DAL COMUNE DI VALSAMOGGIA ALL'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO

L'anno 2015, il giorno 16 del mese di dicembre alle ore 20:30, presso apposita sala del Comune di Valsamoggia, convocato con le modalità prescritte dalla Legge, si è riunito il Consiglio Comunale.

Fatto l'appello ad inizio seduta, al momento dell'esame del presente atto risultano i Consiglieri e gli Assessori:

COGNOME E NOME	CARICA	(F) FAVOREVOLE (C) CONTRARIO (A) ASTENUTO	(P) PRESENTE (A) ASSENTE (G) GIUSTIFICATO	SCRUTATORE
RUSCIGNO DANIELE	SINDACO	F	P	
ZANETTI ANGELO	PRESIDENTE	F	P	
MACCAFERRI MARCO	CONSIGLIERE	F	P	
GOVONI FEDERICA	CONSIGLIERE	F	P	
ALIMONTI GIULIANA	CONSIGLIERE	F	P	
DEMARIA PATRIZIA	CONSIGLIERE	F	P	
BALDINI LORENZO	CONSIGLIERE	F	P	X
ZAGNONI JURI	CONSIGLIERE	F	P	
PARONI CORRADO	CONSIGLIERE	F	P	
LOLLI JURI	CONSIGLIERE	F	P	
CALLIGOLA SIMONE	CONSIGLIERE	F	P	X
RIMONDI SIMONE	CONSIGLIERE	A	P	
TIENGO TIZIANA	CONSIGLIERE	A	P	
NEGRINI FABIO	CONSIGLIERE	A	P	
VESCO DIEGO	CONSIGLIERE	A	P	
MIGLIORI FILIPPO	CONSIGLIERE	A	P	
OSTI MARCELLA	CONSIGLIERE	F	P	X
RUBINI SILVIA	VICE SINDACO		P	
DARDI FABIO	ASSESSORE		P	
DI PILATO ANGELA PAOLA	ASSESSORE		P	
FEDERICI FABIO	ASSESSORE		P	
MESSINA PAOLO	ASSESSORE		A	

Partecipa il Segretario Generale/F.F. Dott.ssa MONICA BOSCHI, il quale provvede alla redazione del presente verbale.

Essendo legale il numero degli intervenuti, il Sig. Angelo Zanetti assume la presidenza e dichiara aperta la seduta per la trattazione dell'oggetto sopra indicato.



La seduta si tiene presso il Municipio di Bazzano.

Durante la trattazione del punto 1 all'odg sono entrati gli Assessori Rubini Silvia e Dardi Fabio nonché il Consigliere Vesco Diego.

I Consiglieri comunali presenti sono 17.

Il Signor Presidente propone al Consiglio Comunale, ai sensi dell'art. 10 comma 4 del vigente Regolamento sul funzionamento del Consiglio Comunale, di accorpate la presentazione e la discussione degli oggetti iscritti al punto 2 e al punto 3 dell'ordine del giorno, riguardanti entrambi l'Azienda Consortile Insieme, proposta approvata all'unanimità (nessun Consigliere ha eccepito alcunchè).

IL CONSIGLIO COMUNALE

Premesso

- che con deliberazioni assunte a febbraio 2013 dai Consigli Comunali degli ex comuni di Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Castello di Serravalle e Savigno, analogamente adottate dagli altri Comuni del distretto di Casalecchio di Reno, è stata approvata l'individuazione dell'ambito territoriale ottimale ed omogeneo per l'esercizio in forma associata delle funzioni fondamentali, ai sensi dell'art 6 della L.R. 21/12/2012 n. 21 " Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza";
- che la Regione Emilia Romagna, con deliberazione di Giunta Regionale n. 286 del 18 marzo 2013 ha approvato il programma di riordino delle Unioni di Comuni e che tale programma prevedeva la costituzione dell'ambito coincidente con il distretto composto dai Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno, Monte San Pietro, Casalecchio di Reno, Zola Predosa e Sasso Marconi, denominato "Ambito Valle del Reno, del Lavino e del Samoggia";
- che con deliberazione assunte a ottobre 2013 dai Consigli Comunali degli ex comuni di Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Castello di Serravalle e Savigno, analogamente adottate negli altri Comuni dell'ambito ottimale così individuato, è stata deliberata l'adesione all'Unione denominata " Valli del Reno, Lavino e Samoggia", costituita tra i Comuni rientranti nell'ambito distrettuale, comprendente Casalecchio di Reno, Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Monte San Pietro, Castello di Serravalle, Savigno, Sasso Marconi e Zola Predosa, approvandone contestualmente lo schema di statuto e di atto costitutivo;
- che con deliberazione assunte a dicembre 2013 dai Consigli Comunali degli ex comuni di Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Castello di Serravalle e Savigno relative all'indirizzo per lo svolgimento delle funzioni in forma associata ai sensi della L.R. 21/2012" sono state individuate le funzioni da gestire in forma associata fra le quali la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali;
- che con atto costitutivo in data 23 dicembre 2013 repertorio nr. 17/2013 dell'Unione, i Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio, Savigno (dal 01/01/2014 Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei cinque comuni) Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi e Zola Predosa hanno costituito l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia, in conformità all'art. 32 TUEL, all'art. 14 d.l. 78/2010 e succ. modif. e alla L.R. 21/2012;



Atteso :

- che con atto in data 13 novembre 2009, repertorio n. 11996 del Comune di Casalecchio di Reno, i nove Comuni del Distretto hanno sottoscritto una convenzione per la partecipazione a un' Azienda Speciale di tipo consortile, individuata quale forma organizzativa più idonea per l'esercizio associato delle funzioni in ambito socio-assistenziale, socio-sanitario integrato e socio-educativo, convenzione successivamente integrata in data 19 dicembre 2013 con atto repertorio n. 12096 per adeguamento del patrimonio e delle quote di rappresentanza a seguito della fusione dei Comuni di Bazzano, Crespellano, Castello di Serravalle, Monteveglio e Savigno nel nuovo Comune di Valsamoggia;
- che con atto a ministero notaio Rita Merone in data 27/11/2009 Repertorio n. 46.391 Raccolta n. 22.021, registrato all'Agenzia delle Entrate – Ufficio Territoriale di Bologna 3 – il 9 dicembre 2009 al n. 13956, i Comuni, ai sensi degli artt. 31 e 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, hanno costituito un'Azienda Speciale di tipo Consortile denominata "InSieme Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia", con sede in Casalecchio di Reno (BO), via Cimarosa n. 5/2, e adottato il relativo Statuto;
- che al momento della costituzione dell'Azienda i Comuni partecipanti hanno provveduto al conferimento delle quote di capitale di dotazione di loro competenza, come di seguito determinate all'art. 5 dell'atto costitutivo conformemente ai criteri di ripartizione di cui all'art. 7 dello Statuto :

Comune	Quota	Percentuale
Bazzano	€ 4.357,25	8,72 %
Casalecchio di Reno	€ 10.952,42	21,90 %
Castello di Serravalle	€ 3.887,21	7,78 %
Crespellano	€ 4.995,24	9,99 %
Monte San Pietro	€ 5.320,50	10,64 %
Monteveglio	€ 3.996,55	7,99 %
Sasso Marconi	€ 6.158,18	12,32 %
Savigno	€ 3.440,56	6,88 %
Zola Predosa	€ 6.892,09	13,78 %
Totale	€ 50.000,00	100,00%

e che tali quote sono state integralmente sottoscritte e versate dai Comuni ;

- che con legge Regione Emilia Romagna n. 1 del 07/02/2013 e' stato istituito a decorrere dal 01 gennaio 2014 il Comune di Valsamoggia a seguito di fusione dei Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monteveglio e Savigno;
- che lo Statuto è stato successivamente modificato con apposito atto a ministero del medesimo notaio Rita Merone in data 19/12/2013 Repertorio n. 53.822 raccolta 25.981 registrato all'Agenzia delle Entrate – Ufficio Territoriale di Bologna 2.– il 20 dicembre 2013 al n. 20436 per adeguarlo al nuovo assetto istituzionale derivante dalla costituzione del Comune di Valsamoggia;

Viste:

- la Legge Regionale dell'Emilia-Romagna 26 luglio 2013 n. 12 del "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende Pubbliche di Servizi alla



Persona” e successive modifiche, che prevede in particolare:

- la conferma, in ordine all’ambito territoriale nel quale gli Enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano le funzioni di regolarizzazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari, di quanto già previsto nella disciplina e negli atti di programmazione regionale, individuandolo nel Distretto 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 “ Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- che in ogni ambito territoriale così definito venga individuata un’unica forma pubblica di gestione di tali servizi garantendo adeguatezza gestionale, efficienza ed economicità delle forme pubbliche di gestione che verranno individuate, mediante la riorganizzazione e la razionalizzazione dei fattori produttivi;
- la successiva deliberazione della Giunta Regionale del 16 dicembre 2013 n. 1982 avente a oggetto “ Legge regionale 26 luglio 2013 n. 12. Primo provvedimento della Giunta Regionale” che contiene criteri applicativi e disposizioni operative per l’ applicazione della Legge regionale;

Visto il Decreto del Sub-Commissario Prefettizio del Comune di Valsamoggia in data 09.04.2014 prot.n. 14712/01 a oggetto “Legge Regionale 26 luglio 2013 n. 12: Programma di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Indirizzi per l’ambito distrettuale di Casalecchio di Reno”, atto adottato nella stessa forma dai Consigli Comunali degli altri Comuni dell’Unione, il quale:

- ha riconfermato la volontà della gestione ed erogazione dei servizi socio-sanitari in forma associata tramite Insieme- Azienda Consortile interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia, di seguito denominata, per brevità, ASC Insieme ;
- ha previsto che entro il 31/12/2014 i Comuni costituenti l’ Unione avrebbero provveduto a ridefinire, con apposita convenzione, le modalità della governance e della programmazione e gestione del sistema complessivo dei servizi sociali e socio-sanitari, in coerenza con quanto stabilito nel Sistema di governance previsto all’ art. 49 dello statuto dell’ Unione;

Richiamate:

- la deliberazione di Consiglio Comunale n. 87 del 18/12/2014, analogamente adottata dagli altri Comuni dell’Unione, mediante la quale il Comune di Valsamoggia ha formalmente conferito all’Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia le funzioni di programmazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, nonché del Coordinamento Pedagogico sovracomunale, approvando la relativa convenzione che ne disciplina in maniera organica le modalità di conferimento e di esecuzione delle funzioni;
- la convenzione fra i Comuni e l’Unione per il conferimento delle funzioni sopra citate sottoscritta in data 29 dicembre 2014 e repertoriata al n° 16/2014 dell’Unione ;

Rilevato che la predetta convenzione prevede, in relazione ai servizi sociali e socio-sanitari:

- che in attuazione della Legge regionale n. 12/2013, l’Unione si avvarrà per la produzione e erogazione dei servizi sociali dell’Azienda Speciale dell’Unione;



- che resta valida nel corso del 2015, fino alla trasformazione in Azienda Speciale dell'Unione, la gestione dei servizi attraverso l'Azienda Speciale di tipo Consortile "Insieme", costituita dai Comuni conferenti;
- i rapporti fra l'Unione e Azienda Speciale dell'Unione saranno regolati da un contratto unico di servizio, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;

Considerato pertanto:

- che all'Unione dei Comuni sono state integralmente trasferite le funzioni di gestione, programmazione, controllo, regolazione e verifica dei servizi sociali e socio-sanitari;
- che per l'esercizio delle funzioni conferite in relazione all'erogazione dei servizi ai cittadini l'Unione deve costituire una Azienda Speciale ai sensi dell'art 114 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;
- che la costituzione dell'Azienda può avvenire mediante la trasformazione dell'Azienda Speciale di tipo consortile InSieme, già costituita dai Comuni conferenti, in Azienda Speciale dell'Unione,
- che a tal fine i Comuni devono cedere all'Unione stessa le quote di capitale di dotazione di "InSieme- Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia" che erano state conferite dai Comuni all'atto di costituzione dell'Azienda, come richiamato in premessa;
- che la quota di capitale conferita dal Comune di Valsamoggia e oggetto della cessione di cui al presente atto è pari a € 20.676,81;

Atteso che la presente deliberazione è adottata in coerenza con gli atti normativi regionali, con lo Statuto dell'Unione e dando continuità agli atti di indirizzo e programmazione già assunti dai Comuni;

Dato atto:

- che la modifica di ASC InSieme da Azienda partecipata dai Comuni ad Azienda Speciale dell'Unione comporterà la necessità di revisione delle Statuto dell'Azienda e la stipulazione di un contratto unico di servizio fra l'Unione e l'Azienda Speciale, sulla base del budget annuale e pluriennale stanziato e trasferito da ciascun Comune all'Unione;
- che secondo quanto previsto all'art 12 della convenzione per il conferimento all'Unione della gestione dei Servizi sociali, socio-sanitari e del Coordinamento Pedagogico, con successivo e specifico atto integrativo alla convenzione medesima, dovranno essere definite le modalità di ripartizione fra i Comuni dei costi previsti per l'erogazione dei servizi da parte dell'Azienda Speciale dell'Unione;

Ritenuto di conseguenza procedere alla cessione, a valore nominale, della quota di capitale di dotazione di Asc InSieme detenuta dal Comune di Valsamoggia, pari ad € 20.676,81, all'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia;



Precisato che la cessione della quota troverà la sua evidenza nel bilancio finanziario del Comune e conseguentemente nel conto del patrimonio del Comune;

Ritenuto inoltre di conferire al Consiglio dell'Unione le linee di indirizzo in ordine alla trasformazione societaria e conseguente revisione dello Statuto di Insieme Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia”;

Visto il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica, espresso dal Responsabile del Servizio competente, ed il parere favorevole in ordine alla regolarità contabile, espresso dal Responsabile del Servizio Finanziario, ai sensi degli artt. 49 e 147 bis del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;

Visto il D.Lgs 18 agosto 2000, n 267, nonché le vigenti disposizioni di legge ad esso compatibili;

Udita la presentazione dell'argomento da parte della Dr.ssa Cati La Monica, Responsabile del Servizio Sociale dell'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino, Samoggia;

Udita la discussione tra i Consiglieri intervenuti, della quale si fa sintetico resoconto nel verbale della seduta, redatto in atto separato;

Con voti favorevoli 12 e 5 astenuti (Cons. Rimondi Simone, Tiengo Tiziana e Negrini Fabio – G.C. Civicamente Samoggia; Cons. Vesco Diego e Migliori Filippo – G.C. Movimento 5 stelle), resi nelle forme di legge presenti n.17 Consiglieri comunali votanti 12

DELIBERA

1) di procedere, per le motivazioni esposte in premessa, alla cessione a valore nominale della quota di capitale di dotazione di Insieme- Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia detenuta dal Comune di Valsamoggia, pari ad € 20.676,81, all'Unione dei Comuni valli del Reno, Lavino e Samoggia;

2) di conferire al Consiglio dell'Unione le seguenti linee di indirizzo in ordine alla trasformazione da Azienda Speciale consortile dei Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa ad Azienda Speciale dell'Unione Valli del Reno Lavino e Samoggia e alla conseguente revisione dello Statuto:

- lo Statuto dell'Azienda Speciale dell'Unione dovrà essere adeguato con particolare riferimento alle norme previste all'art 114 del TUEL 267/2000 e al complesso normativo che disciplina la materia in ordine ai controlli, piano della performance, anticorruzione e trasparenza. In particolare:
 - a) verranno ridefiniti gli organi e le competenze in capo ai medesimi;
 - b) verranno definiti gli atti fondamentali di programmazione dell' Azienda speciale e definiti i rapporti con gli organi dell'Unione (Consiglio e Giunta);
- la trasformazione societaria avverrà senza soluzione di continuità e pertanto tutti gli atti, contratti e regolamenti, per quanto compatibili, di “Insieme- Azienda Consortile Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia” restano in vigore sino alla modifica degli stessi;
- i rapporti fra Unione e Comuni in merito al funzionamento dell'Azienda Speciale dell'Unione saranno oggetto di apposito atto integrativo alla convenzione fra Unione e Comuni per il conferi-



mento delle funzioni socio-sanitarie;

- l'Azienda Speciale dell'Unione manterrà la natura di ente pubblico non economico strumentale dell'Unione;
- 3) di dare atto che i Consigli Comunali dei restanti Enti conferenti procederanno all'adozione di analoga deliberazione e che il Consiglio dell'Unione provvederà con proprio atto al recepimento delle deliberazioni assunte dai Comuni e all'acquisizione delle quote da questi cedute.

Con voti favorevoli 12 e 5 astenuti (**Cons. Rimondi Simone, Tiengo Tiziana e Negrini Fabio** – G.C. Civicamente Samoggia; **Cons. Vesco Diego e Migliori Filippo** – G.C. Movimento 5 stelle), resi nelle forme di legge

presenti n.17 Consiglieri comunali

votanti 12

si dichiara il presente atto urgente e, quindi, immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art.134, comma 4, del D.Lgs.n.267/2000, allo scopo di consentire agli uffici comunali competenti l'adozione dei provvedimenti dei quali questo atto è presupposto.



Comune di Valsamoggia

Provincia di Bologna

Parere di regolarità tecnica

Oggetto: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME-AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" DETENUTA DAL COMUNE DI VALSAMOGGIA ALL'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

PARERE TECNICO PROCEDIMENTALE

In merito alla proposta di provvedimento indicata in oggetto n. 164 del 04/12/2015, il sottoscritto PIOMBINI ROMANO, ai sensi degli articoli 49 e 147 bis del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, esprime parere FAVOREVOLE in ordine alla regolarità tecnica attestante la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa.

Valsamoggia, 09/12/2015

Il Responsabile del Servizio

PIOMBINI ROMANO



Comune di Valsamoggia

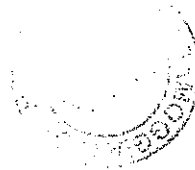
Provincia di Bologna

Parere di regolarità contabile

Oggetto: CESSIONE DELLA QUOTA DI CAPITALE DI DOTAZIONE DI "INSIEME-AZIENDA CONSORTILE INTERVENTI SOCIALI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA" DETENUTA DAL COMUNE DI VALSAMOGGIA ALL'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA E APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LO STATUTO.

Sulla presente proposta di deliberazione n° 164 del 04/12/2015 si esprime, ai sensi degli articoli 49, comma 1 e 147 bis, comma 1, D. Lgs. 267/2000, parere Favorevole in ordine alla regolarità contabile.

Valsamoggia, 10/12/2015

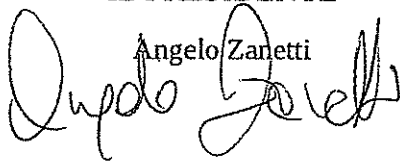


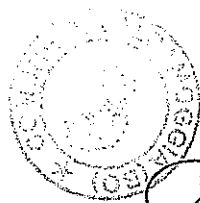
Il ragioniere capo

SANTIPATRIZIA

Letto approvato e sottoscritto.

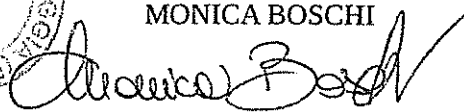
IL PRESIDENTE

Angelo Zanetti




IL SEGRETARIO / F.F.

MONICA BOSCHI



DICHIARAZIONE DI PUBBLICAZIONE

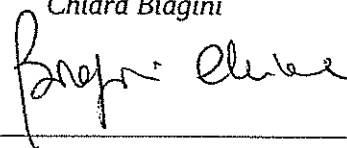
In applicazione degli articoli 124, comma 1 e 15 del D.Lgs. n. 267 del 18/08/2000 e ss.mm., la presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio online, ai sensi dell'art. 32, comma 1, L.n.69/2009, per 15 giorni consecutivi a partire dal 21/12/2015 .

Valsamoggia, 21/12/2015

L'incaricato di Segreteria

Chiara Biagini





CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione diventerà esecutiva in data 16/12/2015, decorsi 10 giorni dalla sua pubblicazione, ai sensi dell'art. 134, comma 3, del d.lgs. 267/2000

La presente deliberazione è stata dichiarata immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4, del d.lgs. 267/2000

E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE
21 DIC. 2015



L'istruttore
Biagini Chiara



**ALLEGATO G) AL NUMERO 9902 DI RACCOLTA
STATUTO**

**Azienda Servizi per la Cittadinanza
"InSieme"**

**Azienda Speciale Interventi Sociali
Valli del Reno Lavino e Samoggia**

(Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa)

TITOLO I

COSTITUZIONE, SCOPO, DURATA, CONFERIMENTO E DOTAZIONE

Art. 1 - Costituzione, denominazione e sede

1. L'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia (di seguito definita Unione), depositaria delle funzioni in materia sociale e socio-sanitaria conferite dai Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa, coerente con i principi costituzionali della solidarietà, della partecipazione, del rispetto e della valorizzazione della persona, si dota dell'organismo strumentale Azienda Servizi per la Cittadinanza "InSieme" Azienda Speciale Interventi Sociali valli del Reno Lavino e Samoggia (di seguito definita Azienda), per l'esecuzione delle funzioni conferite.

2. La sede legale dell'Azienda è fissata nel territorio del Comune di Casalecchio di Reno, all'indirizzo risultante all'atto di iscrizione nel Registro delle Imprese. Le attività si svolgono presso la sede legale dell'Azienda e presso le sedi operative dislocate nel territorio dell'Unione.

3. L'ambito territoriale e la comunità di riferimento dell'Azienda coincidono con i Comuni di Casalecchio di Reno, Sasso Marconi, Monte San Pietro, Zola Predosa, Valsamoggia.

4. Il funzionamento dell'Azienda è regolato dal presente Statuto.

5. Detta Azienda deriva dalla trasformazione giuridica dell'Azienda Speciale Consortile già in essere tra i medesimi Comuni denominata "InSieme" Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia, con sede in Casalecchio di Reno (Bo), via Cimarosa n. 5/2, di cui ne resta titolare di tutti i rapporti attivi e passivi. (Azienda costituita con atto a ministero notaio Rita Merone di Bologna in data 27 novembre 2009 rep. n. 46.391 raccolta n. 22. registrato all'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Bologna 3 - il 9 dicembre 2009 al n. 13956)

Art. 2 - Natura giuridica

1. L'Azienda è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria, nell'ambito delle norme e dei principi stabiliti dalle vigenti disposizioni normative, e non ha fini di lucro.

2. L'Azienda è Ente di diritto pubblico non economico strumentale dell'Unione.

Art. 3 - Scopo, finalità e principi

1. Scopo dell'Azienda è la gestione di Servizi socio-assistenziali, socio-sanitari integrati e socio-educativi e, più in generale, l'erogazione dei Servizi alla persona, in relazione alle attività di competenza dell'Unione.

2. I Servizi istituzionali facenti capo all'Azienda sono diffusi ed erogati nei confronti di tutta la popolazione residente nel territorio dell'Unione, e sono orientati, prevalentemente, anche se non esclusivamente, alle fasce deboli della cittadinanza, ed in particolare: minori e famiglie, adulti, anziani e persone con disabilità. Sono erogati, altresì, a favore di persone occasionalmente dimoranti nel territorio distrettuale, limitatamente agli interventi non differibili ed urgenti.

3. L'elenco di cui al comma 2 è indicativo, giacché gli organi dell'Azienda hanno facoltà di articolare l'organizzazione dei Servizi secondo criteri di classificazione anche diversi da quelli indicati, sia allo scopo di riconfigurare lo schema d'offerta di prestazioni in rapporto a principi di ottimizzazione produttiva, sia per tenere conto del mutare delle condizioni di bisogno socio-assistenziale. Variazioni nella definizione delle fasce d'utenza possono, inoltre, essere giustificate da fenomeni attinenti la sfera del dinamismo demografico e sociale.

4. L'Azienda ispira ed orienta la propria attività nel rispetto della normativa in materia e degli indirizzi contenuti nei Piani di Zona per la Salute ed il Benessere sociale, perseguendo le seguenti finalità:

- a) il rispetto della dignità della persona;
 - b) la qualità del Servizio sociale;
 - c) la specializzazione professionale per una migliore qualità dei Servizi;
 - d) la garanzia di pari opportunità di conoscenza, di accesso, di fruizione e di valutazione dei Servizi;
- e tramite i seguenti mezzi:
- a) una forte flessibilità e adattabilità alle diverse condizioni dei bisogni di ogni singolo/a utente ed ai cambiamenti che si possono manifestare durante la presa in carico;
 - b) una elevata reattività, intesa come tempestività di risposta alle dinamiche delle condizioni degli/delle utenti;
 - c) una forte continuità degli/delle operatori/trici, sul piano del contenuto degli interventi e, in particolare, delle relazioni con gli/le utenti, per garantire una condizione di agio e di sicurezza, fondamentale rispetto al loro benessere;
 - d) una intensa e sistematica integrazione professionale ed operativa fra tutte le figure professionali che interagiscono con gli/le utenti, per recuperare, sul piano del raccordo interdisciplinare, unitarietà dell'intervento.

5. L'Azienda raggiunge i propri obiettivi di gestione:

- a) privilegiando e promuovendo l'orientamento delle proprie azioni e dei/delle propri/e operatori/trici al servizio della comunità di riferimento e alla collaborazione con tutte le istituzioni pubbliche coinvolte per configurare le rispettive finalità quali risorsa al servizio della cittadinanza del Distretto;
- b) definendo piani, programmi e progetti di lavoro relativi a tutte le aree professionali chiamate ad intervenire nella gestione dei Servizi affidati, favorendo la partecipazione delle figure operative nella definizione di procedure e interventi validi e sostenibili;
- c) aggregando gli apporti delle diverse aree professionali attraverso l'adozione di strutture e modalità organizzative a tale fine progettate, per soddisfare con flessibilità e tempestività i bisogni degli/delle utenti e raggiungere i livelli qualitativi previsti;
- d) verificando le necessità di sviluppo ed adeguamento delle diverse aree professionali previste, coordinando fra loro le attività di formazione e l'aggiornamento continuo e permanente delle professionalità all'interno del Piano annuale della Formazione;
- e) organizzando la presenza delle diverse aree professionali con il fine di soddisfare la continuità dell'azione nei confronti degli/delle utenti e dei loro bisogni;
- f) curando le modalità con cui si svolge il rapporto con i parenti degli/delle utenti, favorendo l'instaurarsi di relazioni basate sulla piena fiducia;
- g) applicando, attraverso lo strumento della rendicontazione sociale, metodologie e tecniche che consentano di documentare in modo trasparente e pubblico l'evoluzione del bisogno secondo le variabili del genere, della genesi e della generazione, al fine di progettare interventi di risposta ai nuovi bisogni;
- h) garantendo il corretto e puntuale funzionamento del sistema contabile e del sistema di rilevazione e rendicontazione dei costi, con il fine di garantire la corretta gestione del sistema economico, finanziario e fiscale dell'Azienda;
- i) individuando i punti di riferimento aziendali preposti ad attuare le azioni correttive suggerite o richieste dall'Unione o dagli organismi/istituzioni preposti al controllo dei livelli di qualità della gestione sviluppata dall'Azienda, a cui partecipano anche rappresentanti degli/delle utenti.
- j) Attuando gli adeguamenti che si ritenessero necessari per fronteggiare nuove esigenze di Servizio;
- k) promuovendo il coinvolgimento di soggetti del terzo settore, quali risorse che concorrono al raggiungimento degli obiettivi generali di servizio e di assistenza che l'Azienda si prefigge, attraverso regole e Convenzioni concordate con l'Azienda stessa;
- l) favorendo l'apporto ed il coinvolgimento delle rappresen-

tanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali.

6. Al fine di promuovere il coinvolgimento, la partecipazione e la collaborazione di soggetti terzi e della cittadinanza e delle sue forme associate nel raggiungimento delle proprie finalità di servizio, per quanto attiene agli aspetti gestionali, l'Azienda promuove la costituzione di organismi di partecipazione che favoriscano la solidarietà della cittadinanza e le attività di volontariato locale (che cooperano nell'erogazione dei Servizi e rappresentano gli interessi degli/delle utenti) con la finalità di contribuire al miglioramento della qualità dei Servizi. Il Consiglio di Amministrazione istituirà gli organismi e le forme di partecipazione ritenute necessarie, definendone la composizione, le modalità di costituzione e di funzionamento. Per quanto attiene invece agli aspetti di programmazione dei Servizi, di progettazione partecipata ed individuazione delle priorità del sistema integrato socio-sanitario del territorio, l'Azienda partecipa attivamente ai percorsi di coprogettazione partecipata, programmazione socio-sanitaria e concertazione sindacale relativa al Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale.

Art. 4 - Gestione dei Servizi e delle attività

1. Le modalità di erogazione dei Servizi conferiti all'Azienda dall'Unione sono regolate da apposito Contratto di servizio.

2. L'Azienda esercita la gestione dei Servizi in forma diretta, per mezzo della propria struttura organizzativa e, tenuto conto delle convenienze tecniche ed economiche, anche attraverso l'acquisto di Servizi e prestazioni, o tramite Accordi di partecipazione ad istituzioni non lucrative, o ancora attraverso la concessione di Servizi a soggetti terzi.

3. Nella gestione dei Servizi, l'Azienda può instaurare, in via sussidiaria e non suppletiva, rapporti con il volontariato locale, secondo le modalità previste dalle norme vigenti in materia.

4. L'Azienda può partecipare ad Enti, Società e Associazioni, ai sensi delle vigenti norme.

5. L'Azienda richiede l'accreditamento per i Servizi e le prestazioni che produce ed organizza, se ed in quanto tenuta a norma di Legge.

Art. 5 - Durata

1. L'Azienda ha durata sino al 31.12.2030.

2. L'estinzione dell'Azienda è disposta con deliberazione del Consiglio dell'Unione, nel caso in cui gli scopi statutari non siano più perseguibili.

3. È facoltà dell'Unione prorogarne la durata per il tempo e secondo le condizioni stabilite con apposita deliberazione, da adottarsi entro i 6 mesi antecedenti al termine di durata di cui al primo comma del presente articolo.

4. Con il provvedimento di cui al comma 2 si dispone della

liquidazione dei beni e delle attività.

Art 6 - Capitale di dotazione dell'Azienda

1. Il capitale di dotazione dell'Azienda è determinato in € 50.000,00 ed è già versato all'Azienda dai Comuni di Casalecchio di Reno, Monte San Pietro, Sasso Marconi, Valsamoggia e Zola Predosa. Tale capitale rimane in dotazione alla presente Azienda nell'ambito della trasformazione giuridica.

2. Il Consiglio dell'Unione può disciplinare ulteriori modalità di conferimento.

**TITOLO II
GLI ORGANI**

Art 7 - Gli organi

Sono organi dell'Azienda:

- il Consiglio di Amministrazione;
- il/la Presidente;
- il/la Direttore/a Generale
- l'Organo di revisione economico finanziaria.

Art 8 - Attività di indirizzo e controllo

L'Unione, in raccordo con i Comuni, esercita le funzioni di indirizzo e controllo politico-amministrativo alle quali l'Azienda deve attenersi nell'attuazione dei suoi compiti e degli obiettivi di interesse generale e pubblico che l'erogazione dei Servizi è destinata a soddisfare.

Il Consiglio dell'Unione ha competenza sugli atti fondamentali sotto indicati:

- a) Statuto e modifiche statutarie
- b) nomina dell'organo di revisione economica finanziaria;
- c) Bilancio di previsione annuale pluriennale e relative variazioni;
- d) Piano-programma, comprendente un Contratto di servizio che disciplini i rapporti tra Ente Locale ed Azienda Speciale;
- e) Piano degli indicatori di Bilancio;
- f) Bilancio di esercizio;
- g) Conto consuntivo;
- h) deliberazione relativa ai criteri per la determinazione delle tariffe;
- i) deliberazione relativa alla partecipazione dell'Azienda ad Enti, Società ed Associazioni;
- j) Regolamenti con rilevanza esterna.

Art. 9 - Il Consiglio di Amministrazione

1. Il Consiglio di Amministrazione è l'organo esecutivo dell'Azienda e si riunisce di norma nella sede legale della stessa.

2. Il Consiglio di Amministrazione è composto da 3 componenti, compreso il/la Presidente, scelti/e tra coloro che abbiano una specifica e qualificata competenza tecnica settoriale ed amministrativa, per studi compiuti e per funzioni svolte presso Aziende od Enti, pubblici o privati.

3. Il Consiglio di Amministrazione dura in carica fino al

31/12 dell'anno solare nel quale decade la Giunta dell'Unione ed è rinnovabile una sola volta.

4. L'atto di nomina è assunto sulla scorta di idoneo curriculum di ciascun componente, conservato agli atti dell'Azienda.

5. La nomina del/della Presidente e dei/delle componenti del Consiglio di Amministrazione è fatta dal/dalla Presidente dell'Unione, sentita la Giunta, sulla base degli indirizzi per la nomina dei/delle rappresentanti dell'Unione presso Enti, Aziende ed Istituzione approvati dal Consiglio dell'Unione;

6. Il Consiglio di Amministrazione elegge nel suo ambito un/una Vicepresidente.

7. La nomina dei/delle componenti del Consiglio di Amministrazione deve avvenire nel pieno rispetto del principio di pari opportunità sancito dall'art. 51 della Costituzione al fine di assicurare l'eguaglianza tra i sessi nell'accesso agli Uffici pubblici ed alle cariche elettive.

Art 10 - Incompatibilità del Consiglio di Amministrazione

Si applicano ai/alle componenti del Consiglio di Amministrazione le norme previste nel Capo II "Incandidabilità, ineleggibilità, incompatibilità" del D.Lgs 18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i e dagli articoli 4, 7 e 11 del D.Lgs n. 39/2013 e s.m.i.

Art 11 - Decadenza e revoca del Consiglio di Amministrazione

1. Le dimissioni, l'accertamento dell'incompatibilità alla carica, la cessazione contemporanea, a qualsiasi titolo, di almeno due membri determinano la decadenza dell'intero Consiglio di Amministrazione.

2. Entro trenta giorni dalla data in cui si sono verificati i casi di cui al comma precedente, il/la Presidente dell'Unione convoca la Giunta per la nomina del nuovo Consiglio di Amministrazione.

3. Nel suddetto periodo le funzioni del/della Presidente del Consiglio di Amministrazione sono assunte dal/dalla Presidente dell'Unione.

4. La revoca del Consiglio di Amministrazione, o di uno/a dei suoi membri, può essere disposta con motivato provvedimento del/della Presidente dell'Unione, anche per fatti relativi al venir meno del rapporto fiduciario sottostante l'atto di nomina.

5. I/le componenti il Consiglio di Amministrazione che non intervengono, senza giustificato motivo, a tre sedute consecutive, decadono di diritto dalla carica rivestita.

6. La decadenza è dichiarata dal/dalla Presidente dell'Unione, con apposito provvedimento di presa d'atto, su segnalazione del/della Presidente del Consiglio di Amministrazione, che vi provvede entro dieci giorni dal verificarsi della causa di decadenza.

7. Le dimissioni dalla carica di Presidente e di componente del Consiglio di Amministrazione sono presentate dagli/dalle

stessi/e al/alla Presidente dell'Unione, non necessitano di presa d'atto e diventano efficaci una volta adottata dal/dalla Presidente stesso/a la relativa surrogazione, che deve avvenire entro venti giorni dalla data di presentazione delle dimissioni.

8. I/le componenti rendono note le loro dimissioni, per conoscenza, al/alla Presidente del Consiglio di Amministrazione.

9. L'eventuale surrogazione dei/delle componenti avviene con le stesse modalità previste per la nomina.

10. I/le componenti il Consiglio di Amministrazione che surrogano i/le componenti anzitempo cessati/e dalla carica per qualsiasi causa esercitano le loro funzioni limitatamente al periodo in cui sarebbero rimasti/e in carica i/le loro predecessori/e.

Art 12 - Divieto di partecipazione alle sedute

1. I/le componenti il Consiglio di Amministrazione non possono prendere parte a sedute in cui si discutano o si deliberino atti o provvedimenti nei quali abbiano interesse personale essi/e stessi/e, loro coniugi o parenti ed affini entro il quarto grado.

Art 13 - Funzionamento del Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione è l'organo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dal Consiglio dell'Unione, individuando le strategie e gli obiettivi della gestione.

Ad esso competono in particolare, oltre agli atti indicati al primo comma i seguenti atti:

a) proposta alla Giunta dell'Unione delle misure delle tariffe per la fruizione dei Servizi gestiti ordinariamente ed in via continuativa, ad eccezione dei Servizi accreditati;

c) proposta di modifiche statutarie da sottoporre al Consiglio dell'Unione;

d) adozione di qualsiasi Regolamento o Provvedimento avente contenuto esclusivamente organizzativo delle attività e delle strutture, su proposta del/della Direttore/a e nel rispetto di quanto previsto dal CCNL preso a riferimento per il personale dell'Azienda.

e) decisione in ordine alle azioni da intentare e sostenere in giudizio di qualsiasi grado, nonché ai ricorsi amministrativi e giurisdizionali, agli arbitrati e alle transazioni;

f) determinazione delle risorse umane necessarie e del Piano-programma delle assunzioni, dopo aver acquisito il parere favorevole dell'Unione;

g) proposta di piano di rientro ogni qualvolta si determini una perdita di esercizio eccedente il fondo di riserva;

h) adozione di tutti i provvedimenti necessari alla gestione amministrativa dell'Azienda che non siano riservati dallo Statuto al Consiglio dell'Unione o al/alla Direttore/a;

i) nomina e revoca del/della Direttore/a e del/della suo/a Vice.

j) determinazione dell'indirizzo gestionale ed amministrati-

vo e controllo sulle linee della gestione operativa di competenza del/della Direttore/a;

Ai/alle componenti del Consiglio di Amministrazione viene corrisposto un rimborso spese/gettone ove previsto dalla Legge e nei limiti stabiliti dalla stessa.

Art 14 - Convocazione

1. Di norma il Consiglio di Amministrazione si riunisce nella sede dell'Azienda o in altro luogo indicato nell'avviso di convocazione, e comunque secondo le forme indicate nel Regolamento di funzionamento del Consiglio di Amministrazione predisposto dal/dalla Presidente dello stesso Consiglio di Amministrazione e approvato dalla Giunta dell'Unione.

Art 15 - Il/la Presidente del Consiglio di Amministrazione

1. Il/la Presidente ha la rappresentanza legale dell'Azienda di fronte a terzi ed in giudizio.

2. Spetta inoltre al/alla Presidente:

- a) convocare il Consiglio di Amministrazione e presiederne le sedute;
- b) decidere e disporre, in casi urgenti, su qualunque materia di competenza del Consiglio di Amministrazione, anche se esula dalle sue normali attribuzioni, salvo ratifica dello stesso Consiglio di Amministrazione;
- c) dare impulso affinché vengano attuate le finalità previste dallo Statuto e dagli atti di indirizzo e programmazione emanati dagli organi dell'Unione;
- d) vigilare sull'esecuzione delle deliberazioni adottate dal Consiglio di Amministrazione;
- e) vigilare sull'andamento gestionale dell'Azienda e sull'operato del/della Direttore/a;
- f) firmare i verbali di deliberazione del Consiglio di Amministrazione;
- g) esercitare ogni altra delega demandatagli dal Consiglio di Amministrazione.

Art 16 - Sostituzione del Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione è sostituito dalla Giunta dell'Unione nei casi in cui non sia in grado di deliberare per effetto di una qualunque delle cause indicate nei precedenti articoli del presente Statuto o per altro legittimo motivo.

Art 17 - Il/la Direttore/a

1. Il/la Direttore/a dell'Azienda è responsabile della gestione aziendale e del raggiungimento degli obiettivi definiti dal Consiglio di Amministrazione, anche attraverso l'utilizzo delle risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate dal medesimo.

2. L'incarico di Direttore/a è conferito a tempo determinato ai sensi delle disposizioni nel tempo in vigore. La durata del rapporto non può eccedere quella del mandato del Consiglio di Amministrazione in carica al momento del conferimento.

3. L'incarico di Direttore/a è conferito a seguito di procedura selettiva tesa a verificare la sussistenza di esperienze tecniche e/o gestionali inerenti le materie di responsabilità attribuite alla posizione ed esperienze di direzione maturate in Enti pubblici o privati di almeno 5 anni.

4. La scelta del/della Direttore/a e la revoca dello stesso è operata dal Consiglio di Amministrazione.

5. Il trattamento economico del/della Direttore/a è definito dal Consiglio di Amministrazione sulla base del Contratto Nazionale dei/delle dirigenti di Enti Locali.

Art 18 - Attribuzioni del/della Direttore/a

1. Il/la Direttore/a adotta gli atti necessari all'espletamento del mandato, nel rispetto degli obiettivi stabiliti dal Consiglio di Amministrazione.

2. Il/la Direttore/a svolge tutte le attività gestionali e tecnico manageriali anche a rilevanza esterna che, dalla Legge, dallo Statuto, dalla Convenzione o dai Regolamenti non sono espressamente riservate ad altri soggetti.

3. Tra le attribuzioni, il/la Direttore/a:

a) cura l'attuazione delle deliberazioni del Consiglio di Amministrazione;

b) formula le proposte al Consiglio di Amministrazione in ordine a Regolamenti di rilevanza interna;

c) cura la predisposizione degli atti dell'Azienda per la presentazione agli organi competenti, ai fini delle successive deliberazioni/adozioni;

d) partecipa alle riunioni del Consiglio di Amministrazione e ne cura la redazione dei verbali, anche tramite dipendente collaboratore/trice;

e) affida attività e/o Servizi mediante Convenzione o altro strumento giuridico di natura contrattuale;

f) stipula Contratti, Accordi, Convenzioni o atti di intesa con le istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale e/o altri Enti pubblici e privati;

g) accetta lasciti o donazioni di beni mobili per conto dell'Azienda;

h) approva i progetti ed i programma esecutivi;

i) predispone metodi e strumenti idonei all'implementazione dei controlli interni in un'ottica di trasparenza e di accessibilità totale;

j) ha la direzione degli Uffici e dei Servizi ed adotta tutti i provvedimenti inerenti l'Amministrazione e la gestione del personale dipendente

k) adotta i provvedimenti di assegnazione degli incarichi di lavoro e di gestione del ciclo della performance e del miglioramento dell'efficacia e della produttività dell'apparato;

l) adotta tutti i provvedimenti inerenti il processo della spesa non attribuiti ad altri organi;

m) presiede le Commissioni di gara;

n) adotta gli atti di disposizione relativi al patrimonio dell'Azienda;

o) rappresenta l'Azienda nelle relazioni con le Organizzazioni Sindacali nonché con tutti i soggetti esterni;

p) decide e dispone, in casi di indifferibile urgenza, su qualunque materia di natura gestionale, anche se esula dalle sue normali attribuzioni, salvo ratifica del Consiglio di Amministrazione.

Art 19 - Il/la Revisore/a dei conti

Organo di controllo dell'Azienda è il/la Revisore/a Unico dei conti, nominato/a dal Consiglio dell'Unione.

Non può ricoprire la carica di Revisore/a chi si trova in uno dei casi di ineleggibilità e incompatibilità di cui all'art. 236 del D.Lgs. n.267/2000 e s.m.i..

Spetta al/alla Revisore/a la verifica sul Bilancio annuale e sulla contabilità sociale, nonché il giudizio sulla correttezza del Bilancio medesimo.

Ove riscontri gravi irregolarità nella gestione dell'Ente, ne riferisce immediatamente al Consiglio di Amministrazione e al Consiglio dell'Unione.

Il trattamento economico annuo da attribuire al/alla Revisore/a è determinato dal/dalla Presidente dell'Unione, sentita la Giunta dell'Unione, e non può superare il 50% dell'importo spettante all'organo di revisione del Comune più popoloso dell'Unione.

Il/la Revisore/a dura in carica tre anni a decorrere dalla data di esecutività della delibera ed è rieleggibile una sola volta.

Il/la Revisore/a cessa dalla carica per scadenza dell'incarico e per dimissioni.

Il/la Revisore/a non è revocabile salvo che:

a) per gravi violazioni delle norme dello Statuto o della Legge;

b) per inadempienza e in particolare per la mancata redazione dell'apposita relazione che deve accompagnare la proposta di deliberazione del Consiglio dell'Unione del rendiconto della gestione.

Il provvedimento di revoca è adottato dal Consiglio dell'Unione.

TITOLO III

ORGANIZZAZIONE DEGLI UFFICI E DEI SERVIZI

Art 20 - Principi

1. L'attività amministrativa dell'Azienda è improntata al rispetto di criteri di efficacia, di efficienza, di economicità e si svolge nel rispetto del principio di distinzione tra compiti politici di indirizzo e di controllo, riservati agli organi di governo, e compiti di gestione tecnica, amministrativa ed economico-finanziaria, riservati alla struttura organizzativa a livello tecnico.

2. L'Azienda riconosce nell'apporto professionale degli/del-

le operatori/trici un fattore determinante per la qualità dei Servizi alla persona. A tal fine:

a) coinvolge gli/le operatori/trici nella elaborazione delle strategie aziendali e nella definizione di procedure e interventi validi e sostenibili;

b) promuove la formazione degli/delle operatori/trici attraverso il Piano annuale della Formazione come strumento di qualità ed efficacia degli interventi e dei Servizi, per favorire l'integrazione professionale e lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale;

c) favorisce l'apporto ed il coinvolgimento delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali e lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa.

Art 21 - Il Regolamento di organizzazione

1. L'organizzazione dell'Azienda è disciplinata con apposito Regolamento d'organizzazione, adottato dal Consiglio di Amministrazione. Tale Regolamento norma gli aspetti attinenti all'operatività ed alla funzionalità delle strutture, alla gestione delle risorse umane, strumentali ed economico-finanziarie, alla pianificazione ed alla programmazione del lavoro, ai modi di erogazione dei Servizi e dei prodotti, alla relazione tra gli organi e gli altri soggetti dell'Amministrazione, nonché al controllo, alla verifica ed alla valutazione delle performance. Disciplina, altresì, la procedure di selezione e di avviamento al lavoro, i requisiti di accesso e le modalità d'assunzione agli impieghi presso l'Azienda.

Art 22 - Responsabili degli Uffici e dei Servizi

Il/la Direttore/a, ferma restando la sua complessiva responsabilità gestionale, individua i/le Responsabili degli Uffici e dei Servizi nell'ambito del contingente di personale disponibile. Il/la Direttore/a può, sotto la sua responsabilità, delegare ad uno/a o più Responsabili dei Servizi alcune delle proprie funzioni nonché il potere di firma di atti che comportino impegni per l'Azienda.

Art 23 - Personale

1. Per l'esercizio delle proprie funzioni e per la realizzazione delle proprie attività l'Azienda si avvale di personale dipendente e delle altre forme contrattuali previste dalla normativa vigente; in caso di conferimento di nuovi Servizi da parte dell'Unione si avvale altresì del personale eventualmente messo a disposizione dall'Unione o dai Comuni afferenti alla stessa, all'atto del conferimento.

2. Al personale assunto dall'Azienda si applica il CCNL del comparto Regioni ed Autonomie Locali.

3. L'Azienda si dota triennialmente di un Piano delle Azioni Positive, con l'obiettivo di attuare pari opportunità lavorative per tutti/e i/le dipendenti e promuovere il benessere professionale.

4. Le procedure di selezione e di avviamento al lavoro, i requisiti di accesso e le modalità di assunzione agli impieghi presso l'Azienda sono disciplinati nell'ambito del Regolamento di organizzazione di cui all'articolo 33 e sulla base di quanto previsto dal D.Lgs n. 165 del 2001 e successive integrazioni e modificazioni.

TITOLO IV
PROGRAMMAZIONE, BILANCI, FINANZA,
CONTABILITÀ, CONTRATTI

Art 24 - Contabilità e Bilancio

1. L'Azienda applica le regole e le norme contabili dettate dalla specifica normativa in materia di Aziende Speciali e dal Codice Civile.

2. I documenti contabili fondamentali sono:

- * Il Piano-programma, comprendente il Contratto di servizio che disciplina il rapporto tra Unione e Azienda;
- * Il Bilancio preventivo, triennale ed annuale
- * Il Bilancio di esercizio
- * Il piano degli indicatori di Bilancio.

Tali documenti e gli allegati previsti dalla Legge sono approvati dal Consiglio dell'Unione ai termini di Legge.

Art 25 - Contratto di servizio

Tra l'Unione e l'Azienda vengono stipulati Contratti di servizio mediante i quali dare attuazione operativa al Piano-programma di cui al successivo art. 30, anche individuando strumenti tecnici comuni, insieme all'Azienda Unità Sanitaria Locale per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria.

Il Contratto di servizio disciplina i rapporti finanziari, gli obblighi e le garanzie rispettivamente assunti, la durata dell'affidamento, l'individuazione degli standard qualitativi e quantitativi del Servizio, le modalità di risoluzione del Contratto e della revoca del Servizio da parte dell'Unione. La disciplina dei rapporti finanziari nell'ambito dei Contratti di cui sopra tiene conto di eventuali Accordi tra Regione ed Autonomie Locali per la definizione delle rette e tariffe delle prestazioni e dei Servizi socio-sanitari. Ciascun Contratto di servizio è predisposto in accordo con l'Unione e sottoscritto dal/dalla Direttore/a nel rispetto dei vincoli di programmazione e del Bilancio.

Nel Contratto di servizio vengono inoltre definiti:

- la tipologia, natura, dimensioni e caratteristiche dei Servizi gestiti per l'Unione;
- i livelli minimi essenziali di prestazioni e gli standard di qualità da raggiungere e da garantire in relazione ai Servizi affidati;
- le modalità e i tempi di versamento di trasferimento all'Azienda, da parte dell'Unione dei Comuni, delle risorse economiche per garantire il funzionamento dei Servizi;
- le modalità di controllo e verifica della qualità dei Ser-

vizi;

- l'utilizzo da parte dell'Unione e dell'Azienda di beni immobili e mobili di proprietà dei Comuni;
- la predisposizione di una contabilità analitica distinta per ciascun Servizio affidato, raggruppata per ambiti territoriali;
- le modalità organizzative dei Servizi affidati;
- modalità e tempistica per la presentazione della proposta degli atti fondamentali;
- modalità e tempistica della rendicontazione;
- modalità di utilizzo delle banche dati necessarie per l'erogazione dei Servizi;
- ogni altro elemento necessario per un'efficace e puntuale erogazione dei Servizi affidati.

Art 26 - Finanza

1. Le entrate dell'Azienda sono costituite da:

- a. conferimenti di capitale da parte dell'Unione;
- b. trasferimenti dell'Unione in relazione alle materie attribuite;
- c. contributi dallo Stato, dalla Regione, da altri Enti pubblici o da Enti o soggetti privati;
- d. contributi a specifica destinazione;
- e. proventi derivanti da tariffe, per Servizi o prestazioni a totale o parziale carico degli/delle utenti o di altri soggetti acquirenti
- f. prestiti o accensioni di mutui
- g. donazioni

2. L'Unione trasferisce le risorse all'Azienda sulla base delle effettive disponibilità messe a disposizione dai Comuni eventualmente integrate da altre fonti di finanziamento.

Art 27 - Patrimonio

1. Il patrimonio dell'Azienda è costituito dai conferimenti di beni mobili ed immobili impiegabili per il perseguimento degli scopi dell'Azienda, effettuati dai Comuni o dall'Unione, ovvero dalle acquisizioni successive, anche per effetto di donazioni.

2. È d'obbligo la tenuta dell'inventario della consistenza dei beni mobili ed immobili dell'Azienda, nonché gli altri adempimenti in materia di patrimonio della Pubblica Amministrazione. L'inventario, aggiornato annualmente, è allegato al Bilancio di esercizio.

3. Il patrimonio dell'Azienda è valorizzato, anche con strumenti innovativi e attraverso modelli di partenariato pubblico-privato.

Art 28 - Disciplina generale dei contratti

1. L'Azienda assoggetta la propria attività alla disciplina degli appalti e delle concessioni della Pubblica Amministrazione.

2. Relativamente all'acquisizione di beni e Servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria si dota di un apposito

Regolamento per l'acquisizione in economia di lavori, Servizi e forniture, nonché soddisfa gli obblighi previsti dalla normativa in materia di acquisizioni mediante o strumenti analoghi.

3. L'Azienda inoltre, per specifiche forniture, si riserva di operare con moduli innovativi (es. accreditamento), con forme di partenariato pubblico-privato e con soluzioni di affidamento innovative (Accordi quadro), nel rispetto della normativa vigente.

Art 29 - Sistema informativo contabile, avanzi e disavanzi di gestione

1. L'Azienda adegua la disciplina del Bilancio e della gestione economico-finanziaria e contabile ai principi e alle previsioni contenuti nelle vigenti disposizioni normative riguardanti gli Enti non commerciali, attraverso l'adozione, da parte del Consiglio di Amministrazione di un apposito Regolamento.

2. In particolare il sistema informativo contabile dell'Azienda è costituito da:

- * contabilità economico patrimoniale;
- * sistema di budget;
- * sistema di contabilità analitica per l'analisi dei costi dei rendimenti e dei risultati.

3. Gli avanzi di gestione devono essere utilizzati unicamente per sviluppare le attività ed i Servizi previsti dal presente Statuto, per ridurre i costi delle prestazioni, per conservare il patrimonio o per alimentare o incrementare la dotazione di fondi a rischio o, se istituito, di solidarietà.

4. Qualora si accertino squilibri nella gestione del Bilancio di esercizio in corso, che possono determinare situazioni deficitarie, il/la Direttore/a propone immediatamente al Consiglio di Amministrazione i provvedimenti necessari. Dei possibili squilibri di gestione e dei provvedimenti messi in atto viene data immediata comunicazione alla Giunta dell'Unione.

5. Le eventuali perdite di gestione debbono essere ripianate prioritariamente con fondi propri dell'Azienda; in ultima istanza, dall'Unione che ripartirà le perdite suddette tra i Comuni secondo modalità stabilite con atto deliberativo del Consiglio dell'Unione.

Art 30 - Piano-programma

1. Il Piano-programma, è adottato dal Consiglio dell'Unione secondo i termini stabiliti per l'approvazione del Bilancio, con riferimento ai tre esercizi successivi e deve fissare in termini quali-quantitativi, le strategie e gli obiettivi aziendali, articolati in programmi e progetti; dal Piano-programma dovrà risultare quanto di seguito indicato:

- caratteristiche e requisiti delle prestazioni da erogare;
- risorse finanziarie ed economiche necessarie alla realizzazione degli obiettivi del Piano-programma;

- priorità di intervento, anche attraverso l'individuazione di appositi progetti;
- modalità di attuazione dei Servizi erogati e modalità di coordinamento con gli altri Enti del territorio;
- indicatori e parametri per la verifica;
- eventuale piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare;
- programma degli investimenti;
- politiche del personale con particolare riferimento alla formazione, alla programmazione dei fabbisogni delle risorse umane ed alle modalità di reperimento delle stesse;
- il Piano-programma dovrà trovare necessario collegamento con il Piano della Performance aziendale e con quello dell'Anticorruzione e Trasparenza.

Art 31 - Controllo di gestione

1. L'Azienda utilizza strumenti e procedure idonee a garantire un costante ed approfondito controllo dei fatti gestionali al fine di avere piena conoscenza del rapporto costi-risultati.

2. Sulla gestione sono istituite forme di controllo interne, e cioè:

- * controllo finanziario, per verificare la persistenza dell'equilibrio di Bilancio;
- * controllo economico, per verificare la rispondenza, in termini di costi/ricavi, della gestione riferita ai progetti ed ai programmi approvati dal Consiglio dell'Unione;
- * controllo strategico, per monitorare e verificare periodicamente l'impiego ottimale del personale e dei mezzi finanziari disponibili rispetto agli obiettivi dati;
- * controllo sulla qualità dei Servizi erogati

3. Oggetto del controllo di gestione sono gli obiettivi individuati dal Consiglio dell'Unione in sede di programma e gli eventuali interventi organizzati per conseguire i risultati prefissati.

4. Spetta al/alla Direttore/a predisporre e realizzare ogni attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Azienda.

Art 32 - Servizio di cassa

1. L'Azienda si avvale del servizio di cassa svolto da un Istituto bancario a ciò autorizzato e regolato da una apposita Convenzione o Contratto, previo svolgimento della procedura ad evidenza pubblica secondo quanto previsto dalle normative vigenti in materia.

TITOLO V

NORME GENERALI E FINALI

Art 33 - Modifiche statutarie

Le modificazioni al presente Statuto sono votate dal Consiglio dell'Unione con le modalità indicate nel Titolo II.

Art 34 - Norma di rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente Statuto si rinvia

alle normative vigenti e alle vigenti disposizioni in materia di Aziende Speciali.

TITOLO VI

NORME TRANSITORIE

Art. 35 - Atti regolamentari

Entro dodici mesi dall'entrata in vigore del presente Statuto, il Consiglio di Amministrazione provvede per quanto di competenza all'adeguamento alle norme statutarie dei Regolamenti in vigore.

Art. 36 - Continuità amministrativa

Nella considerazione che l'Azienda Servizi per la Cittadinanza "InSieme" Azienda Speciale Interventi Sociali valli del Reno Lavino e Samoggia, per l'esecuzione delle funzioni conferite, deriva dalla trasformazione giuridica dell'Azienda Speciale Consortile già in essere tra i medesimi Comuni denominata "InSieme" Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia, essa subentra in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi già pendenti in capo all'Azienda Speciale Consortile.

Restano in vigore tutti gli atti, Contratti e Regolamenti, per quanto compatibili, dell'Azienda Speciale Consortile "InSieme" Azienda Consortile Interventi Sociali valli del Reno, Lavino e Samoggia sino alla modifica degli stessi.

Presidente e Consiglio di Amministrazione uscente restano in carica fino alla nomina e all'insediamento dei nuovi organi.

Firmato: Massimo Bosso

Firmato: Mazzetti Stefano

Firmato: Stefano Fiorini

Firmato: Stefano Rizzoli

Firmato: Daniele Ruscigno

Firmato: Chiara Castelvetri

Firmato: Giorgio Tufariello

Firmato: Loretta Carlini

Firmato: Elena Tradii



Azienda Speciale Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia

Allegato A) alla Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n.12 del 03.04.2018

Piano programma 2018-2020

Premessa

Il 2017 è stato un anno particolarmente impegnativo per la tenuta del bilancio a causa del continuo aumento della richiesta di interventi nel campo dell'emergenza abitativa e della tutela minori che ha costretto a continue revisioni della previsione dei costi, che è stato possibile governare soprattutto grazie all'incremento delle risorse abitative del progetto Albergo diffuso messe a disposizione dai Comuni. L'implementazione del progetto, infatti, con un significativo investimento di risorse umane a potenziamento dell'organico (una coordinatrice e un amministrativo), ha consentito di ridurre il ricorso e quindi i costi delle strutture alberghiere private con un impatto positivo in termini economici di cui si potrà godere soprattutto nel 2018.

Più difficile e complesso, invece, il cambio di rotta nell'ambito degli inserimenti in strutture comunitarie di nuclei mamma-bambino o bambini singoli solitamente vincolati a decreti del tribunale che impongono il rispetto di determinati criteri nella scelta del collocamento ritenuto più adeguato a salvaguardia della tutela del minore o del nucleo in condizioni di pregiudizio.

La problematica degli inserimenti in struttura dei minori è al centro dell'interesse nazionale sia sul versante tecnico che politico, come testimoniato dalle *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni*, approvate il 22 dicembre 2017 dalla Conferenza Unificata Stato Regioni, e dal lavoro recentemente intrapreso dal Comune di Bologna rivolto a tutti i distretti della Città metropolitana per la realizzazione di un albo fornitori comunità. Il nodo centrale della questione è non solo l'estrema disomogeneità rispetto ai criteri, le modalità e le tipologie dell'accoglienza - disomogeneità che infrange il principio di non discriminazione dei minorenni - ma soprattutto la garanzia dell'appropriatezza degli interventi rispetto

agli obiettivi che dovrebbero mirare alla massima riduzione dei tempi di permanenza dei minori in struttura.

Alla luce di tutto ciò, come richiesto anche dalla committenza, particolare attenzione sarà dedicata, nel 2018, al tema delle strutture per minori al fine di individuare una modalità operativa che consenta di attuare un monitoraggio costante dei progetti.

Nota bene: il presente piano programma è la descrizione della maggior parte delle azioni inserite nel **Piano degli Indicatori 2018-2020** (che ne costituisce parte integrante) relativamente all'annualità 2018 e saranno pertanto oggetto di monitoraggio costante da parte della Direzione grazie all'individuazione di specifici indicatori di outcome.

Le azioni delle annualità 2019 e 2020, considerata la loro possibile variazione/rettifica in seguito al grado di raggiungimento degli obiettivi 2018, saranno approfondite in sede di piano programma 2019-2021 (quelle del 2019) e 2020-2022 (quelle del 2020).

PRIORITA' DI INTERVENTO

Si elencano gli obiettivi prioritari cui l'Azienda tenderà nel 2018:

- 1) rivedere il processo di inserimento in strutture di minori e nuclei mamma-bambino/a al fine di individuare una modalità strutturata di monitoraggio dei progetti e riduzione dei tempi di permanenza;
- 2) proseguire con l'ottimizzazione delle risorse dell'albergo diffuso al fine di eliminare il ricorso a strutture alberghiere private per la gestione dell'emergenza abitativa;
- 3) rivedere tutto il sistema di affidamento dei trasporti;
- 4) procedere alla valutazione dell'impatto sociale determinato dall'introduzione delle nuove misure di lotta alla povertà (Rel e Legge 14/2015);
- 5) proseguire e implementare le attività a sostegno dei caregiver familiari;
- 6) procedere all'approvazione del regolamento di organizzazione dell'Azienda e ad una prima applicazione/verifica dei cambiamenti più salienti che ne derivano sul piano dell'organizzazione dei servizi ;
- 7) completare il lavoro iniziato nel 2017 per l'individuazione di un sistema di valutazione e definizione dei carichi di lavoro;
- 8) individuare con l'Unione il livello dei servizi minimi essenziali da garantire sul territorio la cui erogazione non può essere sospesa;
- 9) continuare l'attività di valutazione dei servizi attraverso l'individuazione di specifici indicatori di efficienza/efficacia scelti tra quelli definiti di concerto con Comuni e Unione.

ATTIVITÀ GENERALE

Con *attività generale* si intende tutta quella attività di supporto svolta dal personale non direttamente coinvolto nel rapporto con l'utenza, ossia:

Gestione e politiche del personale

Dotazione organica e politiche assunzionali

Al 01/01/2018 ASC ha in pianta organica 99 dipendenti (di cui 6 a tempo determinato).

L'assetto organizzativo è quello ridefinito nel 2016, che vede i servizi organizzati in 6 diverse aree di responsabilità, di cui due (Anziani e Disabilità) accorpate in un'unica Area. Ultimo aggiornamento è quello dell'inserimento nell'area Adulti della voce relativa alle attività trasversali di cui l'area si occupa ormai da diversi anni, in particolare per quanto concerne la gestione dell'emergenza abitativa attraverso l'albergo diffuso e tutto il tema dei tirocini, attività considerate trasversali in quanto di competenza non esclusiva di alcuna Area in termini di funzioni, risorse e destinatari.

In sintesi l'assetto organizzativo 2018 è il seguente:

- Area Anziani e Disabilità
- Area Famiglia e Minori
- Area Adulti e altre attività trasversali
- Area Contabilità, Bilancio e Personale
- Area Amministrativa e Sportelli Sociali

La spesa di personale prevista per il 2018, raffrontata a quella consuntiva del 2017, è la seguente:

	Consuntivo 2017	Previsionale 2018
spesa di personale	3.222.511	3.255.807
lavoro interinale	530.192	257.900
totale	3.752.703	3.513.707

La riduzione del costo previsto per il lavoro interinale è dovuta all'esternalizzazione della CRA che stata prevista in bilancio fino al 30.06.2018.

Sul piano delle politiche assunzionali, con delibera 17/2017 era stato approvato il Piano del fabbisogno del personale per il triennio 2018-2020, che prevedeva per il 2018:

1. l'assunzione a tempo pieno e determinato fino al termine del mandato amministrativo previa selezione pubblica di cui all'art. 110, comma 1 di una figura a cui attribuire la responsabilità dell'Area Amministrativa e Sportelli Sociali;
2. l'assunzione a tempo pieno e indeterminato di n.ro 1 "Educatore Professionale" mediante trasferimento per mobilità ex art. 30 del Dlgs 165/2011;
3. il mantenimento della copertura completa dei posti per profilo di Assistenti Sociali presenti in pianta organica.

Per il punto 1 la selezione si è svolta in dicembre e l'assunzione è partita il 1 gennaio 2018.

Per il punto 2, invece, purtroppo il bando è andato deserto.

Contestualmente è pervenuta la richiesta di mobilità da parte della Responsabile dell'Area Adulti risultata vincitrice della relativa procedura promossa dalla Regione Emilia Romagna.

Con delibera 3/2018 si è provveduto quindi all'aggiornamento del piano assunzionale 2018 prevedendo:

1. di procedere all'assunzione a tempo determinato fino al 31.12.2019 di un educatore professionale categoria C profilo professionale C1;
2. di procedere con l'indizione di un bando interno rivolto ai dipendenti a tempo indeterminato categoria D per l'attribuzione di posizione organizzativa per la copertura del ruolo di Responsabile dell'Area Adulti.

La procedura per l'attribuzione della PO per l' *Area Adulti e altre attività trasversali*, cui hanno partecipato 3 dipendenti, si è conclusa in data 14 marzo 2018 con la scelta dell'assistente sociale al momento coordinatrice dell'area disabili.

La nomina, con decorrenza 1 aprile 2018, ha comportato naturalmente un riassetto organizzativo a catena con individuazione di un assistente sociale del territorio per ricoprire il ruolo di coordinatrice dell'area disabilità, rimasto scoperto, e la necessità di ricoprire il posto di assistente sociale rimasto vacante sul territorio.

Purtroppo al momento non ci sono graduatorie disponibili per l'assunzione a tempo indeterminato di un assistente sociale per cui il mantenimento della copertura completa dei posti per profilo di Assistenti Sociali presenti in pianta organica - di cui al punto 3 della delibera 17/2017 - è garantita da personale a tempo determinato.

Sarà cura della Direzione sottoporre all'attenzione del CdA la questione al momento della revisione della pianta organica prevista per quando sarà esternalizzata la Casa protetta (giugno 2018).

L'esternalizzazione della Casa Protetta e ricollocazione del personale

Lo studio di fattibilità per l'esternalizzazione della CRA è proseguito per buona parte del 2017 attraverso l'analisi dei due scenari possibili: la completa internalizzazione e la completa esternalizzazione.

La prima ipotesi ha rilevato diverse criticità in materia di gestione del personale. In particolare il calcolo del numero di operatori necessari alla gestione della struttura in base ai parametri dell'accreditamento socio-sanitario ha evidenziato che per la completa internalizzazione sarebbe stato necessario procedere all'assunzione di circa 24 operatori OSS (in aggiunta agli attuali 6), in quanto la presenza della maggioranza di personale con rapporto di lavoro somministrato è incompatibile con la normativa sull'accreditamento.

L'assunzione di un numero considerevole di operatori socio-sanitari presentava le seguenti criticità:

- vincoli sia in materia di spesa di personale e di capacità assunzionale;
- problematiche di efficacia di gestione (tipologia contratto di lavoro, lavoro su turni notturni e a copertura h 24, inidoneità da ricollocare, costo aggiuntivo per eventuali sostituzioni).

Le criticità presentate dalla seconda ipotesi, invece, riguardavano soprattutto la ricollocazione efficace del personale attualmente impiegato nella gestione della struttura. Attraverso un percorso di concertazione interna con il personale e le organizzazioni sindacali, però, è stato predisposto un piano adeguato che prevede:

1. la ricollocazione del coordinatore in altri servizi,
2. il comando al nuovo soggetto gestore per tre anni dell'addetta al centralino e dell'ausiliaria della cucina (una probabilmente andrà in pensione, l'altra è fortemente motivata a rimanere presso la CRA),
3. la ricollocazione in posti già finanziati di 3 operatori socio-sanitari e della RAA, quindi senza oneri a carico del sistema, i
4. la creazione di un organico potenziato presso i CD anziani in gestione diretta con l'obiettivo di ridurre sostanzialmente il costo delle sostituzioni, prima operato con agenzie interinali.

La ricollocazione del personale fuoriuscito dalla CRA costituisce indicatore del piano degli indicatori 2018 per cui sarà oggetto di monitoraggio e valutazione costante.

Il contenzioso con INPS

Premessa

Nel corso del 2017 è proseguito il contenzioso con INPS per la questione della mancata iscrizione alla cassa ex Inadel (vedi relazione al Bilancio Consuntivo 2016). Dopo la sentenza di I grado favorevole all'Azienda, infatti, a fine marzo 2017, Inps ha depositato ricorso in appello con istanza di sospensione provvisoria dell'esecutività della sentenza di I grado che è stata accolta dalla Corte d'Appello di Bologna fissando l'udienza di discussione per il merito il 18 aprile 2018.

La sospensiva ha posto di nuovo l'Azienda in una condizione di incertezza dovuta soprattutto al permanere del blocco totale delle posizioni del personale (in ordine alla mancata liquidazione del TFR/TFS e al diniego delle richieste di piccolo prestito e/o anticipazione TFR /TFS) e al clima di conflittualità e rischio di azioni giudiziarie da parte dei dipendenti.

Nonostante la sospensiva, quindi, l'Azienda, pur di ricreare un clima di fiducia e ottimismo nei dipendenti, ha deciso, da un lato, attraverso il proprio legale, di tentare

di anticipare l'udienza di merito, dall'altro, di continuare ad operare in base alla sentenza di I grado, saldando ad INPS la quota intera prevista dalla gestione pubblicistica 1 maggio 2016 – 30 aprile 2017 (periodo in cui la azienda era passata al regime privatistico al fine di sbloccare le posizioni di alcune dipendenti che doveva andare in pensione) e ritornando alla gestione pubblicistica dal 1 maggio 2017.

La sentenza è stata anticipata al 12 settembre 2017 risultando ancora a favore dell'Azienda. Come prevedibile, però, a fine dicembre, Inps è ricorsa in Cassazione per cui la soluzione definitiva della vicenda è ancora una volta rinviata.

Nel frattempo, per il 2018, queste le decisioni assunte dall'Azienda:

- proseguire con la gestione pubblicistica del TFR/TFS come da sentenza di I grado confermata dalla Corte d'Appello;
- attenersi al parere prodotto dal Avv. Pizzoferrato in merito al rischio di causa e conseguente accantonamento prudenziale della differenza dei costi dell'eventuale pregressa gestione privatistica nel caso di perdita (conferma di quanto già accantonato senza ulteriore aggravio a copertura in percentuale ridotta sull'intero periodo);
- continuare ad offrire al personale una comunicazione tempestiva e trasparente su tutta la questione per il mantenimento del clima di cooperazione che sembra sia stato ormai recuperato e mitigare le ostilità inizialmente convertite tutte sui vertici politici e tecnici dell'Azienda.

Formazione

Anche per il 2018 è stato previsto un Piano della formazione molto ricco e articolato, che copre tutte le Aree in cui l'offerta dei servizi è organizzata e prevede eventi formativi di carattere più prevalentemente *informativo* (immigrazione, metodologia dei gruppi AMA, pensioni e previdenza, ecc); ed altri più mirati, invece, a fornire al personale (soprattutto le/gli assistenti sociali) gli strumenti necessari per gestire tematiche e carichi di lavoro particolarmente complessi (violenza intrafamiliare, nuovo modello di presa in carico, dipendenze dell'adulto, il lavoro di cura in famiglia, ecc).

Degni di specifica attenzione:

- un evento formativo su tutela e autotutela (la relazione con l'utente aggressivo);
- gli incontri di supervisione con professionisti esterni per l'analisi di casi e vissuti delle operatrici coinvolte in prese in carico di situazioni complesse, pianificati per tutte le aree;
- un evento formativo sul team working rivolto agli/alle amministrativi/e.

Infine, completata la formazione base sulla sicurezza, nel 2018 si passerà a quella specifica per i preposti così come previsto dal D.lgs. 81/2008.

Percorsi di fidelizzazione del personale

Anche per il 2018, l'Azienda si prefigge di mantenere alto l'impegno nella promozione del benessere dei lavoratori e delle lavoratrici attraverso una serie di azioni inserite nel Piano degli indicatori e perciò soggette a costante monitoraggio.

Oltre alla supervisione ormai stabilizzata per tutte le aree, il monitoraggio della ricollocazione del personale della CRA e la formazione su tutela e autotutela, si segnalano:

- 1) la realizzazione di azioni per la misurazione dei carichi di lavoro;
- 2) la riorganizzazione delle presenze e degli spazi nel territorio della Valsamoggia (in alcune municipalità persistono disagi);
- 3) la gestione del turn over con massimo contenimento delle procedure di sostituzione (ove previste).

A garanzia di tutto ciò permane l'obiettivo di un coinvolgimento sempre più attivo del CUG - *Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*.

Bilancio e Contabilità

Razionalizzazione e monitoraggio della spesa

Per un più efficace controllo e monitoraggio della spesa, la Direzione continuerà, oltre al mantenimento e miglioramento di azioni già in essere (contenimento del tetto massimo di giorni per il pagamento delle fatture, contenimento della spesa per incarichi non collegati a progetti finanziati o spese legali straordinarie, ecc.), l'azione di spending review attraverso una attenta valutazione della gestione del parco automezzi e del servizio trasporto in generale.

Inoltre altre specifiche azioni da mettere in campo saranno finalizzate a:

1. continuare a migliorare le percentuali di incasso rette utenti attraverso l'aumento della percentuale di utenti che usufruiscono di servizi disponibili al pagamento della retta con RID (dal 37,55% del 2017 al 50% per il 2018);
2. recupero dei crediti non riscossi attraverso almeno due momenti annuali di monitoraggio e report sugli insoluti.

Progettazione e Fund raising

Nel corso del 2017 sono state presentati i seguenti progetti con relative richieste di finanziamento, con gli esiti a fianco indicati e lo stato di avanzamento:

Progetti	Soggetto finanziatore	Richiesta	Esito
Progetto e-care – Ritoviamoci	ASL di Bologna	€ 2.000,00	finanziato
Progetto Dopo di Noi	Regione Emilia Romagna	€ 49.250,00	finanziato
Progetto RADICE	Dipartimento Pari opportunità	€ 1.1250,00	finanziato
Progetto Di genere in genere	Regione Emilia Romagna	€ 4.583,00	finanziato
Progetto Summer Camp	Fondazione del Monte	€ 20.000,00	Finanziato
Progetto Vita indipendente disabili*	Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali	€ 32.967,00	finanziato
Progetto Habitat*	Regione Emilia Romagna	€ 29.833,00	finanziato

**Progetti pluriennali finanziati in anni precedenti*

Per il 2018, l'Azienda oltre a proseguire con l'attività di progettazione e fundraising che possa contribuire ad incrementare le risorse economiche, si prefigge un attento monitoraggio dei progetti in corso.

Particolare impegno sarà dedicato al tema del Dopo di Noi in supporto alle associazioni di malati con cui si condividono i lavori del tavolo istituito su tema dall'Unione.

Comunicazione, Trasparenza e Rendicontazione Sociale

La comunicazione di un'azienda verso l'esterno è uno strumento indispensabile per migliorare la propria identità ed immagine ed ottenere la credibilità e la fiducia di tutti i gli stakeholders. Una corretta informazione e comunicazione, infatti, favorisce il dialogo e l'accesso ai servizi da parte della cittadinanza, consente di acquisire una maggiore visibilità, agevola la trasparenza e previene il rischio di corruzione.

In questa ottica, ASC si prefigge nel 2018:

- una revisione complessiva di tutte le pagine del sito
- il perfezionamento del sistema informativo metropolitano GARCIA minori
- la riduzione del debito informativo relativo al casellario dell'assistenza.

Sul piano della trasparenza e anticorruzione, ASC continuerà a mantenere aggiornati gli specifici piani triennale come da normativa vigente e, in particolare, nel corso del triennio 2018-2020, ne implementerà le azioni per adeguarlo al nuovo PNA. In particolare, si prevede l'attivazione di specifico software per la segnalazione degli illeciti in anonimato da parte dei dipendenti, ma anche controlli random periodici con la verifica dei requisiti per l'erogazione di prestazioni agevolate.

Lo strumento di massima trasparenza verso l'esterno è però la corretta rendicontazione della spesa sociale.

Questa, infatti, non solo consente di ottenere credibilità e fiducia da parte della cittadinanza ma offre a quest'ultima anche la possibilità di "partecipare" alla realizzazione del welfare locale attraverso specifiche azioni che partono proprio da una conoscenza condivisa delle informazioni.

A tal fine, dal 2012 ASC si è dotata del cosiddetto GGG, il sistema online di rendicontazione sociale per Genesi, Genere e Generazioni, che rappresentano le tre dimensioni dello sguardo di pari opportunità sul bilancio di ASC InSieme.

Obiettivo 2018 sarà proseguire con il lavoro di revisione di GGG per poter arrivare ad una sua maggiore diffusione anche tra gli addetti ai lavori e a un suo più proficuo utilizzo.

PROGETTI/SERVIZI SPECIFICI DI AREA

Al di là dell' *attività ordinaria* organizzata e gestita nell'ambito delle singole aree, in condivisione con il sistema di Governance (Unione, TRIC e FORUM) - che prevede la valutazione tecnica e politica e la gestione condivisa di quelle tematiche con impatto altamente significativo sia di tipo sociale che economico-finanziario – obiettivi 2018 prioritari dell'azienda nella gestione di servizi e progetti saranno (vedi anche piano degli indicatori):

Area Anziani e Disabilità

Promuovere azioni a supporto della domiciliarità e prossimità attraverso:

- a) azioni di qualificazione degli interventi a sostegno dei caregiver familiari;
- b) sperimentazione di nuove modalità di intervento a favore dell'invecchiamento attivo e dell'innovazione della rete per anziani;
- c) realizzazione di nuovi modelli formativi rivolti a caregiver professionali e familiari;
- d) realizzazione di progetti a sostegno del "Dopo di noi"

Area Minori e Famiglie

Promuovere azioni a supporto della crisi economica attraverso:

- la gestione ottimizzata delle nuove misure di contrasto della povertà (ReI/ReS)

Verificare l'efficacia degli interventi erogati nelle strutture protette per minori o nuclei mamma-bambino attraverso:

- la definizione di un sistema di monitoraggio che permetta di valutare costantemente il grado di raggiungimento degli obiettivi dei progetti e tenda in particolare alla riduzione dei tempi di permanenza.

Area Adulti e altre attività trasversali

Promuovere azioni a supporto della crisi economica attraverso:

- a) azioni per la realizzazione di interventi di integrazione lavorativa ex Legge 14/2015
- b) la gestione ottimizzata delle nuove misure di contrasto della povertà (Rel/ReS)
- c) realizzazione di percorsi di autonomia con fuoriuscita dall'albergo diffuso

Verificare l'efficacia degli interventi erogati

- azioni per la valutazione della presa in carico di adulti fragili

Tutte le Aree saranno costantemente impegnate, inoltre, nel primo monitoraggio dei servizi educativi alla scadenza di un anno dall'appalto, con valutazione formalizzata del raggiungimento degli obiettivi in base ad almeno 4 indicatori dichiarati in fase di gara.

Casalecchio di Reno, 3 Aprile 2018

La Direttora



**SCHEMA DI ACCORDO DI PROGRAMMA in attuazione dell'articolo 4, comma 3, della
L.R. 14 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale
delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i
servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari"**

e ai sensi dell'articolo 34 del D.LGS. 267/2000

TRA

La Regione Emilia – Romagna rappresentata dall'Assessore Patrizio Bianchi

E

L'Azienda Sanitaria di Bologna Distretto Sanitario Reno Lavino Samoggia_rappresentata
dalla Direttrice Fabia Franchi

E

gli Enti Locali compresi nell'Ambito Distrettuale di Reno Lavino Samoggia, di
seguito specificati:

Unione Reno Lavino Samoggia

VISTI

- L'art. 34 del Decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali), relativo alla disciplina degli accordi di programma per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi e di programmi di intervento che richiedono l'azione integrata e coordinata di Comuni, di Province e Regioni, di Amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici;
- Le Leggi regionali:
 - 30 luglio 2015, n. 14 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari", ed in particolare l'articolo 4, comma 3, relativo;
 - 30 luglio 2015, n. 13 "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città Metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro Unioni" e ss. mm.;
 - 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e ss. mm.;
 - 30 giugno 2003, n. 12 "Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro" e ss. mm.;
 - 1 agosto 2005, n. 17 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza, e regolarità del lavoro" e ss. mm.;

- 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e ss. mm;
- La deliberazione della Giunta Regionale n. 73/2018 avente per oggetto: "Linee di programmazione integrata ai sensi dell'articolo 3 Della L.R.30 luglio 2015 n 14" Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari".

Premesso che:

- l'articolo 4 della L.R. 14/2015 prevede che presso ciascuno degli ambiti distrettuali sia approvato il piano integrato territoriale contenente obiettivi, priorità, misure d'intervento, organizzazione e modalità di coordinamento con i programmi per le politiche del lavoro e piani sociali di zona;
- i suddetti piani integrati siano approvati con accordo di programma sottoscritto da Regione, Azienda unità sanitaria locale Comuni o Unione dei Comuni;
- i piani integrati siano oggetto di consultazione e confronto preventivo con le organizzazioni sindacali e datoriali territoriali più rappresentative a livello regionale;
- la DGR 73/2018 ha, tra l'altro, approvato il format per la stesura del piano integrato territoriale triennale contenente l'elenco delle misure d'intervento ammissibile;
- sulla base di tale format, è stata predisposta la bozza di piano integrato territoriale triennale di ambito distrettuale, che troverà formalizzazione con l'approvazione del presente Accordo di programma;

TUTTO CIÒ PREMESSO E CONSIDERATO

SI CONVIENE E SI STIPULA IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA

Articolo 1 **Finalità**

Le premesse sono parte integrante del presente accordo con il quale le parti approvano l'allegato Piano Integrato territoriale triennale dell'ambito distrettuale di Reno Lavino Samoggia risultato di un percorso di programmazione e pianificazione partecipata, condiviso con le parti sociali più rappresentative a livello territoriale.

Articolo 2 **Piano integrato territoriale**

Il Piano integrato territoriale che ha durata triennale 2018/2020 , è lo strumento con il quale si dà attuazione nel territorio all'integrazione dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari per la realizzazione dei percorsi integrati a sostegno dell'inserimento lavorativo ed inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Il piano definisce gli obiettivi, le priorità e le misure d'intervento nonché l'organizzazione dell'equipe multiprofessionale.

Oneri finanziari

I sottoscrittori del presente accordo assumono l'impegno di disporre l'erogazione delle prestazioni di propria competenza, con modalità integrata così come definito dalla stessa L.R. 14/2015, con le risorse che ogni sottoscrittore deve garantire ai sensi della citata DGR 73/2018.

Articolo 4 Impegni delle parti

Le amministrazioni aderenti al presente Accordo si impegnano a collaborare per il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano Integrato Territoriale, allegato parte integrante del presente accordo.

La Regione, sulla base delle misure individuate nel piano stesso, si impegna ad individuare tramite procedura pubblica, gli Enti attuatori in grado di erogare le prestazioni di politica attiva del lavoro finanziate con le risorse del Fondo Sociale Europeo;

L'Azienda Sanitaria Locale di Bologna Distretto Reno Lavino Samoggia_garantisce le prestazioni di natura socio sanitaria necessarie al raggiungimento degli obiettivi fissati nel piano integrato territoriale.

I Comuni o Unioni di Comuni facenti parte dell'ambito distrettuale di Reno Lavino Samoggia garantiscono complessivamente l'erogazione delle prestazioni di natura sociale previste nel piano integrato territoriale.

Nel caso in cui, nella fase di erogazione delle prestazioni previste nell'allegato Piano integrato, si rendano necessari scostamenti che non comportino modifiche relativamente alle risorse complessivamente assegnate e che favoriscano la corretta esecutività dell'accordo, gli stessi non comporteranno la modifica dell'accordo.

Articolo 5 Inadempimenti

Tutte le parti sottoscrittrici vigilano sull'applicazione del presente accordo. Qualora dovessero insorgere vertenze tra le parti per inadempimenti delle stesse, o sulla corretta interpretazione dei contenuti dell'accordo, ovvero sulla necessità di interventi sostitutivi, si costituirà il collegio di vigilanza presieduto dal Presidente della Regione o da un suo delegato e dai rappresentanti degli Enti locali interessati nonché dall'Azienda sanitaria, ai sensi dell'art. 34, comma 7, del D. Lgs. 267/2000.

Articolo 6 Sottoscrizione, effetti e durata

Il presente Accordo di Programma sottoscritto dai legali rappresentanti degli Enti partecipanti sarà approvato con decreto del Presidente della Giunta Regionale pubblicato sul BURERT.

Il piano integrato territoriale, così come previsto dall'articolo 4 comma 1, ha durata triennale e conseguentemente per il periodo 2018-2020 .

Letto e sottoscritto in modalità elettronica ai sensi dell'art. 15 comma 2-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss.mm. e ii.

Il presente Accordo s'intenderà sottoscritto alla data di apposizione della firma digitale da parte della Regione Emilia-Romagna quale ultimo firmatario; nella medesima data la Regione Emilia-Romagna procederà alla repertoriazione.

Regione Emilia-Romagna

Azienda Sanitaria Locale Di

Bologna Distretto Reno

Lavino Samoggia

Unione Reno Lavino

Samoggia

Allegato 3

PROGRAMMA DI ATTUAZIONE ANNUALE -2018

Individuare, a partire da quanto definito nel Programma triennale, gli interventi che si intende realizzare nell'anno di riferimento.

Compilare la tabella in base agli orientamenti e alle condizioni scelte compiute a livello distrettuale.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	INTERVENTO	Indicare con X se l'intervento è previsto	Indicare con X se è previsto l'uso di risorse dei Comuni	Indicare con X se è previsto l'uso di risorse dell'Ausl	Risorse FSE	
					Indicare con X se è previsto l'uso di risorse FSE	Se previsto l'uso, indicare la quota di risorse FSE assegnate
FORMAZIONE	Formazione progettata con riferimento al Sistema Regionale delle Qualifiche	x			x	18,20%
	Formazione permanente	x			x	
	Indennità di frequenza ai percorsi formativi di cui al Sistema Regionale delle qualifiche	x			x	
	Certificazione delle competenze - Sistema Regionale delle Qualifiche	x			x	
	Certificazione delle competenze per l'acquisizione di una qualifica - Sistema Regionale delle Qualifiche					
	Attività a supporto della partecipazione a percorsi formativi	x			x	
TIROCINI	Tirocinio di orientamento e formazione o di inserimento/reinserimento rivolto a persone con disabilità e in	x			x	75,43%

	condizione di svantaggio (C)					
	Tirocinio di orientamento, formazione, inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione (D)	x				x
	Erogazione dell'indennità di partecipazione a tirocini	x				x
	Servizio di formalizzazione degli esiti del tirocinio	x				x
	Rimborso delle spese di trasporto pubblico e pasti nei casi in cui l'indennità di partecipazione non venga corrisposta o venga corrisposta in misura ridotta					
	Attività a supporto dei processi di apprendimento nei contesti lavorativi	x		x		x
LAVORO	Orientamento specialistico	x				x
	Accompagnamento al lavoro	x				x
	Attività di sostegno alle persone nei contesti lavorativi					
	Certificazione delle competenze - Sistema Regionale delle Qualifiche					
	Certificazione delle competenze per l'acquisizione di una qualifica - Sistema Regionale delle Qualifiche					
SERVIZI E INTERVENTI DI NATURA SOCIALE	Interventi di supporto per il reperimento di alloggi	x	x			
	Servizio di mediazione familiare					
	Interventi di sostegno alla genitorialità	x	x			
						6,37%

	Corsi di lingua italiana per immigrati			
	Servizi di mediazione culturale			
	Sostegno socio-educativo territoriale e domiciliare	x	x	
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	x	x	
	Servizi di prossimità/buon vicinato/gruppi di auto-aiuto			x
	Telesoccorso e teleassistenza			
	Interventi a supporto della domiciliarità (pasti, lavanderia, ecc..)	x	x	
	Accompagnamento sociale	x	x	
	Distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario, emporio solidale, ecc.)	x	x	
	Asili nido e servizi Integrativi prima infanzia	x	x	
	Servizi estivi e conciliativi			
	Soluzioni di accoglienza abitativa temporanea	x	x	
TRASFERIMENTI IN DENARO	Contributi per servizi alla persona	x	x	
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie			
	Contributi economici per servizio trasporto e mobilità	x	x	
	Buoni spesa o buoni pasto	x	x	
	Contributi economici per i servizi			

scolastici			
Contributi economici erogati a titolo di prestito	x	x	
Contributi economici per alloggio	x	x	
Contributi economici a integrazione del reddito familiare	x	x	

Referenti per l'attuazione del Programma di attuazione annuale

Servizio	Ente	Ruolo	Nome e Cognome
Lavoro	CIP	Responsabile del Centro per l'impiego (ad interim)	Angela Bianchi
Sociale	ASC Insieme	Direttore (ad interim) Zaira Magno Fiorenza Ferri	Cira Solimene Educatrice Professionale Responsabile Area Adulti
Sanitario	DSM	Referente PO Area di supporto Direzionale Progettazione Educativa e Inserimento Lavoro	Vincenzo Trono

Allegato 2

PIANO INTEGRATO TERRITORIALE

(L.R.14/2015)

Ambito distrettuale di: Unione Reno Lavino Samoggia

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

Le principali criticità rilevate dai servizi sociali del territorio rispetto all'inserimento lavorativo delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità sono le seguenti:

- disoccupati con basse competenze e scarsi profili professionali, in particolare ultracinquantenni;
- donne con carichi familiari e di cura in condizione di vulnerabilità socio-economica;
- adulti stranieri con difficoltà linguistiche e di integrazione sociale;
- adulti fragili, con particolare attenzione alle persone in condizione di emergenza abitativa;
- persone in carico ai servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche.

In tale contesto d'azione gli obiettivi individuati sono:

- Promuovere l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;
- Integrare le risorse pubbliche disponibili, utilizzando le diverse fonti di finanziamento in modo appropriato;
- Perfezionare le modalità di lavoro dell'équipe multidisciplinare per una maggiore coesione tra i servizi sociali, sanitari e del lavoro, al fine di promuovere l'inserimento lavorativo delle persone fragili;
- Garantire la personalizzazione degli interventi integrati, assicurandone un adeguato monitoraggio.

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..

Nel triennio di attuazione del Piano si intende rafforzare ulteriormente la relazione con le aziende del territorio, a partire dalle sperimentazioni già avviate negli anni precedenti con i progetti già implementati dai servizi; inoltre, promuovere la responsabilità sociale d'impresa in raccordo con le iniziative promosse a livello metropolitano e con le agenzie accreditate ai servizi per il lavoro presenti sul territorio.

L'inserimento lavorativo per le persone svantaggiate risulta prioritario a fronte degli utenti in carico ai servizi sociali del territorio. Infatti nel 2017 i servizi sociali hanno attivato e finanziato circa 147 tirocini che hanno portato all'assunzione di 17 persone. Tali interventi continueranno ad essere promossi anche nel triennio ad integrazione delle specifiche risorse della Legge 14/2015.

Si intende, inoltre, promuovere il perfezionamento delle modalità di lavoro dell'équipe multidisciplinare per garantire appropriatezza e qualità ai programmi personalizzati anche nell'ottica di implementare una piena integrazione con le misure di contrasto alla povertà regionali e nazionali.

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	€ 407.817	€ 407.817*	€ 407.817*
FRD – Fondo Regionale Disabili	€ 0	€ 0	€ 0
Quota compartecipazione dei Comuni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)	€ 40.781	(almeno 10% assegnazione FSE)	(almeno 10% assegnazione FSE)

* questa cifra è passibile di modifica in ragione dei criteri adottati dalla Regione per la suddivisione delle risorse e/o del modificarsi di alcuni indicatori utilizzati per i riparti

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	€ 4.038	x	x
Totale risorse destinate			

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 Rientrano in questo ambito tutti gli interventi prettamente formative, nei quali è assegnata rilevanza significativa alla dimensione del gruppo in apprendimento (tutti i percorsi hanno lo stage)</p>	<p>Verrà attivato in linea con l'analisi dei bisogni formativi delle persone in carico ai servizi e coerentemente con le richieste del mercato del lavoro 1 percorso di formazione progettata con il riferimento al Sistema regionale delle qualifiche da 300 ore comprensiva di indennità di frequenza, stage e, laddove necessario, il supporto nei contesti formativi e il riconoscimento della certificazione delle competenze. Verranno attivati percorsi di alfabetizzazione informatica e linguistica ritenuti elemento qualificante di sostegno alle persone che svolgono tirocini formativi. La dimensione del gruppo in apprendimento viene sostenuta, inoltre, dall'attivazione di un percorso di competenze trasversali.</p>
<p>TIROCINI Riguarda tutte le tipologie di tirocinio al momento operanti. Comprende sia le attività di attivazione che la corresponsione delle indennità di partecipazione</p>	<p>I tirocini rappresentano la componente di maggiore rilievo della programmazione distrettuale perché: rispondono a bisogni diversificati delle persone fragili e vulnerabili, consentono di valutare le competenze relazionali, di adeguamento ai contesti lavorativi e al rispetto del contesto, favoriscono la formazione e l'apprendimento, possono facilitare l'inserimento lavorativo e garantiscono una parziale fonte di</p>

	<p>sostegno al reddito. Verranno promossi tirocini sia di tipo c che di tipo d (in modo prevalente) e sarà previsto per la maggior parte dei tirocinanti il servizio di formalizzazione degli esiti del tirocinio.</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.</p> <p>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>Il Piano prevede per tutti i beneficiari (formazione e tirocini) un primo momento di orientamento e in base ai profili delle persone le seguenti ulteriori misure: accompagnamento all'inserimento lavorativo ed il sostegno alle persone nei contesti lavorativi.</p>
<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>Verranno promossi interventi di natura sociale con l'obiettivo di favorire la conciliazione dei tempi di lavoro e di cura e di garantire condizioni di vita adeguate alle persone vulnerabili che necessitano di un percorso di accompagnamento per la transizione al lavoro. In base alla valutazione professionale dei componenti delle equipe integrate e coerentemente con le risorse disponibili potranno essere inseriti all'interno dei Programmi personalizzati i seguenti servizi: asili nido e servizi integrativi prima infanzia, servizi estivi e conciliativi, soluzioni di accoglienza abitativa temporanee, corsi di lingua italiana per immigrati, interventi di supporto per il reperimento di alloggi, servizi di prossimità, distribuzione beni di prima necessità.</p>
<p>TRASFERIMENTI IN DENARO</p> <p>Comprende i contributi economici di varia natura di competenza dei comuni</p>	<p>In base alla valutazione professionale dei componenti delle equipe integrate e coerentemente con le risorse disponibili potranno essere previsti all'interno dei Programmi personalizzati trasferimenti in denaro, nello specifico: contributi per servizi alla persona, contributi economici per cure o prestazioni sanitarie, contributi economici per servizio trasporto e mobilità, buoni spesa o buoni pasto, contributi economici per i servizi scolastici, contributi economici per alloggio, contributi economici a integrazione del reddito familiare.</p> <p>I trasferimenti in denaro avranno l'obiettivo specifico di porre i beneficiari nelle condizioni di poter garantire la loro piena partecipazione alle</p>

misure formative e di politiche attiva del lavoro previste dalla presente programmazione.

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.

Il Distretto Reno Lavino Samoggia è dotato di un' équipe multidisciplinare per tutta l'Unione, così composta:

- Agenzia regionale per il lavoro: un operatore dell'integrazione del CIP di Zola e/o responsabile del Collocamento mirato;
- Asc Insieme: educatrice professionale con funzione di coordinamento tecnico del progetto
- Sanità: 1 operatore del Sert e 1 operatore del CSM;

L' équipe si incontra indicativamente 2 volte al mese con cadenza quindicinale, viene convocata, inoltre, quando necessaria un' équipe dedicata agli utenti iscritti al collocamento mirato.

Il coordinamento delle équipe e la segreteria organizzativa sono a cura dell'educatrice di Asc Insieme che svolge le seguenti funzioni:

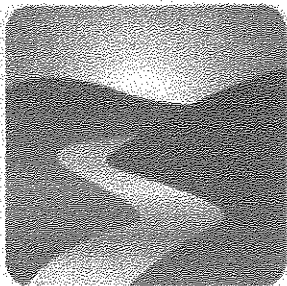
- raccolta e valutazione segnalazioni casi da servizi sociali, sanitari, lavoro;
- rapporto con gli utenti;
- organizzazione e convocazione incontri;
- gestione inserimento dati sul portale;
- attività di raccordo con il soggetto gestore per il monitoraggio degli interventi;

I referenti degli enti sottoscrittori del presente Piano rappresentano il gruppo di monitoraggio di attuazione del Piano, che si incontra indicativamente ogni tre mesi con l'obiettivo di monitorare l'andamento dell'attuazione delle misure e del funzionamento delle équipe e valutare eventuali modifiche da apportare al Programma di attuazione annuale.

Referenti per l'attuazione del Piano integrato territoriale

Servizio	Ente	Ruolo	Nome e Cognome
Lavoro	Agenzia regionale per il lavoro – Regione Emilia-Romagna	Responsabile Centro per l'Impiego di Zola Predosa;	Angela Bianchi
		Responsabile U.O. Inserimento Lavorativo Disabili Bologna	Claudia Romano
Sociale	Asc Insieme	Direttore (ad interim)	Cira Solimene
		Responsabile Area Adulti	Fiorenza Ferri
		Educatrice Professionale	Zaira Magno

Sanitario	AUSL di Bologna	Referente Progettazione e Inserimenti DSM- DP	Area Educativa Lavorativi	Vincenzo Trono
------------------	-----------------	--	---------------------------------	----------------



UNIONE DEI COMUNI

VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA
COMUNI DI CASALECCHIO DI RENO, MONTE SAN PIETRO,
SASSO MARCONI, VALSAMOGGIA E ZOLA PREDOSA

**VERBALE DI ACCORDO TRA IL DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI CASALECCHIO,
L'UNIONE DEI COMUNI VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA
E
LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI CGIL - CISL - UIL CONFEDERALI, DEI PENSIONATI
E DI CATEGORIA**

OGGETTO: PROGETTO BADANDO 3.0

Il giorno 05 del mese di Febbraio 2018, alle ore 9.30 presso la sede dell'Unione dei Comuni delle Valli del Reno, Lavino e Samoggia, sita Casalecchio di Reno, Via dei Mille

L'Unione dei Comuni rappresentata da :
Presidente dell'unione Sindaco Massimo Bosso
Assessore ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari dell'Unione Sindaco Stefano Rizzoli

E
ASC InSieme

E
ASL Distretto Reno, Lavino e Samoggia

E
Le organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL confederali dei pensionati e di categoria, nelle persone di:

per la CGIL: Gianni Monte, Giuseppe Peri e Paolo Carati
per la CISL: Alberto Schincaglia
per la UIL: Luciano Roncarelli, Giancarlo Rossi

PREMESSO CHE:

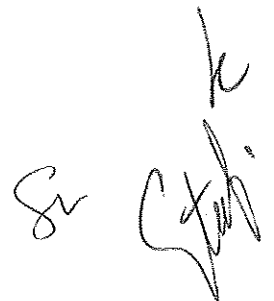
Premesso che l'attuale situazione economica e l'evoluzione del quadro sociale e demografico comportano l'opportunità, se non la necessità, di insistere su un modello concertativo spinto, e sulla base di questo strutturare livelli di integrazione più avanzati, e l'allargamento del sistema sociale e sanitario. L'idea che è a fondamento del progetto "Badando" fin dalla sua origine nel 2009 è che tra l'autosufficienza e la non autosufficienza grave ci siano molti passaggi intermedi, ai quali si può rispondere in forma innovativa con strumenti leggeri e flessibili che privilegiano la soluzione domiciliare con gradi crescenti di protezione, posticipando al massimo l'eventuale inserimento in struttura. Il presente accordo si pone in continuità con quanto fatto fin qui di declinare i servizi attuali in termini di filiera dell'innovazione sociale per costruire una serie di risposte personalizzate e non per compartimenti stagni articolate sui vari gradi della non autosufficienza, che faccia perno su una domiciliarità effettivamente protetta e su una presa in carico proattiva e precoce. Obiettivo condiviso è quello di aumentare la platea della popolazione non autosufficiente presa in carico, il perno del sistema è quindi la domiciliarità integrata nella rete dei servizi, con supporti efficaci che aumentino il grado di protezione al crescere della non autosufficienza. In questo quadro rientra e vanno visti gli interventi di promozione e supporto ai caregivers familiari e professionali.

Le parti convengono che il presente accordo si dà l'obiettivo di valorizzare la buona occupazione, a partire da quel "lavoro di cura di qualità" che caratterizza lo sviluppo del territorio.

L'idea di fondo è che tra l'autosufficienza e la non-autosufficienza grave ci sono molti passaggi intermedi, ai quali si può rispondere in forma innovativa, con strumenti leggeri e flessibili che privilegiano la soluzione domiciliare con gradi crescenti di protezione, posticipando al massimo l'eventuale inserimento in struttura.

Il presente accordo si pone l'obiettivo di rileggere i servizi attuali in termini di "FILIERA DELL'INNOVAZIONE SOCIALE" per costruire una serie di risposte personalizzate e non per compartimenti stagni, articolate sui vari gradi della non autosufficienza, che faccia perno su una domiciliarità effettivamente protetta e su una presa in carico pro-attiva e precoce.

Obiettivo condiviso è quello di aumentare la platea della popolazione non autosufficiente presa in carico, il perno del sistema è quindi la domiciliarità, integrata nella rete dei servizi, con supporti efficaci che aumentano il grado di protezione al crescere della non-autosufficienza, in questo quadro rientrano gli interventi di promozione e supporto al caregiver familiare e professionali.



PRESO ATTO CHE

Di fronte al consolidarsi del “fenomeno del badantato” cioè del sempre maggiore ricorso ad assistenti familiari nella cura delle persone fragili e, quindi, dell’aumentare della presenza dei/delle badanti, nel 2009 parte il progetto distrettuale Badando, contestualizzando l’assistenza familiare nella rete territoriale dei servizi alla persona e, nello specifico, dei servizi per la domiciliarità. Tale avvio e’ sancito dalla sottoscrizione in data 10/03/2009 di un apposito protocollo tra Comuni, ASL e organizzazioni sindacali;

Attraverso il progetto badando, il Sistema guarda all’assistenza domiciliare dal duplice punto di vista: del bisogno dell’assistito di ricevere assistenza qualificata e del bisogno del caregiver professionale e/o familiare di ricevere tutela, formazione e counseling adeguati.

Obiettivi centrali del progetto sono:

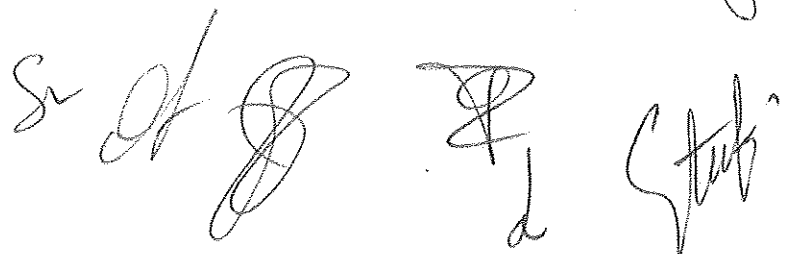
- favorire la domiciliarità delle persone fragili;
- aumentare la qualificazione del lavoro di cura dei caregiver professionali e familiari, nella consapevolezza che il miglioramento della qualità assistenziale permette un miglioramento della qualità di vita delle persone fragili stesse;
- mettere a sistema l’assistenza familiare privata integrandola nei servizi territoriali;
- qualificare l’investimento della famiglia in termini di assistenza “out of pocket”;
- favorire l’emersione del lavoro nero dei/delle “badanti”;
- mediare tra famiglia e assistente familiare professionale.

Nel corso degli anni il progetto cresce e allarga progressivamente la sua portata:

- nella versione **Badando 1.0** il progetto risponde al bisogno delle famiglie di trovare un supporto al lavoro di cura nei confronti delle persone fragili garantendo un servizio di assistenza e sostegno alla famiglia nelle operazioni di scelta e successiva stipula del contratto con la cosiddetta “badante” attraverso alcune Società di servizi;
- a partire dall’agosto 2011 il progetto evolve nella versione **Badando 2.0** ed aggiunge alle attività già previste anche il supporto nel reperimento di un’assistente familiare per brevi periodi tramite il ricorso della famiglia ad agenzie di somministrazione;
- da settembre 2016 nella versione **Badando 3.0** il progetto integra azioni anche per il riconoscimento, la promozione e il sostegno della figura del caregiver familiare (ovvero la persona cara all’assistito, come intesa dalla L.R. 2/2014 e altra normativa correlata).

Nel corso degli anni sono stati sottoscritti ulteriori protocolli con l’obiettivo di qualificare e monitorare l’andamento delle attività:

- Protocollo di intesa sulla realizzazione del progetto Badando – anno 2009;
- Rinnovo protocollo di intesa sulla realizzazione del progetto Badando – anno 2011;
- Rinnovo progetto Badando – anno 2013;
- Verbale di accordo relativo al progetto Badando – anno 2014.

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials in black ink. From left to right, there is a small 'S', a large stylized signature, another large signature, a signature that appears to be 'P. J.', and a signature that looks like 'Stefano'.

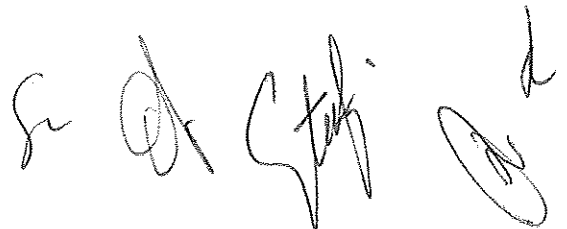
LE ATTIVITA' DEL PROGETTO POSSONO ESSERE RICONDOTTE A:

a) a favore delle famiglie:

- la tenuta e l'aggiornamento di un albo distrettuale dei caregiver professionali formati o conosciuti dai Servizi;
- il supporto qualificato alle famiglie nella scelta del caregiver professionale che meglio si adatti alle esigenze di assistenza espresse, con attenzione anche alle competenze culturali e linguistiche;
- il convenzionamento con società di servizi che seguano le famiglie con ISEE fino a 25.000 € nell'attivazione e nella gestione del rapporto di lavoro con il caregiver professionale;
- il monitoraggio del lavoro del caregiver professionale tramite l'assistente sociale e un/un'assistente domiciliare (OSS) opportunamente formato/a;
- l'accreditamento di agenzie di lavoro interinale per la fornitura di pacchetti di assistenza per brevi periodi, da erogarsi tramite caregiver professionali;
- il riconoscimento di un sostegno economico, attraverso 3 modalità:
 1. corresponsione alle società di servizi convenzionate dei costi per gli adempimenti amministrativi necessari per il percorso di regolarizzazione dell'assistente familiare (attivazione del contratto, elaborazione della busta paga, sostegno legale, chiusura del contratto);
 2. contributo alla famiglia (da definire in maniera proporzionale al reddito, tenendo a riferimento i limiti per l'accesso all'assegno di cura, e in base alla valutazione del contesto e dell'elaborazione di PAI finalizzato alla domiciliarità) per l'attivazione di pacchetti di assistenza familiare professionale tramite le agenzie di lavoro interinale;
 3. contributo aggiuntivo di 480 € annui alle famiglie in possesso di determinati requisiti reddituali, che assumono l'assistente familiare in regola a tempo pieno (minimo 52 ore settimanali), in assenza di assegno di cura;

b) a favore dei caregiver professionali (badanti):

- Obbligo di applicazione del CCNL nazionale e territoriale in vigore per il settore e per la zona nella quale si eseguono le prestazioni di lavoro stipulato dalle associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.
- la realizzazione di percorsi formativi, come da DGR Promozione delle attività di contatto e aggiornamento delle assistenti familiari; su questo specifico punto le parti si danno atto che si incontreranno entro dicembre 2018 per verificare la disponibilità economica per un eventuale aumento della formazione complessivamente intesa.
- la realizzazione di ulteriori momenti formativi per l'approfondimento e/o l'aggiornamento (rientri in aula) di coloro che sono già inseriti nell'albo dei caregiver distrettuale;
- il monitoraggio del lavoro dell'assistente familiare tramite l'assistente sociale responsabile del caso e un/un'assistente domiciliare (OSS) opportunamente formato/a;
- l'attestazione delle competenze maturate durante l'attività di badantato per il conseguimento dell'attestato ECC (European Care Certificate);
- l'informazione e la consulenza sulla normativa legata ai contratti di lavoro;
- l'ascolto e il supporto utili ad evitare l'isolamento e il rischio di burnout, il supporto psicologico e la partecipazione a gruppi ricreativi e di auto mutuo aiuto;
- Creazione dell'Albo dei caregiver professionali.
- Prevedere, in accordo con il centro per l'impiego, di iniziare un dialogo con le cooperative/aziende (quelle del sistema di accreditamento e che operano all'interno delle strutture presenti nel territorio dell'Unione delle Valli del Reno Lavino Samoggia) affinché nella scelta del personale valutino coloro che, in possesso dei titoli necessari allo svolgimento delle mansioni, siano inseriti nella lista



a favore dei caregiver familiari:

- la formazione e l'addestramento finalizzati al corretto svolgimento del lavoro di cura della persona cara
- l'ascolto e il supporto utili ad evitare l'isolamento e il rischio di burnout, il supporto psicologico e la partecipazione a gruppi di sostegno e di auto mutuo aiuto;
- L'offerta di specifiche iniziative di promozione ai corretti stili di vita e prevenzione patologie cardiovascolari
- l'attestazione delle competenze maturate durante l'attività di cura del proprio congiunto per il riconoscimento delle competenze in coerenza con la dgr di adozione delle linee attuative della legge regionale n.2 del 28 marzo 2014 "norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)"

CONSIDERATO IL MONITORAGGIO DELL'UTENZA AL 31/12/2016:

Comuni	Badando utenti totali	Badando distrettuale	Badando Pacchetti	Tutoraggi	Badanti sportello	Badanti formazione
Casalecchio di Reno	121	82	39	7	42	30
Monte San Pietro	23	16	7	3	-	1
Sasso Marconi	40	30	10	6	10	6
Valsamoggia	50	34	16	4	27	29
Zola Predosa	62	33	29	12	11	9
TOTALE	296	195	101	32	90	75

Non sono rilevati dati sui caregiver familiari in quanto l'evoluzione degli interventi e' iniziata a settembre 2016

LE PARTI, A SEGUITO DEL CONFRONTO E DELL'APPROFONDIMENTO DEGLI ARGOMENTI, CONCORDANO QUANTO SEGUE:

- 1) il progetto Badando, che rappresenta uno strumento del welfare di innovazione che si integra con gli altri servizi del welfare tradizionale, deve proseguire attraverso la continuità delle azioni riportate in premessa;
- 2) un sistema territoriale che guarda ai servizi a sostegno della domiciliarità quali risposte prioritarie ai bisogni dei cittadini nell'ambito della programmazione complessiva deve progettare avendo a riferimento una doppia centralità:
 - dell'assistito che deve ricevere assistenza adeguata in termini quantitativi e qualitativi;
 - del caregiver sia esso professionale o familiare che deve ricevere tutela, formazione e counseling per essere messo nelle condizioni di lavorare al meglio.
- 3) occorre riproporre l'offerta di servizi a bassa soglia (libero non tramite presa in carico), destinati a qualificare ulteriormente l'offerta di servizi territoriali e raggiungere anche target di utenza che di solito non si rivolgono ai servizi:
 - 3.1) Meeting center, nello specifico un servizio innovativo rivolto alle persone anziane con disturbi della memoria o affette da patologie di deterioramento cognitivo e ai loro familiari, per attività formative, di counselling e di mantenimento delle abilità residue.
 - 3.2) Gruppi di sostegno, nello specifico momenti (2 ore) rivolti a caregiver e utenti, destinati a precisi target di bisogno condotti da un professionista psicologo affiancato da OSS, animatori o altri professionisti, che si tengono in luoghi di facile accessibilità (Casa della salute, Centri diurni ecc...) con cadenza prefissata:
 - Il mio amico parkinson;
 - Ri-troviamoci;
 - Cafè San Biagio.
 - 3.3) Gruppi di auto mutuo aiuto, rivolti a caregiver professionali e familiari condotti da un facilitatore con cadenza prefissata:
 - Badiamoci, rivolto ad assistenti familiari;
 - Barcollo ma non mollo, rivolto a familiari anziani con decadimento cognitivo;
 - Gruppo per genitori di persone in condizione di disabilità.
 - 3.4) sportello dedicato sulla disabilità "Spazio disabilità" rivolto ad utenti e familiari. L'intervento si caratterizza per un forte legame con il territorio, l'obiettivo è mettere in rete anche le risorse che esprime la società civile in materia di integrazione di soggetti disabili, promuovendo il lavoro di comunità.
- 4) occorre confermare nell'offerta di momenti formativi rivolti a caregiver familiari e/o professionali:
 - 4.1) Corso con l'ausilio della piattaforma e-learning SELF PA "Formazione per chi assiste una persona non autosufficiente a domicilio"
 - 4.2) Aggiornamenti formativi per assistenti familiari già inserite nella lista su argomenti di utilità comune (alcol, cucina, posture ecc.);
 - 4.3) Certificazione delle competenze ECC in convenzione con AIAS Bologna;
- 5) procedere all'indizione del nuovo avviso per la selezione delle agenzie di interinali per la somministrazione dei pacchetti badando in maniera unitaria a livello metropolitano con ASC INSIEME capofila;









Letto e sottoscritto
Casalecchio di Reno: 05/02/2018

Per l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia

Per ASC InSieme *Stefano Ricci*
Giorgio Tuffinello

Per Distretto AUSL Valli del Reno, Lavino e Samoggia

Per CGIL *Giuseppe Poni* *Paolo Corti*

Per CISL *Alberto Ferrero*

Per UIL *Enrico Quattrone*
Gianni Pini

Paolo Corti

DISTRETTO RENO LAVINO SAMOGGIA - FABBISOGNO SERVIZI ACCREDITATI ANNO 2018

Tipologia servizio	Denominazione del servizio	Posti autorizzati	Posti accreditati o in corso di accreditamento	Fabbisogno 2018			Note
				Posti contrattualizzati al 15/6/2018	Posti obiettivo		
ASSISTENZA DOMICILIARE					ore 42.500	Target anziani e disabili adulti e minori, comprensivo coordinamento dimissioni protette	
CD Anziani	SAN BIAGIO	10	10	7		7	di cui 4 disturbi comportamento
	VILLA MAGRI	20	20	18		18	
	IL BORGO DEL SASSO	25	20	18		18	
	FANTONI	20	20	18		18	di cui 2 disturbi comportamento

	PEDRINI	25	20	20		20	di cui 4 disturbi comportamento	
	BIAGINI	25	20	18		18		
	CA' MAZZETTI	25	20	18		18		
CENTRI DIURNI totale			130	117		117		
CRA Distretto	NUOVA VILLA FIORE	60	44	44	di cui 7 temporanei	44	di cui 7 temporanei	
	IL PELLICANO	60	44	44	di cui 2 sollevio	44	di cui 2 sollevio	
	VILLA DEI CILIEGI	56	25	25	di cui 5 sollevio	25	di cui 5 sollevio	
	SAN BIAGIO	60	60	60		60		
	VILLA MARIA VITTORIA	14	20	14		20		Il Comitato di Distretto, nel prendere atto del termine dei lavori di ampliamento della CRA villa Maria Vittoria, conferma la scelta di accreditare 6 posti aggiuntivi, , già individuati nella programmazione del fabbisogno negli anni 2016 e 2017, in

								quanto unica struttura accreditata nella valle del Lavino
	VILLA TERESA	60	60	60		60		
	CREPELLANO	70	70	70		70		
	NUOVI POSTI DA ACQUISIRE IN ACCREDITAMENTO. Attuali progetti individualizzati					4		Procedura da avviare nel 2018
CRA fuori Distretto	Villa Ranuzzi (Bo)			4		4		
CRA totale sul Distretto			323	317		327		
CRA totale				321		331		

CSR Distretto	LA QUERCIA	18 (13)	13	13		13		
	IL DOMINO	12	12	11	di cui 1 utente PT 1 gg settimanale	11		
	MODIANO	18	18	14	di cui 1 utente PT 1 gg settimanale	14		
	LANTERNA DI DIOGENE	8	8	1		1		
	MONTECHIARO	13	13	2		2		
	CALCARA	16	16	5		5		
	IL BORGO	20	20	10	più 1 utente PT 1 gg settimanale	11		
CSR fuori Distretto	Peter Pan (Bo)			1		1		
CSR totale sul Distretto			100	56		57		
CSR totale				57		58		

CSRR Distretto	VILLA GIADA	11	11	0		0	
	CASA DOLCE	14	14	1		1	
	CASA DI REMO	17	17	15	di cui 1 sollevio	16	Possibilità di utilizzare il 16° posto per sollevio al bisogno e compatibilmente con il budget
CSRR fuori Distretto	Selleri Battaglia (Bo)			1		1	
	Barbiano (Bo)			1		1	
	Villa Donini (Pianura Est)			2		2	
	Luce sul mare (Rimini)			2		2	
	Il Melograno (Unione Terre dei Castelli-Mo)			1		1	
	Parco del Navile (Bo)			1		1	
	Fornino Valmori (FC)			1		1	
CSRR totale sul Distretto			42	16		17	
CSRR totale				25		26	



UNIONE DEI COMUNI

VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA

COMUNI DI CASALECCHIO DI RENO, MONTE SAN PIETRO, SASSO MARCONI, VALSAMOGGIA E ZOLA PREDOSA

SERVIZIO SOCIALE ASSOCIATO

Verbale Comitato di Distretto – 25 /06/2018
ore 16.00 presso Sala Giunta Comune di Zola Predosa

OdG:

- 1.Approvazione Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale triennale 2018/2020 e programma attuativo annuale 2018;**
 - 2. Prime indicazioni : Programmazione del fabbisogno fondo regionale e nazionale nonautosufficienza (FRNA FNA 2018);**
 - 3. Prevenzione ondate di calore, azioni coordinate e integrate su soggetti fragili a domicilio e in dimissione dall' ospedale;**
 - 4. Stato dell'arte, riassetto della rete territoriale e ospedaliero.**
- 2.Varie ed eventuali.

PRESENZE MEMBRI DEL COMITATATO DI DISTRETTO

ENTE DI APPARTENENZA	TITOLARE	DELEGATO E TITOLO	NOTA
Comune di Casalecchio di Reno	Massimo Bosso		
Comune di Monte San Pietro	Stefano Rizzoli		assente
Comune di Sasso Marconi	Stefano Mazzetti		
Comune di Valsamoggia	Daniele Ruscigno		assente
Comune di Zola Predosa	Stefano Fiorini	Daniela Occhiali Assessore	
AUSL	Fabia Franchi		

ALTRI PRESENTI

ENTE DI APPARTENENZA	NOMINATIVO	FUNZIONE
Ufficio di Piano per la salute e il benessere sociale	Massimiliano Di Toro Mammarella	Responsabile



UNIONE DEI COMUNI

VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA

COMUNI DI CASALECCHIO DI RENO, MONTE SAN PIETRO, SASSO MARCONI, VALSAMOGGIA E ZOLA PREDOSA

SERVIZIO SOCIALE ASSOCIATO

Servizio Sociale Associato	Cati La Monica	Dirigente
----------------------------	----------------	-----------

Presiede Massimo Bosso

Sintesi degli interventi:

1. Approvazione Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale triennale 2018/2020 e programma attuativo annuale 2018

Vengono distribuiti ai presenti i seguenti documenti:

- Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale triennale 2018/2020 e programma attuativo annuale 2018
- Fabbisogno Servizi socio sanitari accreditati
- Piano finanziario del Fondo sociale locale dei piani di Zona
- Schema Accordo di programma per la sottoscrizione del Piano di Zona triennale

Di Toro Mammarella Massimiliano descrive ai presenti il documento e i relativi allegati, parte integrante e sostanziale del presente verbale. Descrive inoltre il processo di partecipazione e concertazione sindacale, soffermandosi in particolare sui bisogni emersi, le priorità e la programmazione degli interventi per l'anno 2018.

Cati La Monica descrive il piano finanziario del Fondo sociale locale (allegato quale parte integrante e sostanziale del presente verbale) e lo stato dell'arte del piano finanziario complessivo costituente il quadro allargato delle risorse afferenti all'abito sociale, descrive inoltre il fabbisogno dei servizi socio sanitari accreditati (allegato quale parte integrante e sostanziale del presente verbale) sottolineando le variazioni e il collegamento con la programmazione delle risorse del Fondo Regionale e Nazionale Non Autosufficienza

Il Comitato di Distretto approva

2. Prime indicazioni : Programmazione del fabbisogno fondo regionale e nazionale nonautosufficienza (FRNA FNA 2018);

Fabia Franchi descrive ai presenti il consuntivo 2017 e la programmazione ad oggi delle risorse del Fondo Non Autosufficienza Regionale e Nazionale (il documento è parte integrante e sostanziale del presente verbale) sottolineando che, in attesa della ripartizione delle risorse relative al distretto Reno, Lavino e Samoggia, la presente programmazione deve considerarsi un preventivo passibile di modifiche in base alle risorse che saranno deliberate e formalmente assegnate, nella programmazione si è proceduto considerando di avere risorse disponibili invariate rispetto all'anno precedente.



UNIONE DEI COMUNI

VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA

COMUNI DI CASALECCHIO DI RENO, MONTE SAN PIETRO, SASSO MARCONI, VALSAMOGGIA E ZOLA PREDOSA

SERVIZIO SOCIALE ASSOCIATO

Il Comitato di Distretto approva

3. Prevenzione ondate di calore, azioni coordinate e integrate su soggetti fragili a domicilio e in dimissione dall' ospedale;

Fabia Franchi descrive la proposta di intervento per strutturare azioni coordinate e integrate sociali e sanitarie a favore di soggetti fragili e in dimissioni dall'ospedale che, con il supporto operativo del terzo settore e la collaborazione tra servizi sanitari e sociali territoriali potrebbe essere sperimentata già a partire dalle azioni di contrasto delle ondate di calore attivate nel territorio, con l'obiettivo di realizzare un sistema di intercettazione e prevenzione territoriale che consenta, anche tramite l'individuazione, con il supporto del terzo settore e dei servizi sociali territoriali, di alcune "sentinelle" locali che possano leggere indicatori di fragilità e attivare il sistema integrato di prevenzione e intervento socio sanitario.

Il Comitato di Distretto approva

4. Stato dell'arte, riassetto della rete territoriale e ospedaliero.

Fabia Franchi descrive ai presenti il documento che presenterà il 27 giugno p.v. in sede di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria relativamente al riassetto delle rete territoriale e ospedaliero, il documento è parte integrante e sostanziale del presente verbale.

Il Comitato di Distretto esprime parere favorevole

Varie ed Eventuali:

ALLEGATI AL VERBALE:

- 1. Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale triennale 2018/2020 e programma attuativo annuale 2018;**
- 2. Fabbisogno Servizi socio sanitari accreditati**
- 3. Piano finanziario del Fondo sociale locale dei piani di Zona**
- 4. Schema Accordo di programma per la sottoscrizione del Piano di Zona triennale**
- 5. Programmazione del fabbisogno fondo regionale e nazionale nonautosufficienza (FRNA FNA 2018);**
- 6. Riassetto della rete territoriale e ospedaliero.**

Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia



UNIONE DEI COMUNI

VALLI DEL RENO, LAVINO E SAMOGGIA

COMUNI DI CASALECCHIO DI RENO, MONTE SAN PIETRO, SASSO MARCONI, VALSAMOGGIA E ZOLA PREDOSA

SERVIZIO SOCIALE ASSOCIATO

La Dirigente del Servizio Sociale Associato
Cati La Monica