



*Una comunità
di persone
e di valori*

Piano di Zona Distrettuale per la Salute e il Benessere Sociale 2018-2020



Comune
di Cesena



Comune
di Montiano



Comune
di Mercato S.



Comune
di Sarsina



Comune
di Bagno di R.



Comune
di Verghereto

Piano di zona per la salute ed il benessere sociale triennale 2018-2020 del Distretto Cesena-Valle Savio

Indice

FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

1. Analisi del contesto distrettuale di appartenenza

- 1 Quadro socio-demografico
- 2 Famiglie e quadro socio-economico
- 3 Stato di salute della popolazione
- 4 Servizi sociali, socio-sanitari e spesa sociale
- 5 La sanità territoriale
- 6 I bisogni degli utenti percepiti dagli operatori dei servizi sociali
- 7 Modello di governance locale ed assetto organizzativo dell'ambito distrettuale

PRIORITA' e INTERVENTI

2. Scelte strategiche e priorità

3. Schede intervento

- Area A- Prossimità e domiciliarità (schede 1-8)
- Area B- Riduzione delle disuguaglianze e promozione della salute (schede 9-18)
- Area C- Promozione dell'autonomia delle persone (schede 19-21)
- Area D- Partecipazione e responsabilizzazione dei cittadini (schede 22- 23)
- Area E- Qualificazione ed efficientamento dei servizi (schede 24-31)

- INDICATORI DISTRETTUALI

4. Sezione dedicata al tema povertà

5. Processo per la realizzazione del Piano di zona

6. Valutazione e monitoraggio

7. Quadro riepilogativo finanziamento spesa prevista programma attuativo 2018

Capitolo 1

1 Quadro socio-demografico

Andamenti demografici: in sintesi

Potenzialità

Quella del territorio distrettuale è un popolazione:

- Longeva e con una aspettativa di vita tra le più alte a livello internazionale;
- Con primi, seppur deboli, segnali di crescita numerica dopo anni di calo;
- con una componente dinamica rappresentata dal saldo migratorio.

Criticità

Quella del territorio distrettuale è un popolazione:

- Che invecchia sempre più (con percentuali maggiori nell'alto Savio) e con natalità in calo;
- Con uno squilibrio nel rapporto tra gli anziani che escono dal mondo del lavoro ed i giovani che vi entrano (anche qui con maggiori criticità nell'alto Savio);
- Con un numero medio di componenti familiari in costante discesa negli ultimi anni.

La disponibilità di queste informazioni è il prerequisito per permettere agli individui e alle organizzazioni di prendere consapevolezza della situazione e attivarsi per promuovere la salute individuale e della comunità. I dati sono i più recenti a disposizione e sono principalmente riferiti all'intero territorio distrettuale, quando possibile sono riferiti con un dettaglio anche comunale.

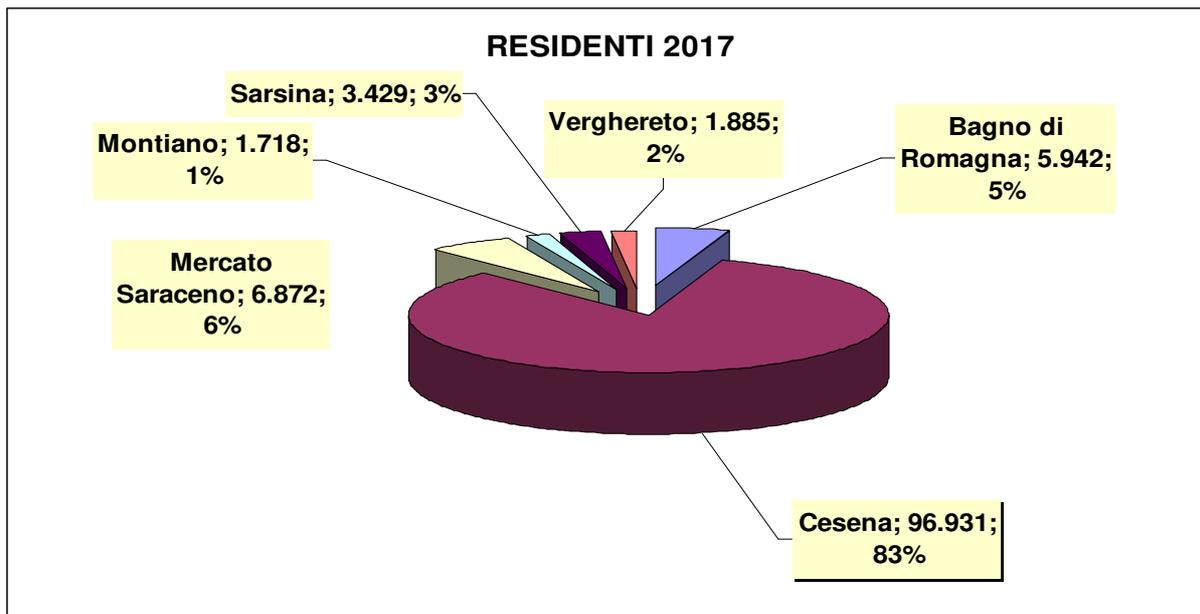
Il territorio del Distretto Cesena-Valle Savio, coincidente con l'Unione di Comuni "Valle del Savio" è composto da 6 Comuni: Bagno di Romagna, Cesena, Mercato Saraceno, Montiano, Sarsina, Verghereto. Si estende per una superficie di 810,20 kmq, con una densità media di circa 145 abitanti per kmq. E' caratterizzato da elevata eterogeneità in quanto sui circa due terzi della superficie, a carattere pedemontano, risiede poco-meno del 17% della popolazione.



1. Popolazione

Al 1.1.2017 sul territorio distrettuale risultano residenti 116.777 persone: nel Comune di Cesena risiede più dell'80% della popolazione (96.931 abitanti). A livello distrettuale la speranza di vita alla nascita è arrivata a 85 anni per donne e 82 per gli uomini.

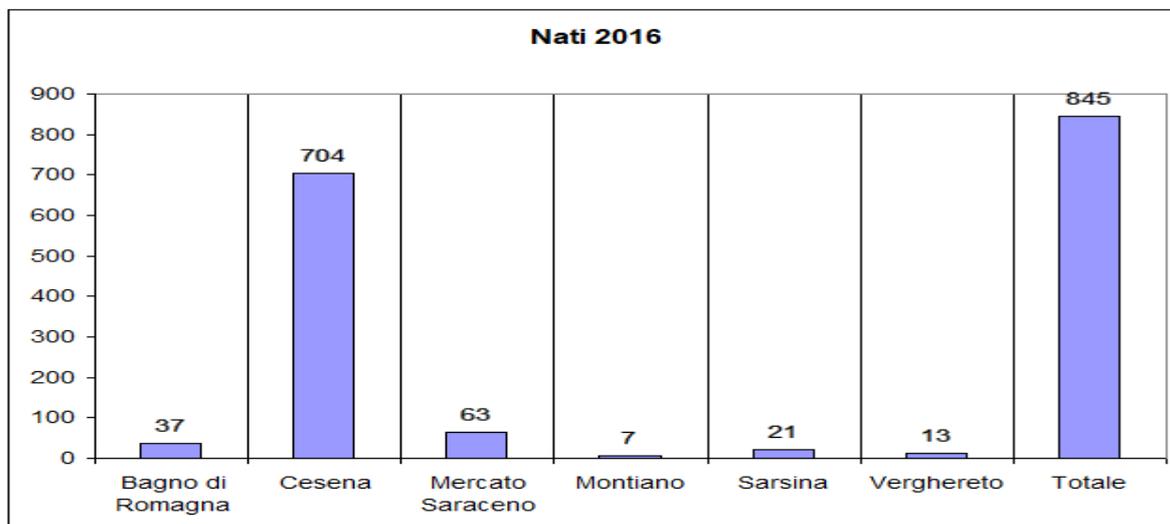
Popolazione residente nel territorio distrettuale Cesena Valle Savio (2017)



Fonte: Regione Emilia-Romagna

2. Nuovi nati

Nel 2016 (ultimo dato disponibile) nel Distretto Cesena Valle Savio sono nati 845 bambini. Il **tasso grezzo di natalità**¹ del nostro Distretto è pari a 7,25 nati ogni 1.000 abitanti; a livello regionale il dato è 7,77, quello nazionale circa 8,0 (il 20% dei bambini nati ha cittadinanza straniera). Dopo l'aumento della natalità registrato dal 2003 (essenzialmente dovuto alle gravidanze di donne straniere), dal 2009 si registra, sia a livello locale che a livello nazionale, una tendenza alla diminuzione della natalità.



Fonte: Regione Emilia-Romagna

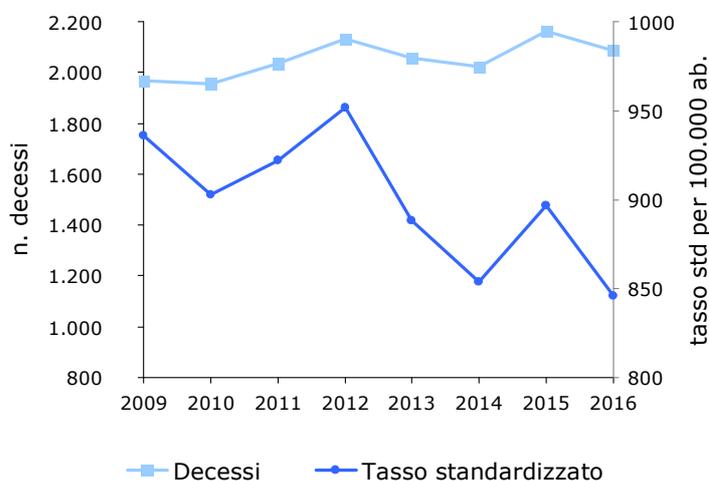
3. Mortalità

Nel 2016 nel territorio Cesena Valle Savio si sono verificati 2.085 decessi.

I decessi sono in lieve aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione, ma il tasso standardizzato, che annulla gli effetti legati alla struttura della popolazione, ci indica che in realtà nel Distretto si muore di meno rispetto agli anni precedenti.

Le principali cause di mortalità sono le malattie del sistema cardio-circolatorio (34% del totale), i tumori (28%) e le malattie respiratorie (9%).

Numero di decessi e tasso standardizzato di MORTALITÀ GENERALE per 100.000 abitanti (anni 2009-2016)



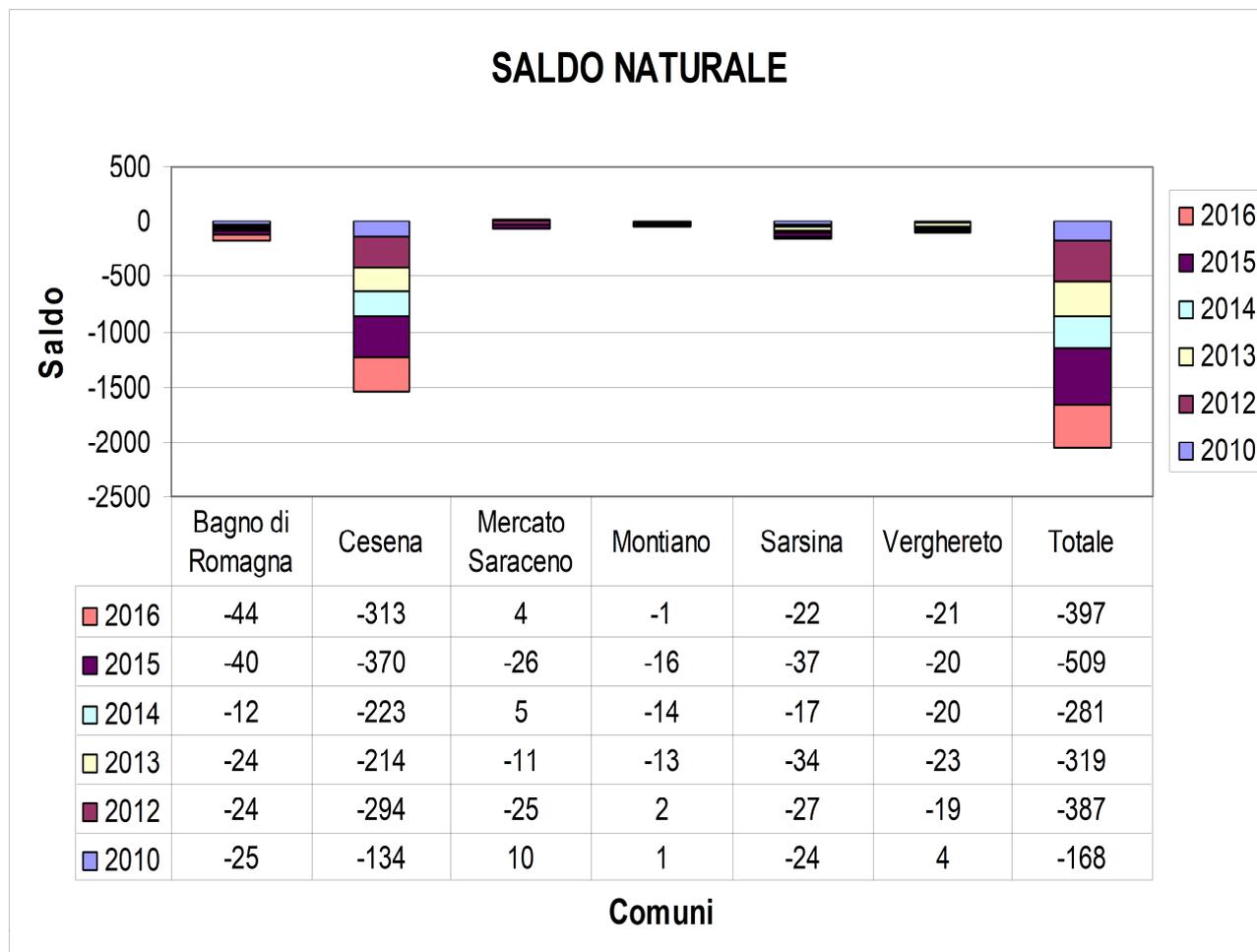
Fonte: Banca Dati REM- Emilia-Romagna (popolazione standard Italia 2011)

4. Saldo naturale

Il saldo naturale esprime la differenza tra il numero dei nati e quello dei morti relativi ad un determinato periodo di tempo (in genere un anno) su un determinato territorio. In linea con la tendenza nazionale, si

¹ Il tasso grezzo è il rapporto tra il numero di casi in cui si presenta la caratteristica in studio e la popolazione di riferimento, vale a dire il tasso senza ulteriori correzioni. Ad esempio il tasso grezzo di natalità è il rapporto tra numero di nati in una determinata popolazione (generalmente di 1000 abitanti), per unità di tempo (generalmente per un anno).

evidenzia il carattere negativo del saldo per tutti gli anni analizzati in tutti i comuni del distretto. Inoltre la tendenza negativa cresce di anno in anno in tutti i comuni.

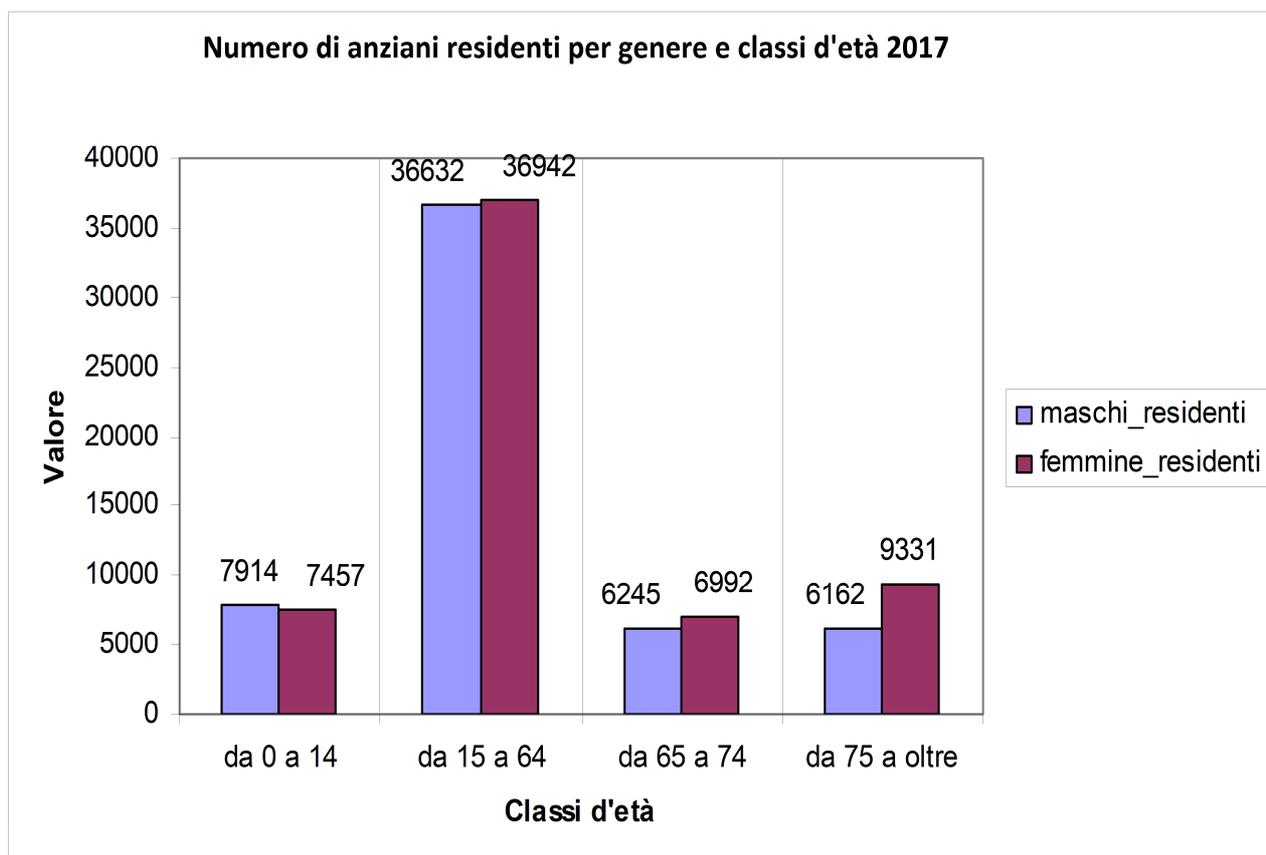


Fonte: Regione Emilia-Romagna

5. Invecchiamento

L'invecchiamento della popolazione continua ad essere un fenomeno evidente a livello locale come regionale. Le tendenze mostrano una prevalenza della componente femminile e una crescita rilevante dei 'grandi anziani' (80 e più anni).

Nel territorio del Distretto le persone sopra i 65 anni (all' 01/01/17) sono oltre 28.000 e costituiscono il 24% della popolazione. Quelle sopra i 75 anni il 13% (più di 15.000).



Fonte: Regione Emilia-Romagna

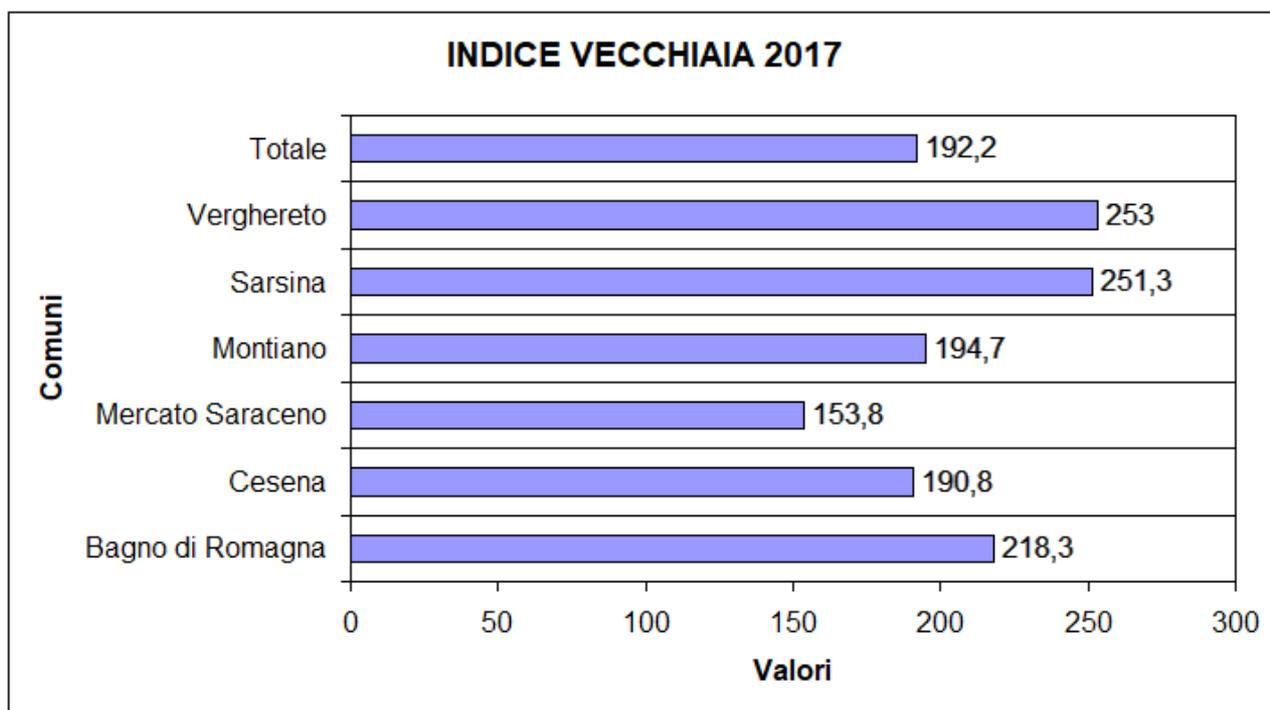
I Comuni dell'alta Valle del Savio presentano, in genere, valori dell'Indice di vecchiaia² più elevati. In tutti i Comuni del Distretto questo indicatore è in aumento

A Verghereto ad es. gli anziani sono circa 2.5 volte i bambini.

L'invecchiamento della popolazione ha comportato modifiche anche nelle strutture familiari:

- Nel distretto di Cesena – Valle Savio il 35% delle famiglie è unipersonale
- In Emilia-Romagna vive da solo il 23% degli anziani, con forte differenza di genere: 13% degli uomini 31% delle donne (fonte: PASSI d'Argento 2012-13)
- Indice di dipendenza (o carico sociale) 2016 pari a 59,62, ciò significa che 100 persone in età attiva, oltre a dover far fronte alle proprie esigenze, hanno teoricamente "in carico" circa altre 60 persone che risultano quindi dipendenti (nel 2008 tale indice era pari a 52,92). Valori sopra di 50 indicano una situazione di squilibrio generazionale.

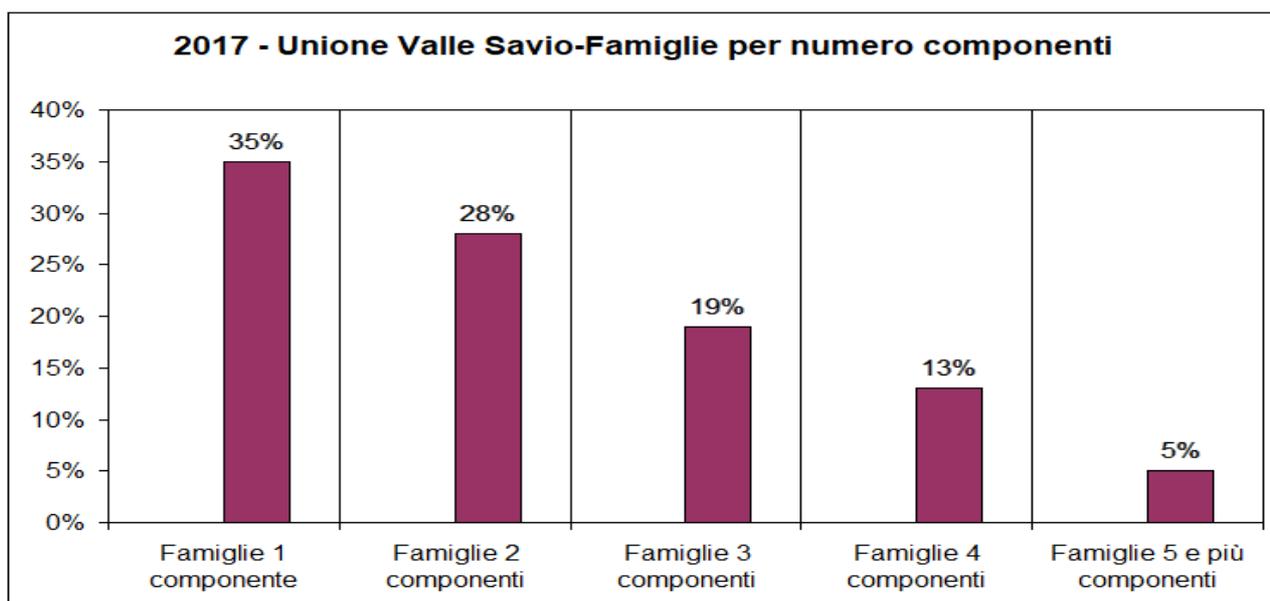
² Indice di vecchiaia = popolazione 65 anni e oltre/ popolazione 0-14 anni



Fonte: Regione Emilia-Romagna

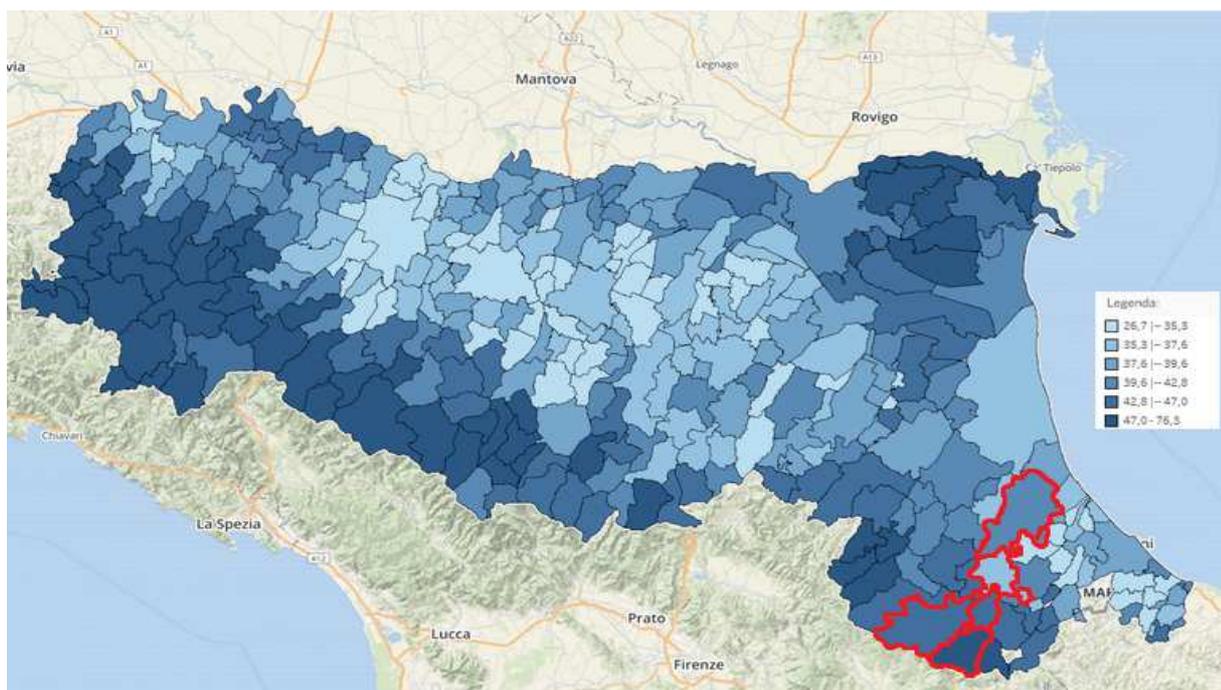
Le famiglie del distretto Cesena Valle Savio al 1.1.20217 erano 50.840. La dimensione media familiare è di 2,3 componenti come conseguenza di una distribuzione per dimensione che vede il 63 % circa delle famiglie costituite da 1 o 2 componenti e solo il 5% con 5 o più componenti.

Nel 40,4% delle famiglie è presente almeno un componente che ha superato i 65 anni, percentuale al di sopra della media regionale (38%). La presenza di componenti anziani rispecchia il grado di invecchiamento della popolazione che è maggiore nelle zone dei comuni montani (Sarsina, Bagno di R., Verghereto). La presenza di componenti anziani rispecchia il grado di invecchiamento della popolazione che è maggiore nelle zone appenniniche di tutta la Regione Emilia Romagna. In queste zone la presenza di almeno un componente che ha già compiuto i 65 anni sfiora il 50% ed in molti comuni questa condizione riguarda i due terzi delle famiglie. La mappa della presenza di famiglie con almeno un minorenne risulta speculare alla presenza di famiglie con componenti anziani.



Fonte: Unione - sistemi informatici associati - servizio SIT e statistica

Famiglie con almeno un componente di 65 anni o più per comune.
% sul totale delle famiglie. Emilia-Romagna. 1.1.2017

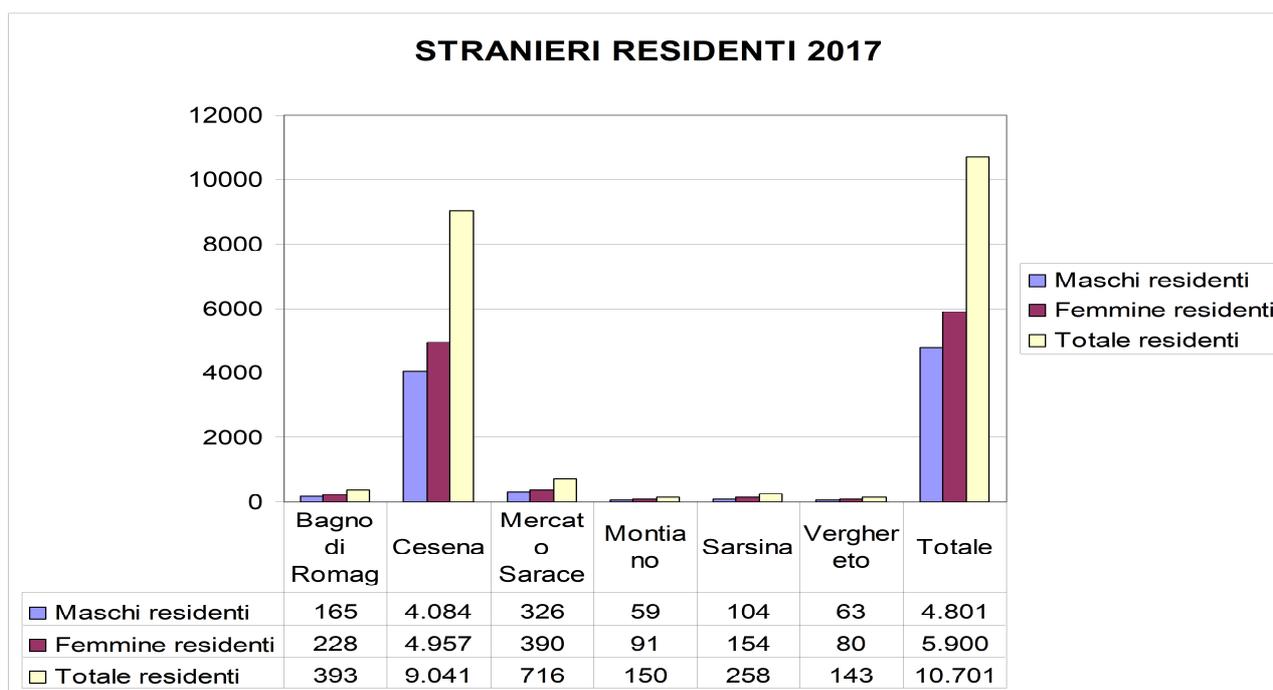


Fonte: Regione Emilia-Romagna

6. Immigrazione

Al 1 Gennaio 2017 gli stranieri **residenti** nei Comuni del Distretto Cesena Valle Savio sono 10.701, pari al 9,3% della popolazione complessiva; la percentuale è inferiore al dato regionale (11,9%) ed è superiore a quello nazionale (8,3%). La presenza di immigrati, in crescita con incrementi consistenti dal 2003, registra una lieve diminuzione a livello locale, mentre vi è una sostanziale stabilità in Emilia-Romagna e in Italia.

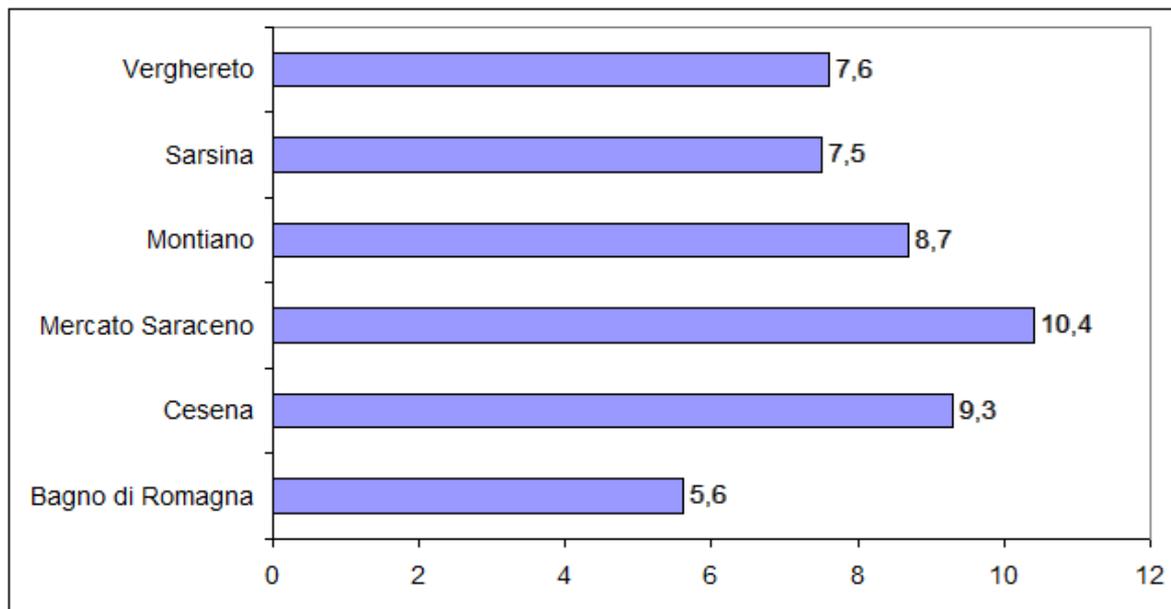
Stranieri residenti ne Distretto Cesena-Valle Savio- Anno 2017



Fonte: Regione Emilia-Romagna

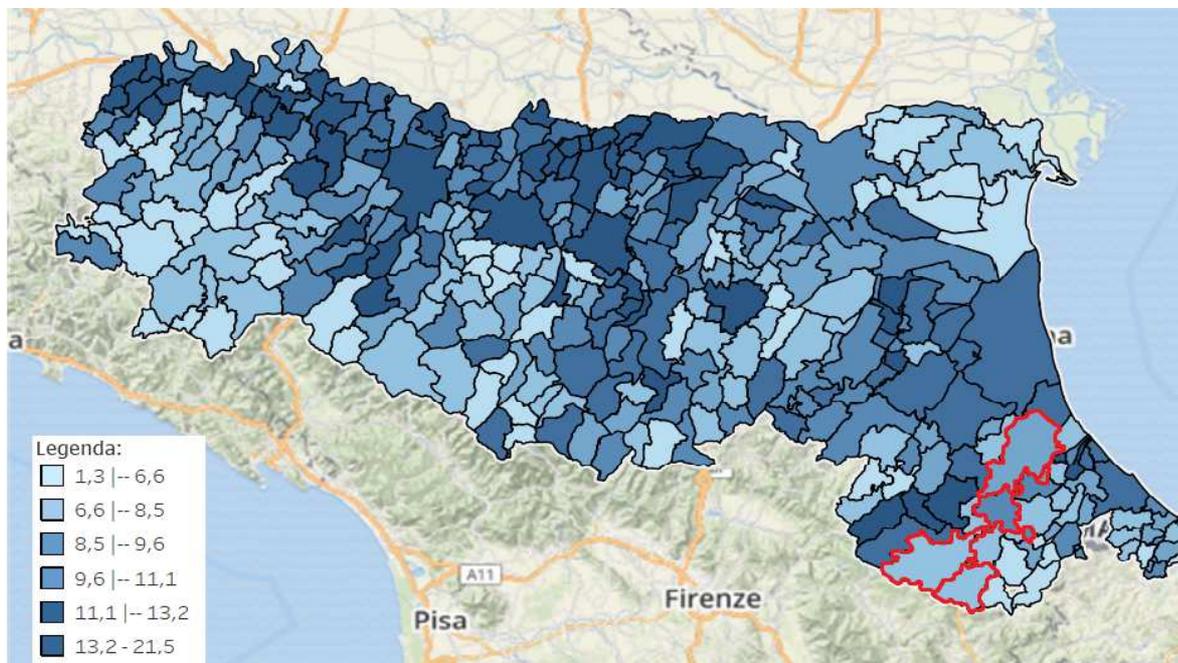
Gli stranieri residenti nel distretto sono una popolazione giovane rispetto a quella locale, con una lieve prevalenza femminile (54%) e con una presenza di minori pari al 21%. Il Comune con percentuale più elevata di residenti stranieri risulta essere Mercato Saraceno (10,4%), mentre quello con la percentuale più bassa è Bagno di Romagna (5,6%).

Percentuale di residenti stranieri Cesena Valle Savio (2017)



Fonte: Regione Emilia-Romagna

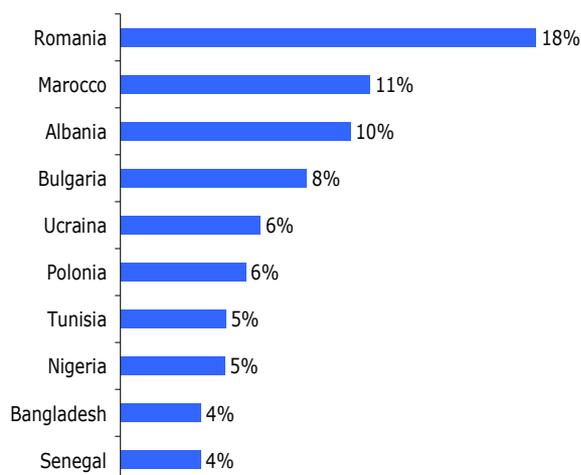
Incidenza della popolazione straniera per Comune (1/1/2017)



Fonte: Regione Emilia-Romagna

L'analisi per Distretto evidenzia interessanti distinzioni relativamente alla provenienza degli immigrati: nel Distretto di Cesena-Valle Savio prevalgono cittadini rumeni (18%), marocchini (11%) e albanesi (10%)

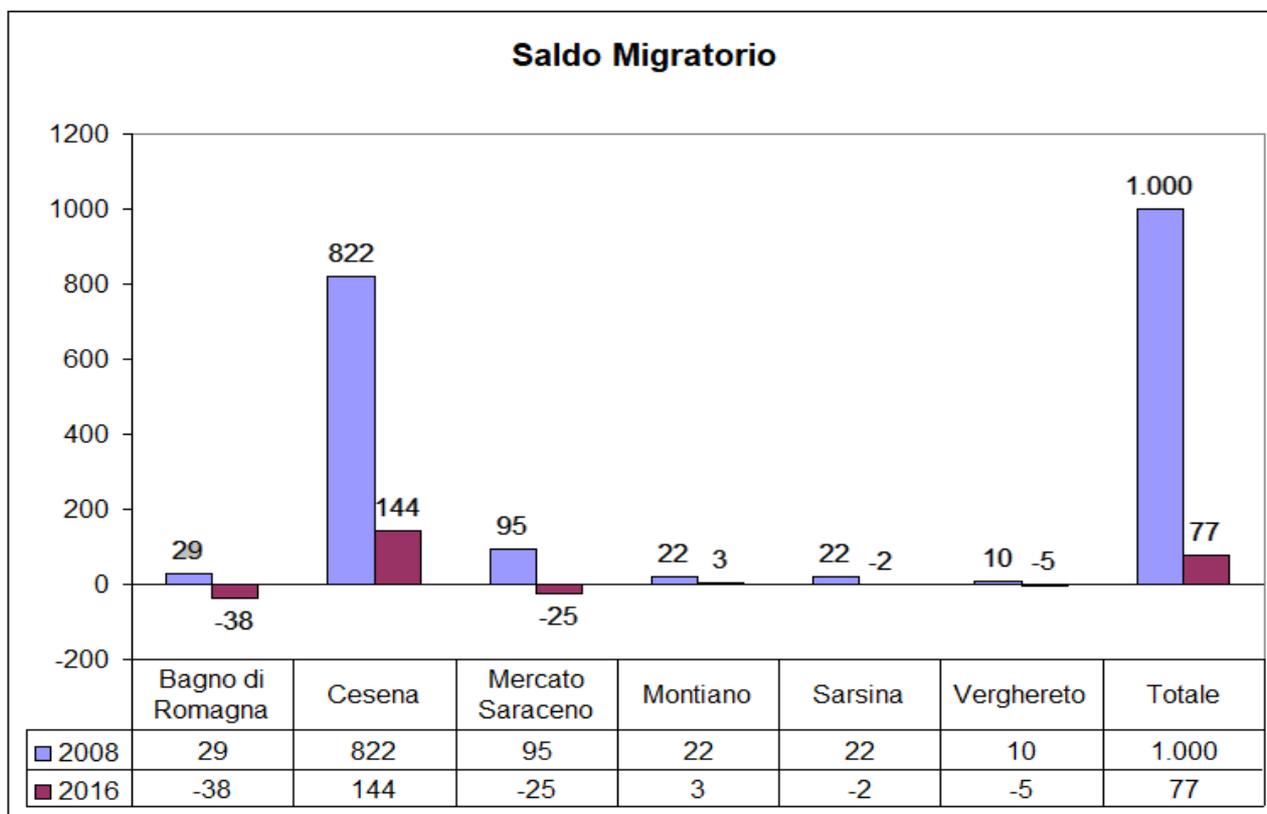
Percentuale stranieri residenti per le cittadinanze
Distretto Cesena-Valle Savio (01.01.2017)



Fonte: Regione Emilia- Romagna

7. Saldo migratorio

Il saldo migratorio indica, in valore assoluto, la differenza tra il numero degli immigrati e quelle degli emigrati registrato in un anno. E' un indicatore "geografico" che misura la capacità di attrarre persone in un determinato territorio. Dall'analisi dei dati si evince un chiara, netta diminuzione della capacità di attrazione del territorio distrettuale. Calo importante si evidenzia nel territorio cesenate dove passa da 822 nel 2008 a 144 del 2016 con la presenza anche di un saldo negativo nei comuni di Bagno di Romagna, Mercato Saraceno e Sarsina.



Fonte: Regione Emilia-Romagna

Uno sguardo al futuro....

L'Ufficio di statistica della Regione Emilia-Romagna rende disponibili i dati delle proiezioni demografiche per i prossimi venti anni. La costruzione di scenari prospettici è senza dubbio fonte d'incertezza, ma è un esercizio demografico di fondamentale importanza per la riflessione sullo sviluppo sociale ed economico dei territori.

Come sta cambiando la struttura della popolazione per età...

Le proiezioni, in estrema sintesi, ci prospettano uno scenario dove le generazioni anziane non saranno sostituite da quelle giovani e l'effetto dei comportamenti demografici del passato inciderà profondamente sul futuro.

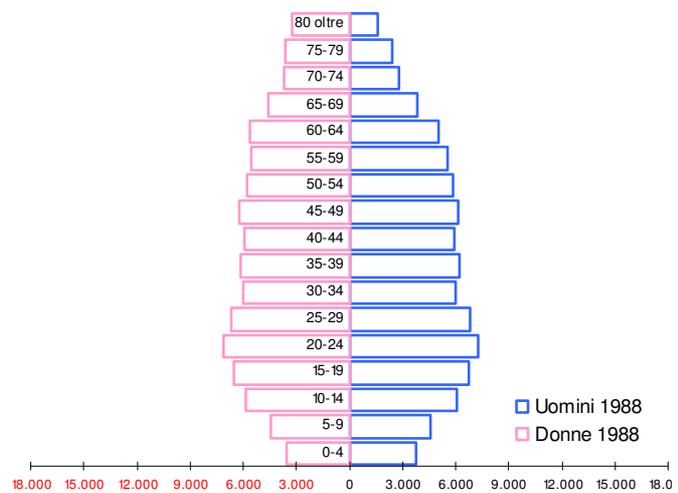
La popolazione nelle classi di età 15-39 anni è infatti costantemente diminuita nell'ultimo decennio, in particolare nella componente più adulta, tra i 30 e i 39 anni, ed è attesa ancora in forte calo fino al 2025. Sulla consistenza numerica di questa fascia di popolazione pesa la denatalità che ha caratterizzato il nostro paese negli anni ottanta. Con il naturale scorrere della popolazione sulla scala delle età, le generazioni poco numerose dei 15-39enni andranno a sostituire gli attuali 40-64enni, generazioni molto più consistenti e finora costantemente in aumento, determinandone una diminuzione, attesa a partire all'incirca dal 2025.

Solo ipotizzando livelli di immigrazione simili a quelli registrati nel boom dei primi anni duemila la consistenza delle giovani generazioni potrebbe lentamente tornare ad aumentare portandosi dietro un effetto secondario non trascurabile, far aumentare le nascite. In caso contrario nel 2065 a livello nazionale il numero dei decessi doppierebbe quello delle nascite e la popolazione generale si avvicinerà a quota 50 milioni dai circa 60 milioni di oggi.

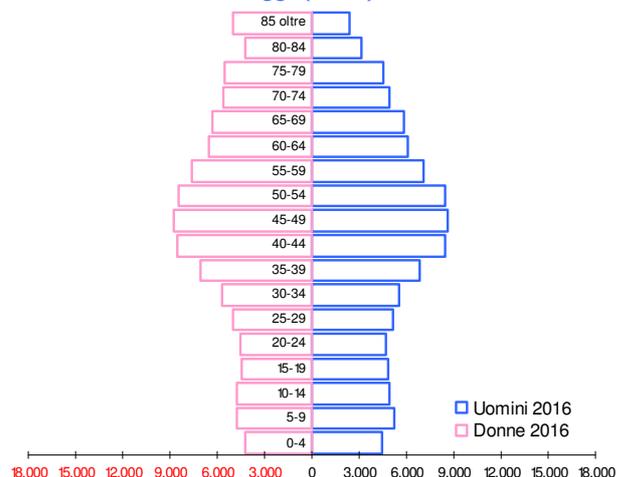
Gli scenari demografici pongono quindi molti interrogativi sull'organizzazione dei territori nel futuro e sulla possibilità da parte di una popolazione adulta e produttiva in diminuzione di sostenere lo sviluppo, a fronte di una popolazione anziana con crescenti bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Struttura per età della popolazione del territorio distrettuale

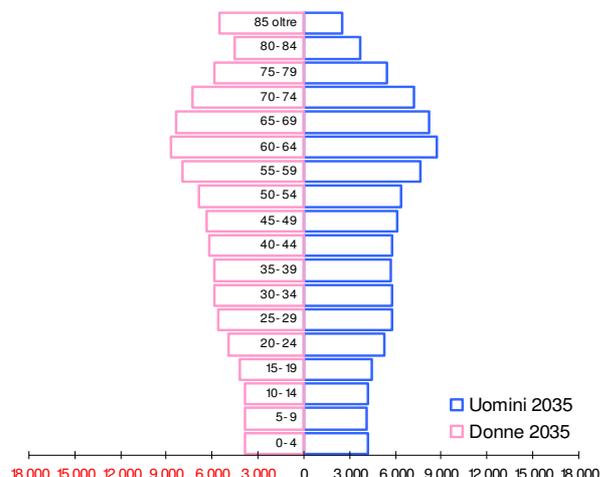
Ieri (1988)



Oggi (2017)



Domani (2035)



Fonte: Regione Emilia-Romagna

Capitolo 1

2 Famiglie e quadro socio-economico

Famiglie e quadro socio-economico: in sintesi

Potenzialità

- Rispetto alla media nazionale e regionale le donne sono meno disoccupate nella nostra provincia;
- il dato dei NEET (indica i giovani non impegnate nello studio, né nel lavoro né nella formazione) è in lieve miglioramento negli ultimi 3 anni e comunque migliore della media nazionale

Criticità

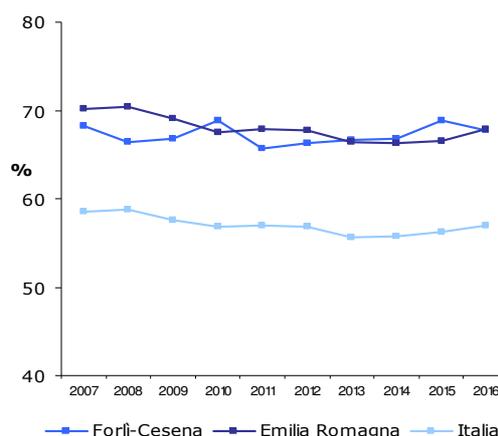
- In forte aumento i disoccupati ultracinquantenni ed i giovani anche se 1 disoccupato su 2 è un adulto (30-49enne);
- sembra esaurito quel differenziale positivo nei fondamentali del mercato del lavoro che ha sempre caratterizzato il sistema economico locale;
- forte calo delle imprese attive rispetto al 2011;
- lavoro di cura ancora quasi totalmente sulle spalle delle donne (una donna dedica tempo alla cura in misura più di 3 volte superiore di un uomo).

1. Il lavoro

Il **tasso di occupazione** (15-64 anni) è pari al 67,8%, in linea con quello regionale (67,9%) e superiore a quello nazionale (57,0%); i livelli occupazionali in provincia risultano sostanzialmente stabili, mentre l'occupazione appare in aumento a livello regionale e nazionale.

Il tasso di occupazione femminile si conferma distante da quello maschile (62,8% vs 72,9%), ma migliore di quello regionale (61,5%) e di quello nazionale (47,9%).

Tasso di occupazione* (2007-2016)
Media dei primi 3 trimestri dell'anno



Fonte: CCIAA di Forlì-Cesena

* Rapporto tra occupati 15-64 anni e corrispondente popolazione di riferimento*100

Il **tasso di disoccupazione** provinciale (15-64 anni) è pari al 7,8% (i disoccupati risultano essere 43.853¹ secondo i dati dei centri per l'impiego) in linea col valore regionale (7,8%) e inferiore a quello nazionale (11,6%); negli ultimi 3 anni si rileva una diminuzione della disoccupazione in Italia e in Regione e una situazione altalenante in provincia.

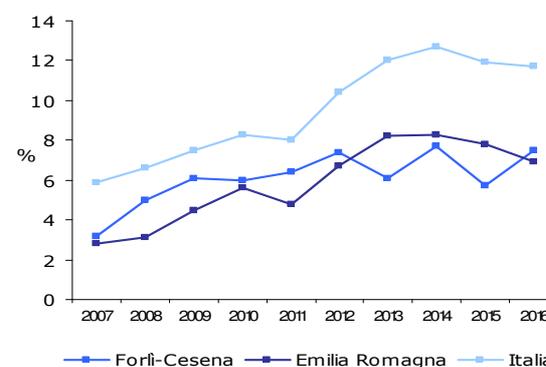
Dai dati rilevati dai **Centri per l'Impiego provinciali al 31/12/2015**² risulta in particolare colpita la popolazione ultracinquantenne (31% del totale) con un aumento rispetto all'anno precedente del 8,7%, seguono i 30-49enni (47% del totale dei disoccupati, -1% rispetto al 2014), circa un quinto dei disoccupati ha un'età compresa tra 18-30 anni (+5% rispetto al 2014).

I disoccupati stranieri rappresentano il 28% (circa 12.200 persone) del totale dei disoccupati con un'incidenza in costante aumento negli ultimi 9 anni.

Nel periodo in analisi, la provincia di Forlì-Cesena si colloca al quarto posto a livello regionale per disoccupazione, dopo Reggio-Emilia (4,9%), Bologna (6,2%) e Parma (6,6%).

La situazione delineata risulta di particolare interesse in quanto, per la prima volta da anni, pare essersi esaurito quel differenziale positivo nei fondamentali del mercato del lavoro che ha sempre caratterizzato il sistema economico locale. L'analisi per genere, parallelamente a quanto visto in precedenza per gli occupati (una migliore situazione occupazionale per gli uomini su tutti i livelli territoriali), riporta differenziali di disoccupazione sfavorevoli per le donne per tutti i territori di riferimento. La disoccupazione femminile in provincia è pari all'8,2%, livello inferiore al dato regionale (8,5%) e nazionale (12,6%), mentre quella maschile (pari al 7,4%) risulta superiore alla media regionale (6,1%), ma più contenuta di quella nazionale (10,9%).³

Tasso di disoccupazione** (2007-2016)
Media dei primi 3 trimestri dell'anno



Fonte: CCIAA di Forlì-Cesena

** Rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le corrispondenti forze lavoro (15-64 anni)*100

1 Ultimo dato disponibile per cambio dei criteri di individuazione nei centri per l'impiego dal 2016

2 Ultimo dato disponibile per cambio dei criteri di individuazione nei centri per l'impiego dal 2016

3 Dati e commenti del rapporto sull'economia 2016 CCIA di Forlì-Cesena.

2. Le imprese

Nonostante le difficoltà del mondo del lavoro e le conseguenze della crisi economica, la provincia si conferma un territorio con imprenditorialità altamente diffusa: il rapporto fra abitanti e imprese attive è pari ad un'impresa ogni 10,5 abitanti, contro una ogni 10,9 in regione e una ogni 11,8 a livello nazionale. Nel distretto di Cesena-Valle Savio erano attive nel 2015, 10.296 imprese con un calo pari a 3,69% rispetto al 2011, superiore al calo avvenuto a livello regionale (media di 1,17%)

Nel corso del 2016 sono stati dichiarati 71 **fallimenti** di imprese iscritte al Registro Imprese della Camera di Commercio di Forlì-Cesena: il dato è inferiore (-22,0%) rispetto al 2015, quando ammontavano a 91, ma continua a mantenersi superiore ai livelli degli anni pre-crisi (nel 2007 erano 52) e riflette il perdurare della difficoltà in cui si trova il sistema imprenditoriale. I settori maggiormente coinvolti sono quello del manifatturiero con 27 fallimenti dichiarati, le costruzioni con 17 e il commercio con 12.

Le imprese straniere attive al 31 dicembre 2016 in provincia di Forlì-Cesena sono 3.243 su un totale di 37.466 imprese, corrispondenti all'8,7% del totale; l'incidenza è inferiore a quella regionale (11,2%) e nazionale (10,0%).

Le start-up innovative con sede in provincia di Forlì-Cesena sono 59, pari al 7,8% del totale regionale. Confrontando gli ultimi dati disponibili con quelli al 08/02/2016 si rileva un aumento delle start-up provinciali (+55,3%) maggiormente accentuato rispetto all'andamento regionale (+33,0%) e nazionale (+32,0%). Un numero importante di start up per il territorio afferisce al comune di Cesena (24 start up innovative al 30.01.2017).

3. Il reddito e la povertà relativa delle famiglie

Il Sistema di sorveglianza nazionale PASSI (anni 2013-16) rileva che il 10% del campione intervistato nel territorio Cesenate riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 35% qualche difficoltà e il 55% nessuna, in linea con i dati regionali.

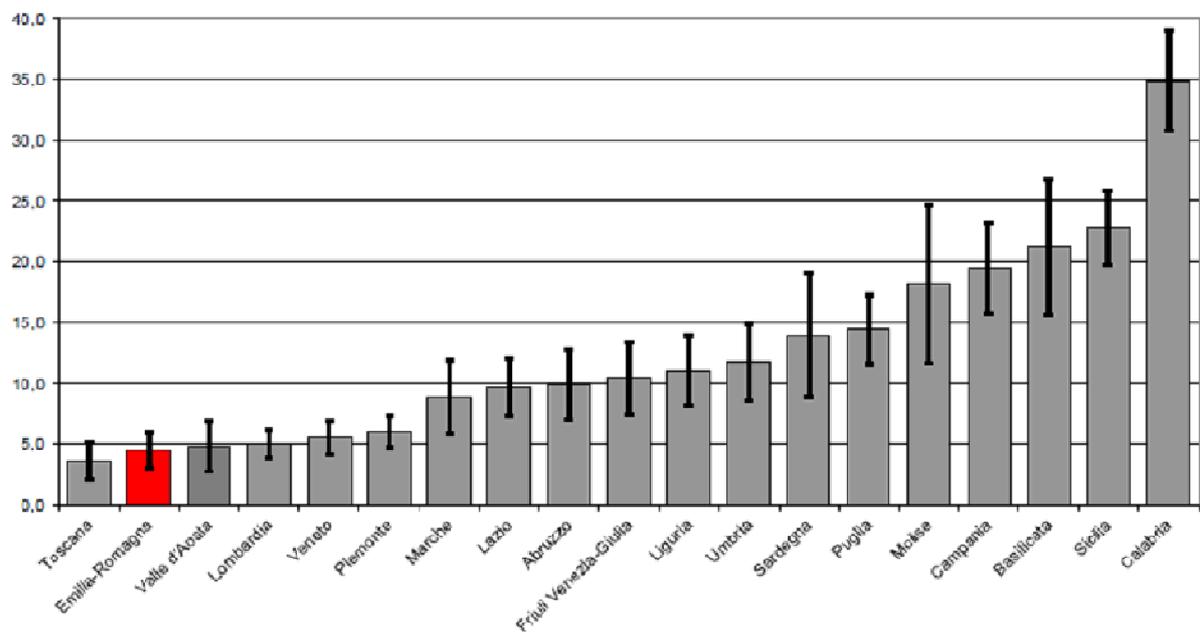
Secondo l'Osservatorio Findomestic BNP-Paribas, dopo Bologna, nella classifica regionale delle province con reddito pro-capite più alto, si colloca la provincia di Forlì-Cesena con 23.137 euro, seguita da Modena (22.345 euro), Parma (22.138 euro), Piacenza (21.583 euro), Ravenna (21.004 euro), Reggio Emilia (20.792 euro), Rimini (19.422 euro) ed infine la provincia di Ferrara (con 19.243 euro).

Tutte le province dell'Emilia-Romagna hanno un dato superiore alla media nazionale, che è di 18.000 euro. Il reddito pro capite della Regione cresce invece del 2,6% (la media nazionale è di 2,4%), con un valore di 22.251 euro per abitante. L'Emilia-Romagna ha visto, come la Lombardia, una maggiore crescita del Pil nel 2016 con un +1% contro lo 0,7 nazionale.

La spesa media per consumi delle famiglie è la quantità sui cui l'Istat basa in Italia le stime ufficiali della incidenza di povertà relativa. Difatti, una famiglia è definita povera in termini relativi se sostiene una spesa per consumi inferiore ad una soglia convenzionale (linea di povertà) data dalla spesa media mensile nazionale, che per una famiglia di due componenti nel 2016 in Italia è risultata pari a 1.061,50 euro (circa 11 euro in più rispetto all'anno precedente). Per famiglie di ampiezza diversa, il valore della linea di povertà si ottiene applicando alla spesa per consumi una opportuna scala di equivalenza, che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'interno della famiglia all'aumentare del numero di individui che la compongono. Nel 2016, in Emilia-Romagna, il 4,5% del totale delle famiglie residenti è in condizione di povertà relativa. In queste famiglie vivono oltre 200 mila individui. L'incidenza di povertà relativa in regione non si discosta di molto dai valori rilevati nel Nord Italia (5,7%), mentre il valore stimato per l'intero territorio nazionale è più del doppio ed è pari a 10,6%. Il dato in Emilia-Romagna nel 2016 è sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, così come accade nell'intero territorio nazionale e nella ripartizione di riferimento. L'incidenza di povertà relativa è data dal rapporto tra il numero di famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa e il totale delle famiglie che risiedono in un dato territorio. L'Emilia-Romagna fa registrare il più basso valore di incidenza di povertà relativa dopo la Toscana (3,8%)⁴.

⁴ Consumi e povertà 2016 -short report RER

Incidenza di povertà relativa e relativi intervalli di confidenza - Anno 2016 (valori percentuali)



Fonte: Istat. Indagine sulle spese delle famiglie

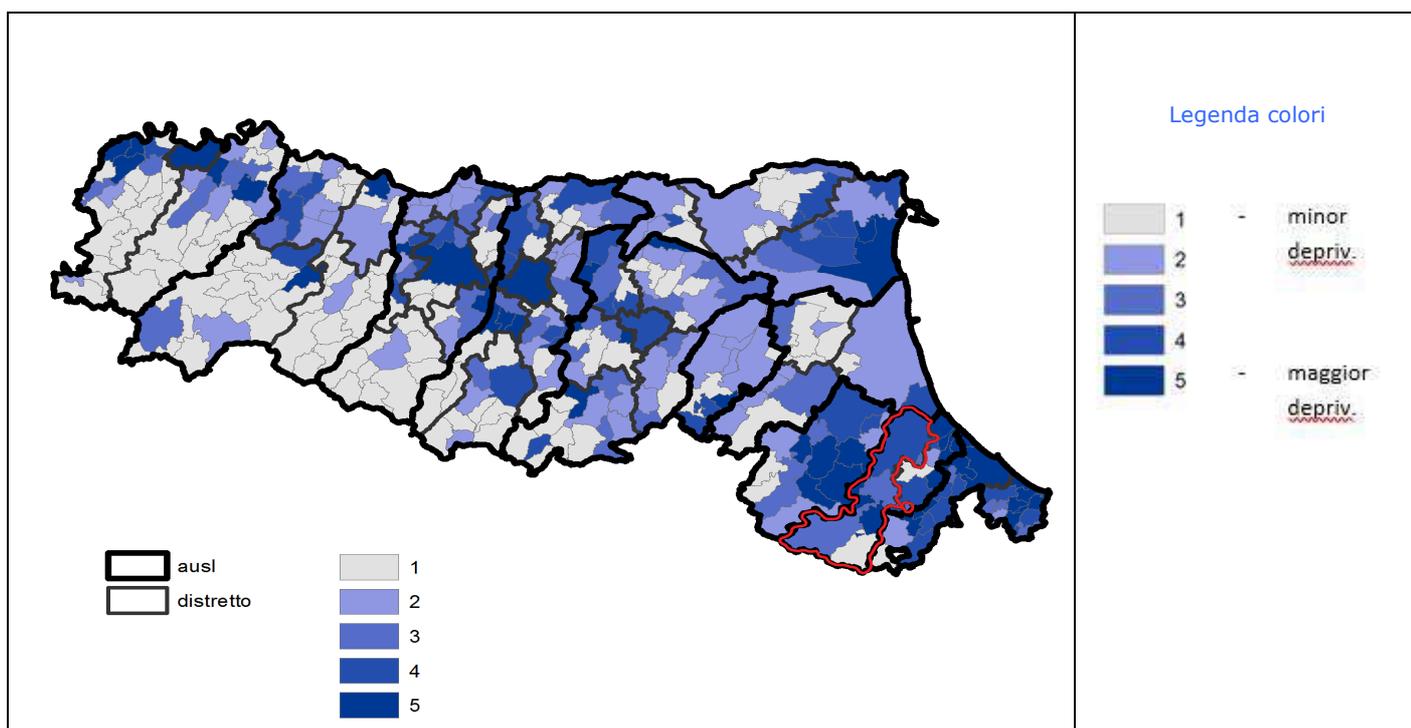
Per il Trentino Alto Adige la stima non risulta essere statisticamente significativa a causa della scarsa numerosità campionaria

4. Indice di deprivazione

L'indice di deprivazione è una misura della deprivazione materiale e sociale. E' composto dalla somma di cinque indicatori di svantaggio⁵.

Per quanto riguarda il territorio del distretto di Cesena-Valle Savio il dato mostra "un livello di deprivazione in linea con quello regionale, con una distribuzione nelle classi assimilabile a quella dell'intera regione. Nel distretto si osserva un'eterogeneità tra i Comuni, dove il "colore bianco" indica Comuni che si collocano al livello minimo di deprivazione e il "colore più scuro appena sopra al 4° quintile "di deprivazione" territori comunali più deprivati.

Indice di deprivazione, comuni al censimento 2011 (e confini di AUSL e distretti sanitari). Quintili di popolazione, Emilia-Romagna



5. L'istruzione

In Emilia-Romagna il 29% della popolazione di 25-64 anni presenta un livello di istruzione primario (scuola elementare), il 48% secondario (scuole medie) e il 23% terziario (diploma superiore), superiore a quello medio italiano rispettivamente pari a 33%, 46% e 33%.⁶

Per quanto riguarda la **dispersione scolastica**, la percentuale di persone di età 18-24 anni che non ha conseguito titoli scolastici superiori alla licenza media (il titolo di scuola secondaria di primo grado), o non sono in possesso di qualifiche professionali ottenute in corsi di durata di almeno 2 anni e non frequentano né corsi scolastici né attività formative è, in Emilia-Romagna, pari al 11,3% dato riferito rispetto al 13,8% di quello nazionale (Dati EUROSTAT)

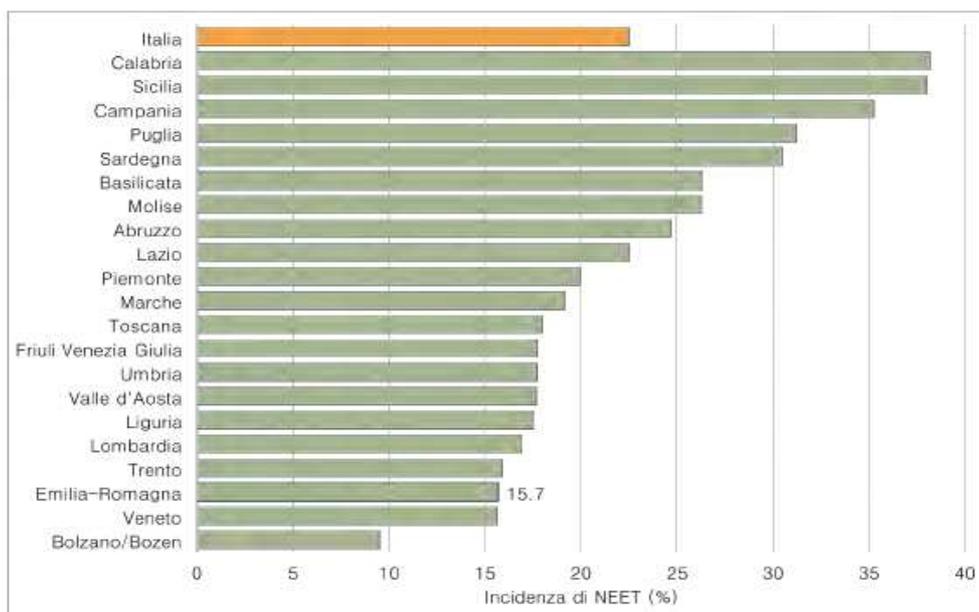
⁵ L'Indice è una operativizzazione del concetto multidimensionale della deprivazione materiale e sociale (Caranci et al., 2010a; Rosano et al., 2016). È calcolato a partire dai dati del censimento generale della popolazione e delle abitazioni - Istat 2001, 2011. È composto dalla somma di cinque indicatori di svantaggio, calcolati a livello di sezione di censimento: % persone con titolo di studio pari o inferiore a licenza elementare, % disoccupati o in cerca di prima occupazione, % abitazioni occupate in affitto, persone per 100 mq di superficie delle abitazioni, abitazione in affitto. Il valore varia attorno allo 0 e classifica in quintili di popolazione (il 1° quintile contiene il 20% della popolazione meno deprivata, il 5° il 20% della popolazione più deprivata) per un approfondimento si veda il rapporto "Analisi delle condizioni socio-economiche e salute in Emilia-Romagna attraverso l'uso integrato di dati", a cura di Barbara Pacelli, Nicola Caranci e Chiara Di Girolamo - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Bologna (anno 2018).

⁶ Istruzione primaria (scuola elementare); istruzione secondaria di I grado (scuola media inferiore); istruzione secondaria di II grado (scuola secondaria superiore e conservatori musicali); istruzione post - secondaria non universitaria (istruzione terziaria); istruzione universitaria (istruzione terziaria).

6. I NEET (not in education, employment or training)

Secondo gli ultimi dati disponibili, i NEET (giovani non occupati, non in formazione o istruzione) dell'Emilia-Romagna ammontano al 15,7% della popolazione giovanile tra i 15 e i 29 anni. In altri termini, nel 2016 quasi uno ogni sei giovani emiliano-romagnoli non lavorava né era iscritto a corsi di formazione riconosciuti o ad alcun percorso di istruzione formale, come la scuola o l'università. Rispetto alla media nazionale (22.5%), l'Emilia-Romagna si posiziona tra le regioni in condizioni meno critiche in Italia, superata in virtuosità solo da altre due aree del Nord: Veneto e provincia autonoma di Bolzano. Il dato relativamente positivo di oggi è, tuttavia, il risultato di un progressivo e deciso aggravamento nelle condizioni di vita dei giovani, che ha portato il numero dei NEET quasi a raddoppiare nell'arco dell'ultimo decennio, sia su base regionale (per la fascia 15-34 anni, da circa 93.000 nel 2004 a oltre 166.000 nel 2014, sino a giungere ai 139.000 circa del 2016), che su scala nazionale⁷.

Figura 2.1: Incidenza dei NEET di 15-29 anni per regione



Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Noi Italia 2016

7. Proiezione futura delle famiglie

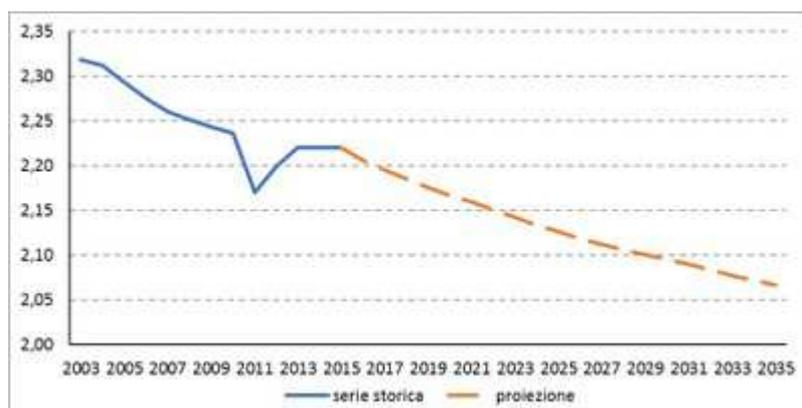
L'analisi delle famiglie mostra che la loro dimensione media è in diminuzione da oltre quarant'anni, di pari passo con la diminuzione del numero di figli e con l'aumento della propensione a formare famiglia da soli. Lo scenario di riferimento delle proiezioni di base mostra che la popolazione residente in Emilia-Romagna potrebbe subire solo lievi variazioni numeriche tra 2015 e 2035, a fronte di cambiamenti consistenti nel rapporto tra le generazioni.

La sostanziale stabilità potrebbe verificarsi per una compensazione tra aumento della popolazione anziana e diminuzione della popolazione giovane.

Incrociano gli andamenti delle varie fasce di popolazione con le tendenze nella variazione delle famiglie possiamo aspettarci che, a parità di scelte abitative, l'aumento in futuro della popolazione anziana si rifletta in un aumento del numero di famiglie di piccolissime/piccole dimensioni (con uno o due componenti) a scapito di quelle con dimensioni maggiori.

e famiglie di uno o due componenti rappresentano oggi circa il 64% delle famiglie residenti in Emilia-Romagna e tra 20 anni il loro peso potrebbe sfiorare il 70%, facendo proseguire la tendenziale diminuzione della dimensione media familiare.

⁷ Tratto da Report "Giovani, occupazione e lavoro autonomo in Emilia-Romagna. Numero 20" Regione Emilia Romagna Assemblea legislativa.



Fonte: elaborazioni su dati Istat – 2003-2015; Regione Emilia-Romagna 2016-2035

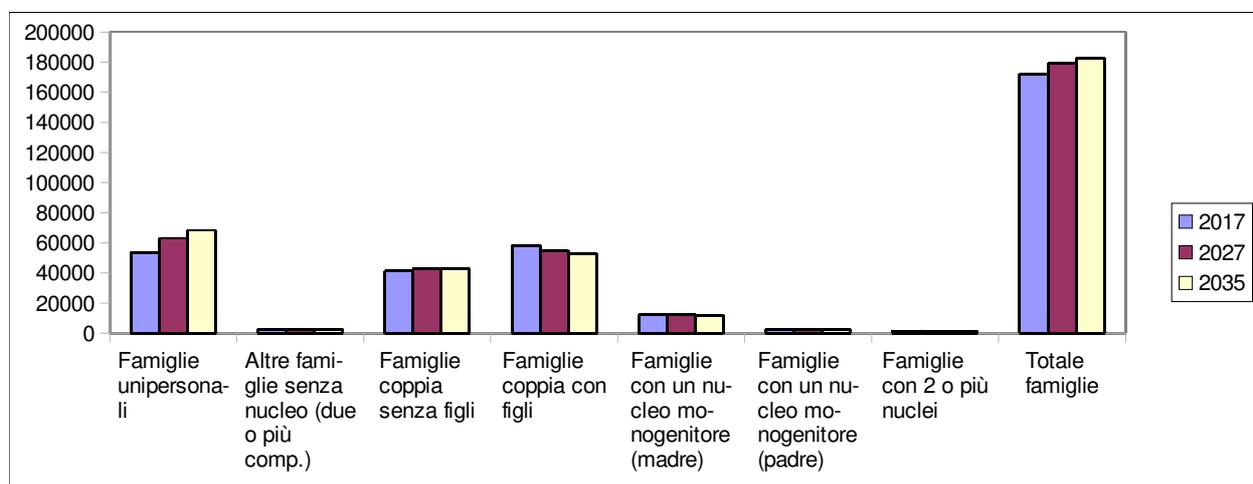
Nella stessa direzione va anche il calo, in corso e prospettato per il futuro, per il numero di nati, con il conseguente effetto depressivo sul numero di famiglie composte da una coppia con uno o più figli (famiglie di tre o più componenti).

Questa tipologia ha fatto registrare un calo di quasi il 5% tra le ultime due tornate censuarie: se questo sarà il trend futuro, il peso delle famiglie in cui è presente una coppia con figli passerebbe da circa il 32% del 2015 a poco meno del 27% nel 2035.

La proiezione di una diminuzione della popolazione in età giovane-adulta potrebbe pesare in generale sul numero di coppie e, a lungo andare, interrompere il trend di aumento che si osserva per le coppie senza figli (+8% tra i censimenti 2001 e 2011).

A parità di instabilità coniugale nel tempo, le famiglie formate da un solo genitore (che in oltre l'80% di casi è la madre) potrebbero risentire sia della diminuzione dei nati, sia di quella della popolazione giovane e adulta e restare abbastanza stabili nel tempo mantenendo il loro peso attorno all'8% delle famiglie complessive.

Grafico: Proiezione delle famiglie della provincia di Forlì Cesena nel tempo.



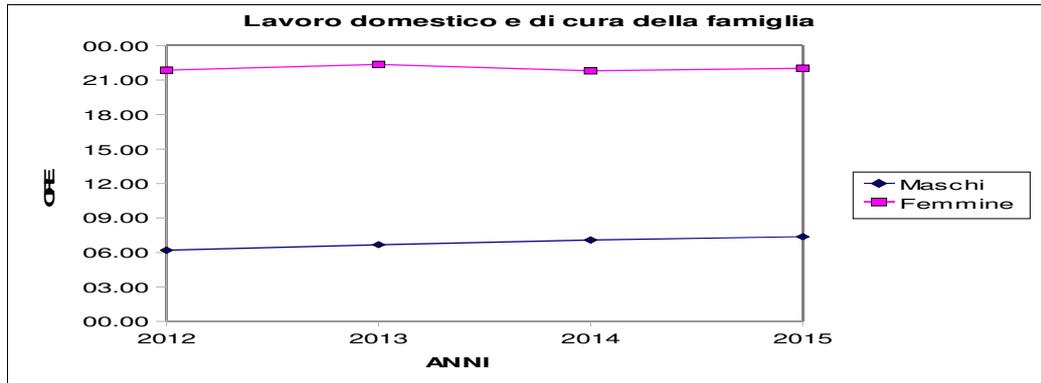
Fonte: Regione Emilia-Romagna

8. Lavoro di cura

Sappiamo come il lavoro domestico e di cura sia un aspetto costante e sempre più frequente nelle nostre famiglie soprattutto alla luce dell'invecchiamento della popolazione. Interessanti i dati che ci propone Istat dove emerge come tale lavoro sia ancora fortemente connesso ad una dimensione di genere tanto da determinare come all'interno di uno stesso nucleo una donna dedichi al lavoro di cura tre volte il tempo che vi dedica l'uomo, sino a raggiungere una media di 30 ore settimanali (10 circa per l'uomo). Interessante è anche vedere come la fascia di donne/uomini anziani (65-74 anni) sia quella che vi dedichi più tempo rispetto alle altre fasce di popolazione più giovani. Quindi le fasce della popolazione prossime all'età anziana, ma ancora in salute (nonni, coniugi di persone anziane ecc..) sono quelle che dedicano

più tempo alla famiglia. A seguire la fascia adulta 30-39 anni, più dedicata alla famiglia anche perchè facilmente in situazione di neo-genitorialità.

Grafico: Ore e minuti a settimana dedicate al lavoro domestico e di cura della famiglia (media)



Fonte: Regione Emilia-Romagna

Capitolo 1

3 Stato di salute della popolazione¹

Stato di salute della popolazione: in sintesi

Potenzialità

Quella del territorio Cesenate è un popolazione:

- **Longeva**, in **salute** e con **aspettativa** di vita in crescita;
- Attenta ad alcuni stili di vita salutari e quindi sensibile ad alcuni aspetti di prevenzione primaria (in particolare a svolgere **attività fisica**);
- Rispondente alla **prevenzione secondaria** (adesione ai programmi di screening dei tumori).

Criticità

Quella del territorio Cesenate è un popolazione:

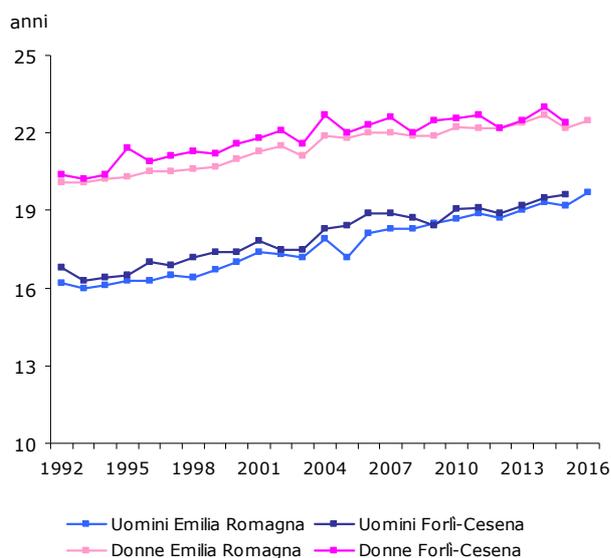
- Che **invecchia** sempre più e sempre più soffrirà di patologie legate all'invecchiamento e alla **disabilità** ad esso connessa (forme di demenza e Alzheimer...);
- Soffre principalmente di **malattie legate all'invecchiamento** (es...), che rappresentano anche le principali cause di morte;
- Che mostra un fioco interesse per le campagne vaccinali in particolare verso le popolazioni fragili (bambini e anziani in particolare);
- Che rischia di vedere crescere nel futuro patologie legate al **sovrappeso**, al **fumo** di sigaretta e al consumo di **alcol**, soprattutto tra la popolazione maschile, i giovani under 34 e gli over 50.

¹Fonte dei dati e dei commenti tratti da: "Profilo di salute del territorio Cesenate"- a cura di Mauro Palazzi e Patrizia Vitali- U.O. Epidemiologia e comunicazione- Dipartimento di sanità Pubblica di Cesena e Forlì- Ausl Romagna, ottobre 2017. Si evidenzia che in questo capitolo, se non diversamente specificato, quando si parla di territorio Cesenate ci si riferisce ai dati aggregati dei due Distretti socio-sanitari Cesena-Valle Savio e Rubicone-Mare.

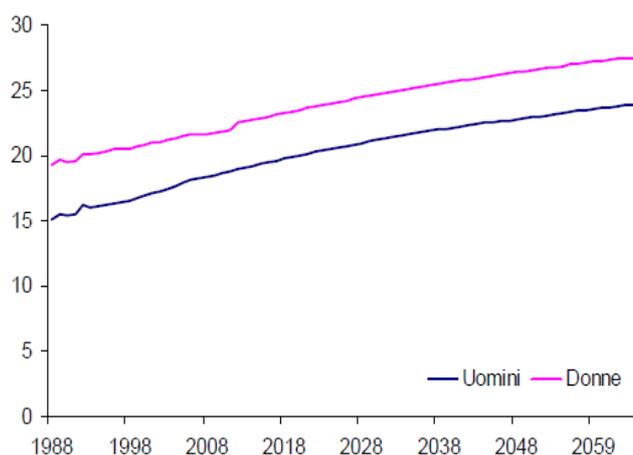
1. Speranza di vita

A livello provinciale, la **speranza di vita alla nascita** è arrivata a 85 anni per le donne e 82 anni per gli uomini, in linea con quella regionale. La **speranza di vita all'età di 65 anni** è di 22 anni per le donne e 19 anni per gli uomini. Si prevede un aumento della speranza di vita anche nei prossimi anni come mostra il grafico regionale.

Speranza di vita a 65 anni per sesso (ISTAT 1992-2016)



Speranza di vita a 65 anni - proiezioni. Emilia-Romagna (1998-2064)



L'allungamento della vita può avvenire perché determinate patologie insorgono più tardi (prevenzione), permettendo una buona sopravvivenza libera da limitazioni («compressione» della morbosità), oppure perché alle patologie viene impedito di causare il decesso (cure migliori), ma non viene impedito di causare problemi di salute e disabilità («espansione» della morbosità).

L'obiettivo deve essere quello di vivere di più e bene, evitare la morte precoce e ritardare l'insorgenza delle malattie cronic-degenerative con la prevenzione primaria², adottando ad esempio stili di vita più salutari.

In Emilia-Romagna a 65 anni sia gli uomini sia le donne hanno circa 10 anni di **vita attesa senza limitazioni funzionali**, rispetto alla media italiana di 9 anni; dal momento che la speranza di vita complessiva a 65 anni è maggiore per le donne, queste hanno un carico di disabilità maggiore.

² Prevenzione primaria: è la forma classica e principale di prevenzione, focalizzata sull'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre a monte l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole. La maggior parte delle attività di promozione della salute verso la popolazione sono, ad esempio, misure di prevenzione primaria, in quanto mirano a ridurre i fattori di rischio da cui potrebbe derivare un aumento dell'incidenza di quella patologia. Frequentemente la prevenzione primaria si basa su azioni a livello comportamentale o psicosociale (educazione sanitaria, interventi psicologici e psicoeducativi di modifica dei comportamenti, degli atteggiamenti o delle rappresentazioni). Un esempio di prevenzione primaria è rappresentato dalle campagne antifumo promosse dai governi.

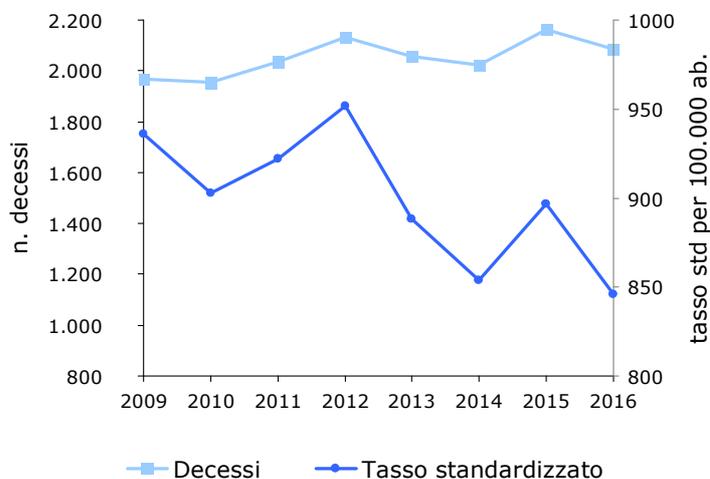
2. Mortalità

Nel 2016 nel territorio Cesenate si sono verificati 2.085 decessi (999 ogni 100.000 abitanti) con tassi di mortalità³ in linea con quelli regionali.

I decessi sono in lieve aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione, ma il tasso standardizzato, che annulla gli effetti legati alla struttura della popolazione, ci indica che in realtà nel Cesenate si muore di meno rispetto agli anni precedenti.

Le principali cause di mortalità sono le malattie del sistema cardio-circolatorio (34% del totale), i tumori (28%) e le malattie respiratorie (9%).

Numero di decessi e tasso standardizzato di MORTALITÀ GENERALE per 100.000 abitanti (anni 2009-2016)



Fonte: Banca Dati REM- Emilia-Romagna (popolazione standard Italia 2011)

- La mortalità e i suoi cambiamenti nel tempo

Nel 2016 i decessi in Romagna sono stati 11.973, con un tasso grezzo di mortalità⁴ di 1.064 individui per 100mila residenti. Nel Cesenate sono stati 2.085 (999 ogni 100mila abitanti).

Dal 2003 al 2016 il numero dei morti è aumentato di 748 unità (11.225 vs 11.973) a causa dell'invecchiamento della popolazione ma il tasso di mortalità nello stesso periodo si è ridotto del 27%.

Sia nel 2003 sia nel 2016 le prime tre cause di morte in Romagna sono risultate: malattie ischemiche del cuore, altre malattie del cuore e malattie cerebrovascolari. Il loro tasso standardizzato di mortalità si è ridotto sensibilmente come si può osservare nella tabella sottostante.

Tale riduzione si osserva anche a livello regionale e nazionale per le stesse cause.

Nel periodo 2003-2016 si nota una diminuzione, meno accentuata rispetto alle malattie cardiovascolari⁵, delle altre principali cause di morte (vedi tabella), con l'eccezione di alcune patologie che invece aumentano come numero di decessi e come tasso di mortalità: malattie ipertensive, Demenze e malattia di Alzheimer, Influenza e Polmonite, Setticemie. Questo quadro pare collegato all'invecchiamento della popolazione e alla prevalenza di anziani multicronici.

Numero di decessi, tasso standardizzato, variazione del tasso dal 2003 al 2016. Romagna

Cause di morte (Ordinamento per numero dei decessi nel 2016)	2003		2016		Variazione % tasso
	Numero decessi	Tasso standard	Numero decessi	Tasso standard	
Malattie ischemiche del cuore	1.834	17,6	1.173	7,9	-55,1
Altre malattie del cuore	1.005	9,6	1.046	6,8	-29,2
Malattie cerebrovascolari	1.025	9,9	890	5,9	-40,4
Malattie ipertensive	400	3,9	734	4,7	20,5
Demenza e Malattia di Alzheimer	390	3,8	714	4,5	18,4
Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	703	6,6	652	5,1	-22,7

³ Tasso di mortalità: numero di morti/popolazione media*100.000

⁴ Tasso grezzo di mortalità: numero dei decessi per la causa di morte in base al numero dei residenti nell'area in esame.

Tasso standardizzato di mortalità: è una media ponderata dei tassi specifici per età usando come pesi la struttura per classe di età di una popolazione standard. Serve per confrontare tra loro i tassi di due o più popolazioni con struttura diversa per composizione in classi di età.

⁵ Nella definizione di malattie cardiovascolari, rientrano tutte le patologie a carico del cuore e dei vasi sanguigni. Le più frequenti sono quelle di origine aterosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore, tra cui l'infarto acuto del miocardio, l'angina pectoris, le cardiomiopatie, l'insufficienza cardiaca, le aritmie e le malattie cerebrovascolari, fra cui l'ictus ischemico ed emorragico.

Traumi	419	4,1	379	2,7	-34,1
Tumori maligni di colon, retto e ano	355	3,3	348	2,6	-21,2
Malattie croniche basse vie respiratorie	437	4,1	348	2,4	-41,5
Influenza e Polmonite	214	2,1	335	2,2	4,8
Setticemia	38	0,4	322	2,1	425,0
Tumori non maligni	97	0,9	290	2	122,2
Diabete mellito	259	2,5	290	2	-20,0
Tumori maligni del pancreas	189	1,8	242	1,8	0,0
Tumori maligni dello stomaco	363	3,5	202	1,5	-57,1
Tumori maligni del seno	199	1,9	180	1,3	-31,6
Altre	3.298		3.828		
Totale	11.225	76	11.973	55,5	-27,0

3. I tumori e la loro prevenzione

Negli anni 2009-2013 (ultimo dato disponibile fornito dal Registro Tumori della Romagna), nel [territorio Cesenate](#) si sono registrati in media 1.358 nuovi casi di tumore all'anno (718 negli uomini e 640 nelle donne). Il tasso di incidenza medio del periodo è pari a 704 casi ogni 100.000 all'anno negli uomini e 600 casi nelle donne.

Le sedi maggiormente colpite (esclusi i tumori epiteliali della cute) sono prostata, polmone, colon-retto e vescica negli uomini e mammella, colon-retto, stomaco e polmone nelle donne.

Tumore della mammella

Nelle donne il tumore alla mammella rappresenta il tumore più frequente e la prima causa di morte per tumore. Nel territorio Cesenate nel periodo 2009-2013 si è avuto un numero di nuovi casi pari a 168.4 per 100.000 donne all'anno, lievemente inferiore al dato di Area Vasta Romagna.

La mortalità per questo tumore nel 2016 è pari a 32 decessi su 100.000 donne, dato che resta pressoché stabile negli ultimi anni. La sopravvivenza a 5 anni per questa neoplasia è elevata (91%).

Mortalità da tumore maligno della mammella Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. Donne (2009-2013)



Fonte: Registro mortalità Emilia-Romagna

Il programma di screening per il tumore della mammella è attivo dal 1997 nel territorio Cesenate per le donne nella fascia 50-69 anni con l'offerta attiva di sottoporsi a mammografia ogni 2 anni. Dal 2010 l'offerta è rivolta anche alle donne di 45-49 anni con cadenza annuale e alle donne di 70-74 anni con cadenza biennale.

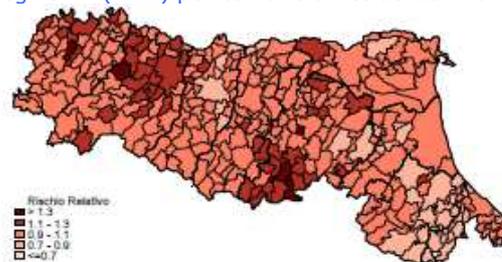
Nel 2017 nel territorio cesenate la percentuale di donne che hanno aderito allo screening per il tumore alla mammella è stata del 73,6%; tale dato è in linea con quelle dell'Ausl Romagna (74,9%) e superiore al dato Regionale (70%)⁶.

Tumore del collo dell'utero

L'incidenza annuale di tumore del collo dell'utero nel territorio Cesenate nel periodo 2009-2013 è risultata pari a 5,6 casi all'anno ogni 100.000 donne, leggermente inferiore a quella raccolta dal Registro Tumori della Romagna.

Nel 2016 sono state registrate 5 morti per tumore della cervice uterina nel territorio Cesenate. La sopravvivenza a 5 anni è pari all'80%.

Mortalità da tumore maligno dell'utero (collo e corpo) Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. Donne (2009-2013)



Fonte: Registro mortalità Emilia-Romagna

⁶ Dato tratto da "Relazione di servizio anno 2017" del dipartimento di sanità pubblica dell'Ausl Romagna.

Il programma di screening per la cervice uterina contribuisce a diminuire sia la mortalità sia l'incidenza della neoplasia invasiva e prevede l'esecuzione di un Pap-test ogni 3 anni nelle donne di 25-29 anni e di un HPV Test in quelle di 30-64 anni. Nel territorio Cesenate il programma per lo screening del tumore del collo dell'utero è attivo dal 1996.

Nel 2017 nel territorio cesenate la percentuale di donne che hanno aderito allo screening per il tumore al collo dell'utero è stata del 59,9%; tale dato è superiore a quello dell'Ausl Romagna (57,5%) e in linea con quello Regionale (60%)⁷.

Tumore del colon-retto

Il carcinoma del colon-retto è in assoluto il tumore a maggiore insorgenza nella popolazione italiana, con quasi 52.400 diagnosi stimate per il 2016 (AIRTUM 2016).

I nuovi casi di tumori del colon-retto mostrano una tendenza all'aumento: nel territorio Cesenate si sono registrati nel periodo 2009-13 circa 88.9 nuovi casi per 100.000 abitanti all'anno per gli uomini e 75.8 per le donne, dati di poco inferiori a quelli di Area Vasta Romagna.

Nel 2016 il tasso di mortalità per il tumore del colon negli uomini risulta di 23 decessi per 100.000 abitanti e nelle donne di 22 su 100.000 mentre per i tumori del retto il tasso di mortalità è di 10 decessi ogni 100.000 abitanti per gli uomini e di 3 nelle donne.

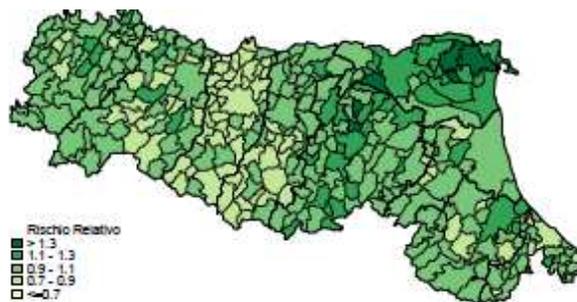
La sopravvivenza a 5 anni è pari a circa il 68% negli uomini e il 62% nelle donne.

Lo screening del tumore del colon-retto, condotto tramite la ricerca del sangue occulto fecale (SOF), può ridurre di circa il 20% il Rischio Relativo di morire per questa neoplasia. Il programma per lo screening del tumore del colon-retto è stato attivato anche nel territorio cesenate dal 2005 ed è rivolto alla popolazione di 50-69 anni.

Nel 2017 nel territorio cesenate la percentuale persone che hanno aderito allo screening per il tumore al colon-retto è stata del 47,9%; tale dato è inferiore a quello dell'Ausl Romagna (52,8%) e in linea con quello Regionale (50%)⁸.

A proposito dei 3 programmi screening appena dettagliati, si evidenzia come nel 2017 il dipartimento di sanità pubblica dell'Ausl abbia posto particolare attenzione per favorire l'adesione dei gruppi di popolazione più svantaggiati. Le lettere ed i materiali informativi sono stati semplificati nel linguaggio per favorire la comprensione delle persone con livello di studio inferiore, è stato inoltre attivato un servizio di recall telefonico per le persone a rischio non aderenti all'invito: donne straniere provenienti da Paesi a rischio per il tumore della cervice uterina. Anche per i non aderenti allo screening del colon retto è stata sperimentata la chiamata attiva telefonica per i non aderenti, il risultato è stato molto positivo, hanno risposto a questo sollecito oltre il 30%.

Mortalità da tumore maligno del polmone Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. (2009-2013)



Fonte: Registro mortalità Emilia-Romagna

⁷ Dato tratto da "Relazione di servizio anno 2017" del dipartimento di sanità pubblica dell'Ausl Romagna.

⁸ Dato tratto da "Relazione di servizio anno 2017" del dipartimento di sanità pubblica dell'Ausl Romagna.

4. I vaccini delle malattie infettive

Le vaccinazioni sono tra gli strumenti di sanità pubblica più efficaci: hanno consentito di debellare malattie letali come il vaiolo e di ridurre notevolmente la diffusione di patologie infettive molto comuni (per esempio il morbillo) e proteggono le popolazioni più fragili (come ad esempio i bambini e gli anziani). Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie.

Il vaccino MPR per i bambini

Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.⁹

Nel Distretto di Cesena-Valle Savio la copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia nel 2016 è stata pari al 83,49%, dati inferiore alla media Regionale, pari a 87,25%, ma superiore al dato del Distretto Rubicone e Mare, pari a 77,39%. Dati comunque lontani dagli obiettivi nazionali.

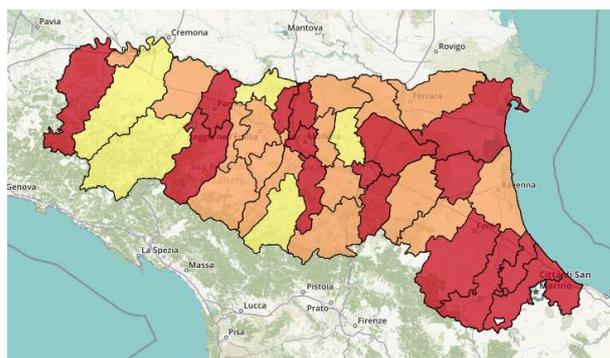
Tali dati mostrano una criticità complessiva sia della Regione Emilia-Romagna, che nel territorio dell'intera Ausl Romagna (83,33%), nonché in entrambi i distretti del territorio Cesenate.

Il vaccino esavalente nei bambini

Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzale di tipo B (HIB, una forma influenzale). L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target¹⁰.

Nel territorio dell'Ausl Romagna, la % di copertura di questo vaccino è pari a 90,55%, dato inferiore a quello regionale (92,23) e dato più basso di tutta la Regione.

Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini – per distretto (2016)

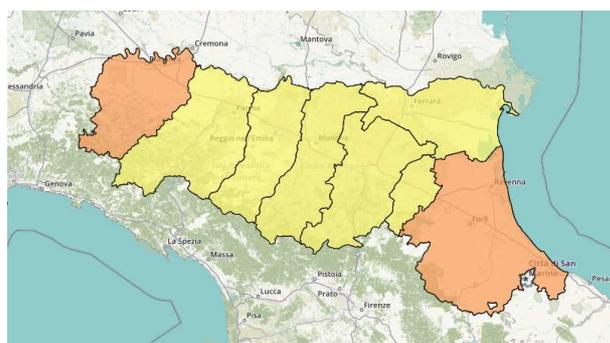


Legenda:

- Valore minore di 89
- Valore da 89 a 92
- Valore da 92 a 95
- Valore da 95 a 98
- Valore maggiore di 98

Fonte: InSiDER-Griglia LEA- Regione Emilia-Romagna

Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi – per Ausl (2016)



Legenda:

- Valore minore di 89
- Valore da 89 a 92
- Valore da 92 a 95
- Valore da 95 a 98
- Valore maggiore di 98

Fonte: InSiDER-Griglia LEA- Regione Emilia-Romagna

⁹ Popolazione target: bambini/ragazzi da 0 a 16 anni.

¹⁰ Popolazione target: bambini/ragazzi da 0 a 16 anni.

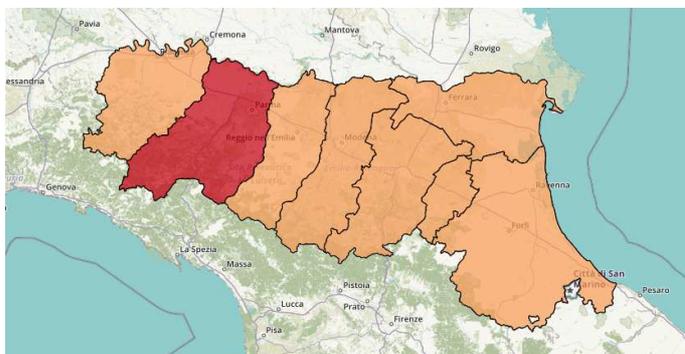
Proprio per invertire questa tendenza e ovviare a tale criticità, nel 2016 la Regione Emilia Romagna, prima regione in Italia, ha approvato la Legge Regionale n. 19/2016¹¹ -, che oltre a riformare i servizi educativi per la prima infanzia, introduce anche l'obbligo di effettuare 4 vaccinazioni (antipolio, antidifterica, antitetanica e antiepatite B) per i bambini che intendono accedere ai nidi, sia pubblici che privati. La successiva legge nazionale sulle vaccinazioni, approvata dal Parlamento (legge 119/2017¹²) ha poi confermato e rafforzato la legge regionale dell'Emilia-Romagna.

Il vaccino antinfluenzale negli anziani

Rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, considerata il target prioritario per la vaccinazione oltre che ad altre tipologie di soggetti a rischio come persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio, ecc. L'obiettivo di copertura nazionale è del 75% della popolazione target¹³.

Nel territorio dell'Ausl Romagna la copertura vaccinale è pari al 50,64%, il dato, oltre che essere piuttosto lontano dall'obiettivo nazionale, è sotto la media regionale (pari al 52,73%) ed il secondo più basso dopo Parma.

Copertura vaccinale antinfluenzale – per Ausl (2016)



Legenda:

- Valore minore di 45
- Valore da 45 a 60
- Valore da 60 a 75
- Valore da 75 a 90
- Valore maggiore di 90

Fonte: InSiDER-Griglia LEA- Regione Emilia-Romagna

5. Gli stili di vita

Uno stile di vita salutare riduce significativamente il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori e pone le basi per un "invecchiamento attivo", cioè consente di rimanere a lungo in buona salute e autonomi anche nella vecchiaia.

¹¹ Legge Regionale 25 novembre 2016, n. 19 - "Servizi educativi per la prima infanzia. Abrogazione della L.R. n. 1 del 10 gennaio 2000.

¹² Legge 31 luglio 2017, n. 119 - "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale".

¹³ Popolazione target :tutte le persone (bambini e adulti) con malattie croniche; persone dai 65 anni perché con l'età anziana; personale di assistenza (operatori sanitari e socio-sanitari); donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano nel secondo e terzo trimestre di gravidanza; familiari e contatti di persone ad alto rischio; addetti ai servizi pubblici essenziali (come insegnanti, autisti di mezzi pubblici.); donatori di sangue; personale che è a contatto con animali.

- Nutrizione e peso corporeo

La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; in particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità. Si stima che una persona obesa perda in media 8-10 anni di vita; ogni 15 Kg di peso in eccesso aumentano del 30% il rischio di morte prematura.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel periodo 2013-16 nel territorio Cesenate poco meno della metà delle persone di 18-69 anni (39%) presenta un eccesso ponderale (27% sovrappeso e 12% obeso); questa stima corrisponde complessivamente nel territorio Cesenate a circa 54mila persone in eccesso ponderale, di cui circa 38mila in sovrappeso e 16mila obesi.

L'eccesso ponderale cresce con l'età ed è più diffuso nelle persone con basso livello di istruzione o difficoltà economiche. L'eccesso di peso è più diffuso tra gli adulti over 50 anni, gli uomini, le persone con bassa istruzione e quelle con difficoltà economiche.

A livello nazionale è presente un marcato gradiente Nord-Sud, il dato del nostro territorio è in linea con la media regionale e nazionale: il 3% della popolazione è sottopeso, il 58% è normopeso, il 27% in sovrappeso e il 12% risulta obesa.

- Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Nel mondo il fumo è il primo fattore di rischio evitabile di morte prematura.

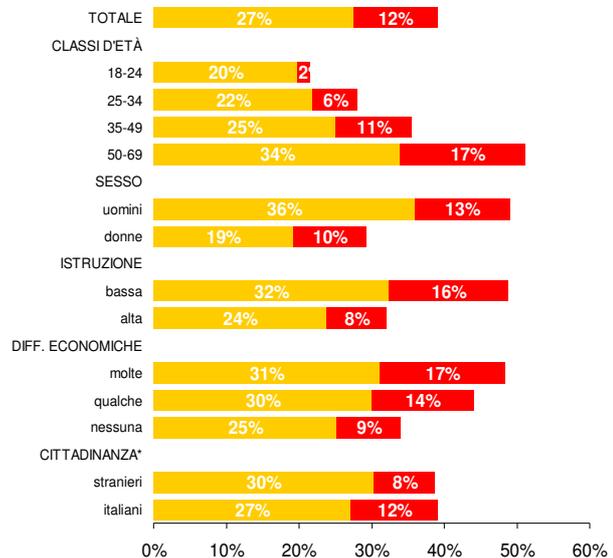
Nel periodo 2013-16 nel territorio Cesenate i fumatori rappresentano poco meno di un terzo della popolazione 18-69enne (28%), pari a una stima di 39mila persone; il 46% non ha mai fumato e il 26% è un ex fumatore.

Il 31% dei fumatori riferisce di aver tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.

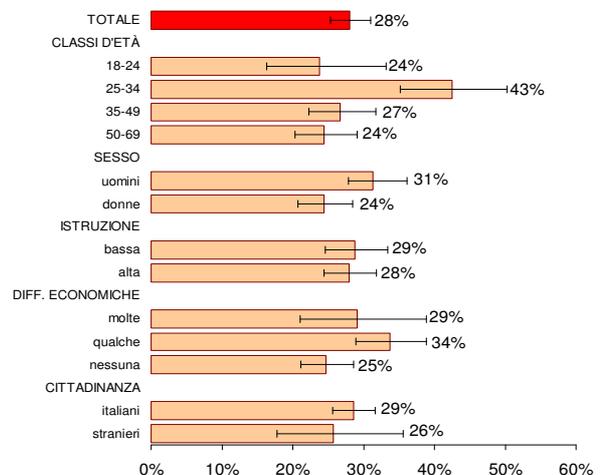
L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini (31% rispetto al 24% delle donne), nella fascia d'età 25-34 (43%).

Nel territorio Cesenate il divieto di fumare nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro è sempre rispettato per la maggior parte delle persone intervistate (rispettivamente 77% e 80%) dato in linea con quello regionale.

Persone 18-69 anni in eccesso ponderale (%)
Territorio Cesenate PASSI 2013-2016



Fumatori (%)
Territorio Cesenate PASSI 2013-2016



- Consumo di alcol

L'alcol contribuisce a determinare molteplici e rilevanti problemi sanitari e sociali: al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (*Disability Adjusted Life Years Daly*), con un impatto economico significativo.

Si considerano comportamenti a rischio tre modalità di assunzione di alcol: il **consumo abituale elevato** (maggiore di 2 unità alcoliche al giorno nell'uomo e 1 nella donna), il **consumo abituale fuori pasto** e il **binge drinking**¹⁴. L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

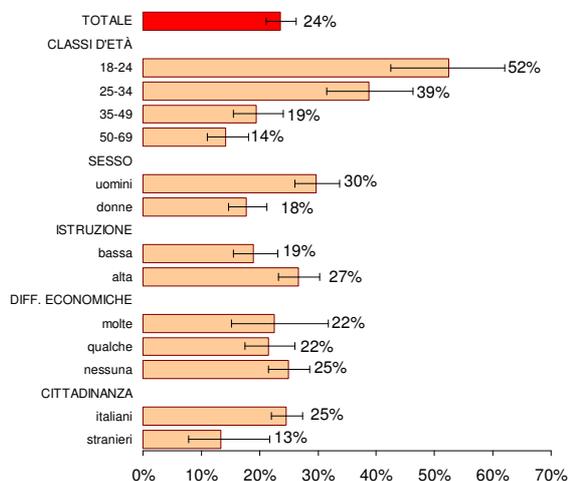
In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel triennio 2013-16 nel territorio Cesenate l'80% dei 18-69enni consumano alcol. Complessivamente circa un quarto (24%) presenta un **consumo di alcol a rischio**; nel territorio Cesenate la stima dei consumatori a rischio corrisponde a oltre 33mila persone di 18-69 anni, di cui oltre 14mila giovani nella fascia 18-34 anni. Il consumo a rischio è più diffuso negli uomini (30% rispetto al 18% delle donne).

Il **binge drinking** è più frequente tra i giovani (22% nei 18-24enni e 24% nei 25-34enni).

In Romagna e a livello regionale i consumatori a rischio stimati sono pari al 22%, superiori alla media nazionale (17%), in Italia si registra un marcato gradiente territoriale dal Nord al Sud.

Nel territorio Cesenate il consumo di alcol a rischio è più diffuso tra i giovani under 34, tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione elevato e tra gli italiani.

Consumo alcol a rischio (%) Territorio Cesenate PASSI 2013-2016



¹⁴ Dal 2007 al 2009 chi deve 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione, dal 2010 è il consumo almeno una volta al mese di 5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione per gli uomini e di 4 o più per le donne.

- Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle patologie cronico-degenerative e aumenta il benessere psicologico. La sedentarietà contribuisce in larga misura al carico di morbidità, disabilità e mortalità nella popolazione. A livello mondiale il numero annuale di morti attribuibili alla sedentarietà eguaglia quello attribuibile al fumo di tabacco.

Dalla sorveglianza PASSI emerge che nel territorio Cesenate oltre la metà degli adulti 18-69enni ha uno stile di vita attivo (63%) in quanto pratica attività fisica nel tempo libero ai livelli raccomandati dall'OMS (55%)¹⁵ oppure svolge un'attività lavorativa pesante dal punto di vista fisico (17%); questa stima corrisponde a circa 88 mila persone con 18-69 anni.

La percentuale di attivi è più elevata rispetto a quella registrata a livello regionale (57%) e nazionale (50%).

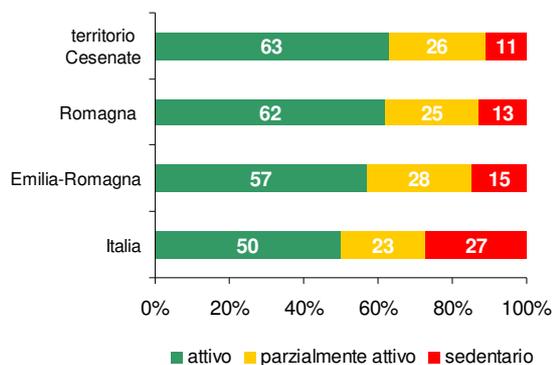
Il 26% di adulti, invece, si può considerare parzialmente attivo (corrispondenti a una stima di circa 36mila) poiché pratica nel tempo libero attività fisica a livelli inferiori di quelli raccomandati dall'OMS oppure svolge un lavoro che comporta uno sforzo fisico moderato e circa un decimo è completamente sedentario (11%), pari a circa 15mila persone nella fascia 18-69 anni, valore significativamente inferiore a quello nazionale (27%).

Mobilità attiva

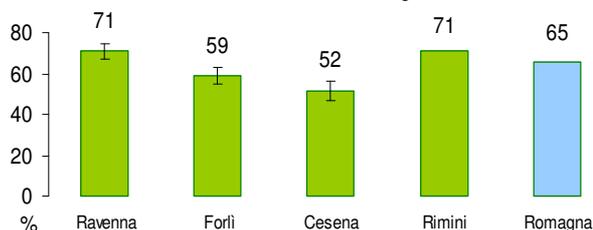
La mobilità attiva (a piedi e/o in bicicletta) per gli spostamenti abituali non è solo un modo di muoversi nel rispetto dell'ambiente, ma anche un'ottima soluzione per raggiungere i livelli raccomandati di attività fisica e quindi per migliorare il proprio stato di salute. Nel biennio 2014-2015 la sorveglianza PASSI ha indagato la percentuale di persone adulte (18-69 anni) che hanno fatto nell'ultimo mese **mobilità attiva**, cioè che si sono spostate in bicicletta o a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali, ad esclusione dell'attività sportiva o ricreativa.

Nel territorio cesenate il 52% delle persone 18-69enni intervistate ha riferito di aver fatto nell'ultimo mese mobilità attiva, percentuale inferiore a quella romagnola (65%) a quella regionale (59%).

Livello di attività fisica praticata (%)
PASSI 2013-16



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



¹⁵ Attività aerobica moderata di almeno 150 minuti oppure intensa di almeno 75 minuti alla settimana; le attività moderate e intense possono essere combinate ed entrambe devono durare almeno 10 minuti

Capitolo 1

4 Servizi sociali, sociosanitari e spesa sociale

Servizi sociali, sociosanitari e spesa sociale: in sintesi

Potenzialità

- I servizi sociali e socio-sanitari sono capillarmente diffusi su tutto il territorio del distretto e offrono differenti possibilità di supporto (servizi domiciliari, diurni e residenziali) alle diverse tipologie di utenti (bambini e famiglie in difficoltà, anziani non autosufficienti, persone con disabilità...);
- Realtà locale caratterizzata da una consolidata relazione tra sistema dei servizi pubblici e privato sociale, una vera e propria rete che rappresenta la principale risorsa sulla quale radica la propria identità questa Comunità Locale. Il Terzo Settore partecipa attivamente alla gestione dei servizi, ossia alla distribuzione del valore economico, ma anche e soprattutto alla sua creazione.

Criticità

- Vi sono ancora tante famiglie in difficoltà non ancora raggiunte dai Servizi Sociali. Non si tratta delle famiglie in condizioni di grave marginalità, queste tendenzialmente già raggiunte dal servizio sociale, bensì di famiglie con sufficiente capacità di autodeterminazione economica ma che stentano a mantenere tale status e rischiano gradualmente di scivolare verso l'indigenza se non adeguatamente supportate.
- Sul versante dei servizi socio-educativi si segnala come vi siano ancora 2 Comuni dalle Valle del Savio privi di servizi per la prima infanzia (nidi o servizi educativi integrativi al nido);

1. Sportelli sociali

L'accesso al sistema locale di servizi sociali e socio-sanitari per le famiglie, i bambini, gli anziani e le persone con disabilità, è garantito dagli sportelli sociali attivati sui Comuni. Gli sportelli sociali forniscono informazioni ed orientamento ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema locale, nel rispetto dei principi di semplificazione.

Accesso ai servizi: sportello sociale Distretto Cesena-Valle Savio

Anno	2017
Nr. nuovi accessi	780
(di cui) n famiglie	471
(di cui) n. adulti soli	88
(di cui) n. anziani	415
(di cui) n. stranieri	154

Fonte: Banca dati Servizi Sociali-Unione dei Comuni Valle Savio

Lo sportello sociale si configura come importante punto di riferimento per il primo accesso degli utenti. L'obiettivo è aiutare e condurre le persone ad accedere ai servizi e alle risorse sociali e socio-sanitarie esistenti sul territorio attraverso un'attività di accoglienza, di ascolto, di informazione, di orientamento e di accompagnamento.

2. La difficoltà del crescere

I bambini sono una delle categorie maggiormente seguite e tutelate dai servizi sociali e socio-sanitari. Nel 2017 sono stati 573 i minori in carico all'Area minori e famiglia, con bisogni molto diversi, che vanno da quelli di accoglienza in comunità familiari ed educative, all'assistenza domiciliare, passando per quella di sostegno economico alla loro famiglie.

Dati di Attività dei Servizi Sociali Distretto Cesena-Valle Savio- ANDAMENTO Anni 2008-2017

Attività/Prestazioni	Anno 2008	Anno 2017
Bambini in carico	172	573
Minori in affido al Servizio Sociale disposti dal Tribunale	281	258
Bambini in affido	47	36
Famiglie seguite per sostegno alle funzioni genitoriali	70	73
Bambini inseriti in comunità (comprese le madri)	39	67
Contributi erogati (per funzioni genitoriali)	75	88

Fonte: Banca dati Servizi Sociali-Unione dei Comuni Valle Savio

Una categoria di minori particolarmente fragile è quella dei minori direttamente tutelati dal servizio sociale su indicazione dell'autorità giudiziaria. Nel 2017 sono stati 258 i minori affidati alla tutela dei servizi sociali dell'Unione dal Tribunale dei Minorenni di Bologna (competente su tutto il territorio regionale). Alcuni di questi sono stati inseriti in comunità, altri affidati nuclei familiari in grado di occuparsi di loro, altri ancora adottati.

L'Autorità giudiziaria inoltre richiede ai servizi sociali di esprimere un parere professionale (diagnosi sociale) sulla situazione familiare quando si ipotizza un comportamento pregiudizievole nei confronti dei figli, nell'ambito delle separazioni conflittuali e quando il minore ha compiuto un reato. 88 sono stati i minori seguiti riferiti a queste famiglie, che hanno usufruito di forme di sostegno alle funzioni genitoriali.

Altra attività molto delicata ed importante è quella di sostegno alla genitorialità, ovvero forme di sostegno nell'esercizio delle funzioni genitoriali ed educative, svolte all'interno di un progetto condiviso tra assistente sociale e famiglia per prevenire situazioni di rischi (incontri, supporto psicologico e counselling, incontri protetti, ecc.).

3. Centro per le famiglie

Il Centro per le Famiglie aperto nel territorio del Comune di Cesena, la cui gestione è affidata ad ASP, Cesena Valle del Savio si occupa prevalentemente della realizzazione di progetti di promozione del benessere delle famiglie attraverso diverse azioni: sostegno familiare in collaborazione con l'AUSL della Romagna, spazi gioco per genitori e figli, attività e laboratori dedicati a bambini e famiglie, gruppi di approfondimento per genitori, oltre a fornire informazioni sui servizi, le opportunità e le attività per le famiglie in ambito educativo, culturale, legislativo e sanitario. Il Centro per le Famiglie è un servizio che si rivolge ai genitori con figli da 0 a 18 anni. E' un punto di confronto, di informazione, di consulenza e di incontro per i genitori e collabora con Associazioni ed Enti che promuovono progetti a sostegno delle famiglie.

Attività del Centro per le famiglie del Distretto Cesena-Valle Savio- Anno 2017

Attività	2017
Colloqui di consulenza (mediazione familiare/educativa/di sostegno)	299
Accessi sportello informativo	3.118
Incontri di formazione per genitori	6
Partecipanti ai corsi di formazione per genitori	69
Laboratori	10
Partecipanti ai laboratori	146
Accessi complessivi al Centro per le Famiglie	4.738

I corsi per l'affido sono attualmente seguiti dall'équipe affidi. I partecipanti ai gruppi affido o corsi di adozione si sono attestati a 95. I partecipanti ai corsi di formazione per genitori sono stati 69. Si assestano invece a 146 i partecipanti ai laboratori (che sono stati 10).

Fonte: Banca Dati Servizi Sociali Unione Valle Savio

4. Servizi educativi prima infanzia

Accanto ai servizi sociali e socio-sanitari per minori, un altro ruolo importante di sostegno alla famiglie e ai loro bambini è svolto dai servizi educativi per la prima infanzia, come gli asili nido e gli spazi bimbi. Come si nota dalla tabelle sottostanti, il territorio dei Comuni del Distretto è piuttosto fornito di servizi educativi: 4 Comuni su 6 sono sedi di servizi per la prima infanzia pubblici o privati, con una copertura territoriale di oltre il 90% dell'utenza potenziale. Complessivamente nell'anno scolastico 2015-16 sono stati 876 i posti offerti nei servizi educativi, dai 26 servizi presenti.

Andamento Popolazione 0-2 anni in tutti i servizi educativi con Numeri Indici della serie considerata

Comune	Popolazione 0-2 anni residente (valori assoluti)		di cui 0-2 anni stranieri (valori assoluti)		Incidenza % pop.ne straniera	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Bagno di Romagna	153	129	18	22	11,8 %	17,1 %
Cesena	2.528	2.273	467	385	18,5 %	16,9 %
Mercato Saraceno	231	176	44	32	19,0 %	18,2 %
Montiano	45	30	11	3	24,4 %	10,0 %
Sarsina	83	55	21	12	25,3 %	21,8 %
Verghereto	45	44	3	7	6,7 %	15,9 %
TOT. DISTRETTO	3.085	2.707	564	461	18,3 %	17,0 %

Fonte: Report I bambini e i servizi educativi per la prima infanzia (SPI-ER)

Comuni sedi di servizio e indice di copertura territoriale per provincie e distretti 2015-2016

Province/ Distretti	Totale Comuni per provincia	Comuni che hanno servizi per la prima infanzia		Comuni che Non hanno servizi per la prima infanzia		Popolazione 0-2 anni totale	Popolazione 0-2 anni Comuni sede di servizi		Popolazione 0-2 anni Comuni NON sede di servizi	
		num	% sul Totale	num	% sul Totale		num	Indice copertura territoriale	num	Indice copertura territoriale
FORLI'- CESENA	30	25	83,3	5	16,7	9.838	9.564	97,2	274	2,9
Distr. Cesena - Valle Savio	6	4	66,7	2	33,3	2.707	2.487	91,9	220	8,8

Fonte: sistema informativo Servizi Prima Infanzia regione Emilia-Romagna

Offerta Servizi e Posti per Comune e Distretto con differenze in valori assoluti AS 2014/2015 e 2015/2016

Comune	Servizio PUBBLICO				Servizio PRIVATO				Totale anno scolastico 2015-2016		Totale anno scolastico 2014-2015		Differenza in valori assoluti	
	Nidi d'infanzia		Servizi educativi integrativi al nido		Nidi d'infanzia		Servizi educativi integrativi al nido		servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti
	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti						
Bagno di Romagna	2	38			1	33			3	71	3	61	0	10
Cesena	9	477	1	10	10	281	1	7	21	775	21	776	0	-1
Mercato Saraceno									-	-	-	-	0	0
Montiano					1	10			1	10	1	10	0	0
Sarsina					1	20			1	20	1	20	0	0
Verghereto									-	-			0	0
TOT. DISTRETTO	11	515	1	10	13	344	1	7	26	876	26	867	0	9

Fonte: sistema informativo Servizi Prima Infanzia regione Emilia-Romagna Bambini in tutti i servizi educativi di cui bambini stranieri- Anni 2011-2016

Andamento Bambini 0-2 anni nei servizi educativi

Comune	Bambini 0-2 in tutti i servizi educativi (valori assoluti)		di cui 0-2 anni stranieri (valori assoluti)		Incidenza % bambini stranieri	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Bagno di Romagna	50	46		4	-	8,7 %
Cesena	684	617	48	59	7,0 %	9,6 %
Mercato Saraceno	10				-	
Montiano	10	10		2	-	20,0 %
Sarsina	17	20			-	-
Verghereto						
TOT. DISTRETTO	771	693	48	65	6,2 %	9,4 %

Fonte: sistema informativo Servizi Prima Infanzia regione Emilia-Romagna

Nel 2015 i bambini nei servizi educativi del distretto ammontavano a circa il 25 % della popolazione residente di riferimento (0-2 anni). La serie temporale evidenzia una diminuzione che d'altronde segue l'andamento demografico più volte evidenziato.

5. Servizi per persone non autosufficienti

Le persone anziane e quelle con disabilità sono le altre grandi categorie di utenti dei servizi sociali e socio-sanitari del territorio, che usufruiscono di servizi domiciliari (assistenza domiciliare, assegni di cura, pasti a domicilio, ecc.), servizi diurni e residenziali, in base ai bisogni specifici.

Nel 2017 sono state 327 le persone anziane o adulte con disabilità che hanno usufruito di un assegno di cura.

Assegni di cura erogati- Distretto Cesena- Valle Savio – Andamento Anni 2009/2017

Tipologia di utenti	Beneficiari		N. contratti di assegni di cura		Beneficiari al 31/12		Giornate (durata media per beneficiario)	
	2009	2017	2009	2017	2009	2017	2009	2017
Anziani	615	278	631	291	491	168	267	254
Disabili	27	49	29	82	25	33	330	283

Fonte: Banca dati SMAC, RER

6. Servizi residenziali Anziani

I Servizi residenziali per anziani presenti nel Distretto garantiscono storicamente una buona copertura: la Regione Emilia Romagna prevede uno standard di copertura pari al 3% della popolazione ultrasettantacinquenne a fronte di una copertura attuale pari al 3,42%. La spesa per i servizi residenziali nel Distretto Cesena Valle-Savio nel 2017 è di € € 7.167.978. I dati utenti ammontano a un totale di 174.411 giornate e di 636 ospiti assistiti. Ai fini della copertura dei costi, a questa spesa si deve aggiungere la quota direttamente a carico degli utenti che rappresenta circa il 58 % del costo sociosanitario.

Andamento Anni 2008/2017

Dati Attività	2008	2017
Servizi residenziali	€ 5.225.523	€ 7.167.978
Costo medio	€ 10.062	€ 11.270
Ospiti anziani	522	636
Anziani in Case Residenze Anziani (CRA) sostenuti con contributo retta	88	112
Spesa sostegno contributo rette	€ 972.342	€ 1.220.000

Fonte: Banca Dati Servizi Sociali Unione Valle Savio

7. Servizi domiciliari Anziani

Centri Diurni (semiresidenziali)

I Centri Diurni (CD) nel distretto sono attualmente 6, di cui uno specialistico per i problemi di demenze per un totale ad oggi di 64 posti convenzionati disponibili.

Andamento Anni 2008/2017

Dati	2008	2017
Costo totale Centri Diurni	€ 240.473	€ 407.674
Costo Medio utente	€ 5.715	€ 4.245
N° Ospiti Anziani	42	96

Fonte: Banca Dati Servizi Sociali Unione Valle Savio

Assistenza Domiciliare

Insieme integrato di interventi e sociosanitari, erogati al domicilio della persona fragile o non autosufficiente, in modo coordinato e continuativo

Andamento Anni 2008/2017

Dati Attività	2008	2017
Ore di servizio prestate	46.354	40.863
Utenti	241	233

8. Suddivisione per strutture Residenziali (CRA) e Semiresidenziali (CD)

Nel 2017 gli anziani accolti nei 6 Centri Diurni (CD) del territorio sono stati 107; 789 invece le persone over 65 assistite nelle 9 Case Residenze Anziani (CRA) distrettuali.

Anziani non autosufficienti accolti in strutture diurne e residenziali del Distretto Cesena-Valle Savio-Anno 2017

Nome struttura	Anziani non auto. in centri diurni (CD)	Anziani non auto. in strutture residenziali (CRA)
CAMILLA SPIGHI	//	37
NUOVO ROVERELLA	40	127
OPERA DON BARONIO	33	164
LA MERIDIANA	3	58
CASA INSIEME	2	116
F. BAROCCI	6	72
MARIA FANTINI	//	52
CASA ALBERGO DI LIETO SOGGIORNO	//	37
VIOLANTE MALATESTA	23	126
Totale	107	789*

* Nella lettura del report sugli ospiti per struttura occorre tenere conto della possibilità per gli anziani di essere ospitati presso due o più strutture residenziali diverse, in periodi diversi dell'anno. Ne consegue che i totali riportati in questo report potrebbero divergere da quelli pubblicati in altri report dove il conteggio avviene per Azienda USL o per Distretto socio-sanitario.

Fonte: Banca dati FAR, RER

9. Servizi residenziali persone con disabilità

Andamento Anni 2008/2017

Dati Attività	2008	2017
Utenti in Centri socio riabilitativi residenziali (CSRR)	24	27
Utenti in Gruppi Appartamento (GA)	28	41
Utenti in residenze temporanee di sollievo	17	5
Totale utenti in attività residenziali	69	74
Spesa	€ 1.642.788	€ 2.100.271

Fonte: Banca Dati Servizi Sociali Unione Valle Savio

10. Servizi Semiresidenziali persone con Disabilità

Andamento Anni 2008/2017

Dati Attività	2008	2017
Utenti in Centri socio riabilitativi diurni (CSRR)	67	46
Utenti in Centri socio occupazionali (CSO)	107	123
Totale Utenti	174	174
Totale Spesa	€ 1.671.296	€ 1.993.649

Fonte: Banca Dati Servizi Sociali Unione Valle Savio

Le persone disabili adulte che nel 2017 sono stati accolte in centri diurni e/o residenze socio-sanitarie del territorio (sia centri socio-riabilitativi residenziali che e gruppi appartamento), sono state circa 240.

11. Totale posti letto

Complessivamente nel territorio del Distretto sono disponibili per anziani e persone con disabilità non autosufficienti quasi 1.000 posti letto in strutture residenziali e 344 posti nei centri diurni, di questi rispettivamente 607 e 157 sono accreditati secondo le norme regionali.

Posti letto in strutture residenziali e posti in strutture semi-residenziali del Distretto Cesena-Valle Savio- Anno 2017

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	TOTALE P.L. AL 31/12/2017	P.L. ACCREDITATI AL 31/12/2017	P.L. PER 1.000 ABITANTI	P.L. ACCREDITATI PER 1.000 ABITANTI
OFFERTA RESIDENZIALE	997	607	8,54	5,20
OFFERTA SEMI-RESIDENZIALE	344	157	2,95	1,34

*Qualsiasi target di beneficiario, qualsiasi tipologia di struttura e qualsiasi natura giuridica di struttura

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie, Socio Sanitarie e Socio-assistenziale, RER.

12. Dimissioni protette

Per agevolare il processo di dimissione dai servizi sanitari (lungo degenze, reparti per acuti, ecc...) verso il domicilio, il contesto naturale di vita o eventualmente altre strutture a carattere socio-assistenziale (con carattere di temporaneità) è necessario accompagnare gli utenti (pazienti) e la famiglia (quando presente) attraverso una funzione specificatamente dedicata ad istruire tutte le procedure preliminari connesse alla dimissione ospedaliera e alla presa in carico ad opera dell'assistente sociale.

Andamento Anni 2008/2017

DATI ATTIVITA'	2008	2017
Nr. percorsi di dimissione attivati	114	454
Utenti rientrati a domicilio	47	91

Fonte: Banca dati Servizi Sociali-Unione dei Comuni Valle Savio

13. Spesa Servizi Sociali

Nel 2016 la spesa per i servizi sociali nella varie aree di competenza e rispetto ai diversi target di utenti è stata di oltre **11 milioni di Euro**.

Spesa sociale totale e spesa pro-capite per area di intervento del Distretto Cesena Valle Savio- Anno 2016

Area	Famiglia e Minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e Nomadi	Povertà, Disagio Adulti e Senza Dimora	Multi utenza	Totale
Spesa in Euro	2.917.821	541.032	56.708	2.922.932	2.562.749	1.128.607	1.261.863	11.391.712
Spesa Pro-capite *	25	4,65	0,5	25	22	9,7	11	98

* Popolazione Residente al 31/12/2016: 116.435 [Fonte: Open Data UVS]
Fonte: Questionario annuale ISTAT 2017- Spesa sociale dei Comuni singoli e associati anno 2016

14. Spesa Servizi Socio Sanitari

Allo stanziamento per servizi sociali, vanno aggiunti gli oltre **17 milioni di Euro** dedicati ai servizi socio-sanitari, per anziani, minori con disabilità, adulti con disabilità, compresa quella acquisita.

Spesa socio-sanitaria per area di intervento del Distretto Cesena Valle Savio- 2016

Canali di Finanziamento in EURO	Area di intervento					
	Minori con disabilità	Disabili adulti	Gravissimi disabili e SLA	Anziani	Personale	Totale
FRNA		2.527.580	529.193	8.218.546		11.275.319
Residui FRNA/FNNA		355.541				355.541
FRNA vincolato Accreditamenti		28.039		368.412		396.451
FNNA			33.560	796.232		829.792
Fondo sanitario	357.933		350.659		394.647	1.103.239
FNNA Vita Indipendente		40.000				40.000
Contributi utenti (per servizi non accreditati)		276.560				276.560
Quota Unione	244.365	1.840.987		508.270	587.638	3.181.260
TOTALE	602.298	5.068.707	913.412	9.891.460	982.285	17.458.163

* Ad integrazione FRNA/FNNA e Fondo sanitario.
Fonte: Bilancio consuntivo 2016 delle gestioni associate e rendiconto FRNA-FNNA - Sistema CUP 2000

Complessivamente quindi ogni anno i servizi sociali e socio-sanitari del distretto assorbono quasi **29 milioni di Euro di risorse pubbliche** (statali, regionali e locali), a cui vanno aggiunti i circa **7,5 milioni** di Euro derivanti dalla **compartecipazione degli utenti** (accolti nelle residenze anziani e disabili).

15. Le organizzazioni del Terzo Settore

La provincia di Forlì-Cesena si conferma un territorio ad elevata presenza di organizzazioni no-profit. Nei confronti delle altre province dell'Emilia Romagna, la provincia risulta al 1° posto per quanto riguarda la diffusione delle organizzazioni no-profit tra i residenti (7 ogni 1.000 abitanti) e al 5° posto per la percentuale di volontari sugli abitanti residenti.

Organizzazioni No-profit registrate al 31/12/2016	Forlì Cesena (FC)	Regione Emilia Romagna (RER)	Incidenza % FC su RER
Cooperative Sociali	97	725	13,4 %
Ass.ni di Promozione Sociale	416	3822	10,9 %
Organizzazioni di volontariato	319	3058	10,4%
TOTALE	832	7605	10,9%

Fonte: Regione ER. Elaborazioni Camera del Commercio della Romagna

L'ambito tra le attività maggiormente svolte tra le istituzioni no-profit è quello culturale, sportivo e ricreativo (69,2%), seguono la protezione civile e l'assistenza sociale (6,6%), le relazioni sindacali (5,4%), l'istruzione e la ricerca (3,4%) e la sanità (3,4%). In termini di addetti, il settore più presente è quello dell'assistenza sociale e della protezione civile (41,2%), seguito da quello della sanità (16,8%), sviluppo economico e coesione sociale (16,5%), istruzione e ricerca (6,1%). Le istituzioni no-profit della Provincia di Forlì-Cesena presentano una quota consistente di lavoratori retribuiti che è superiore a quella di tutte le altre province della regione (23 ogni 1000 abitanti).

Di dimensioni molto maggiori rispetto alla media nazionale sono le istituzioni no profit nell'area dello sviluppo economico e ella coesione sociale dove sono anche maggiormente concentrati gli addetti retribuiti.

Capitolo 1

5 La sanità territoriale ¹

1. I consultori familiari e gli spazi giovani

Il Consultorio familiare è rivolto alle donne, alle coppie e alle famiglie con servizi e consulenze relativi a: affettività e sessualità, maternità e paternità, gravidanza, allattamento, contraccezione, applicazione legge n. 194/78 (per l'interruzione volontaria di gravidanza), visite ginecologiche, menopausa. Organizza corsi di preparazione al parto e rilascia i certificati di attestazione di gravidanza a rischio. La rete dei Consultori in Emilia-Romagna è composta da Consultori familiari, Pediatrie di comunità/Consultori pediatrici, Spazi per donne immigrate e loro bambini, Spazi giovani: garantiscono assistenza, consulenza e ascolto. L'accesso è diretto, senza prescrizione del medico di famiglia.

Sul territorio Aziendale sono presenti un totale di 41 consultori familiari, 9 Spazio Giovani e 2 Spazio Donne Immigrate e loro bambini. Tale numero rimane complessivamente immutato fra 2016 e 2017 (52 strutture). Nel Distretto Cesena-Valle Savio, sono presenti 3 consultori familiari e 1 spazio giovani .

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

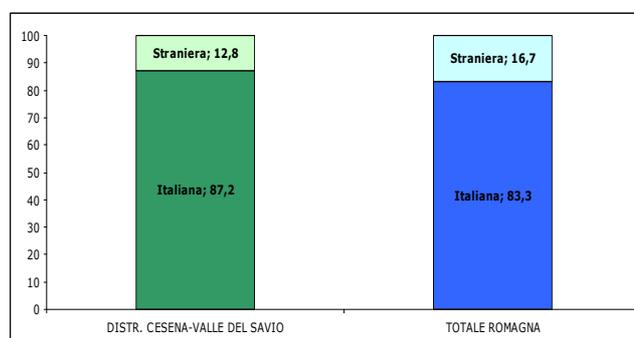
Distretto	CONSULTORIO FAMILIARE	SPAZIO DONNE IMMIGRATE E LORO BAMBINI	SPAZIO GIOVANI	TOTALE
RAVENNA	7	.	2	9
LUGO	5	.	1	6
FAENZA	6	.	1	7
FORLÌ	9	1	1	11
CESENA-VALLE DEL SAVIO	3	.	1	4
RUBICONE	2	.	1	3
RIMINI	5	1	1	7
RICCIONE	4	.	1	5
TOTALE ROMAGNA	41	2	9	52
TOTALE REGIONE	175	13	34	222

Fonte: Banca dati SICO, Regione Emilia-Romagna

Nel 2017, i consultori familiari del Distretto di Cesena-Valle Savio hanno seguito 11.446 persone, l'87% di cittadinanza italiana (dato superiore alla media dell'Ausl Romagna) e il 13% di cittadinanza straniera (dato inferiore a quello dell'Ausl).

Tra il 2017 e il 2016 si riscontra un andamento di crescita generalizzato sia di utenza che di prestazioni in tutti gli ambiti territoriali dell'Ausl Romagna.

% utenti dei consultori familiari sulla popolazione target (15-64 anni)- Anno 2017



Flusso SICO.- Regione Emilia-Romagna)

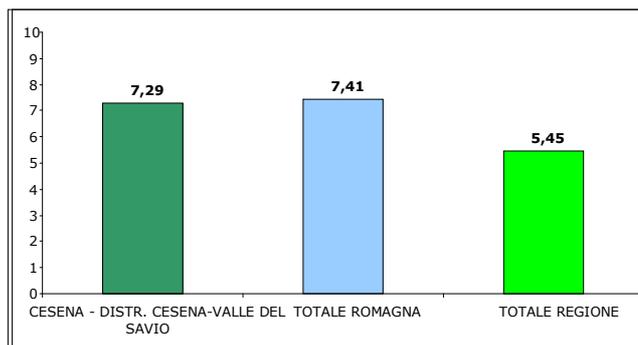
¹ Capitolo a cura di Matteo Gori – U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione Ausl della Romagna e Barbara Calderone- Ufficio Programmazione sociale e sanitaria.

Nel 2017, la % degli utenti seguiti dagli spazi giovani sulla popolazione target del Distretto di Cesena è 7,29%, il dato è in linea con quello dell'Ausl Romagna (7,41) e superiore a quello Regionale (5,45).

Complessivamente nel 2017 gli utenti sono stati 434.

L'indicatore valuta la capacità di attrazione dei servizi consultoriali rivolti agli adolescenti: l'analisi dell'indicatore effettuata per distretto di residenza evidenzia come nel distretto di Cesena Valle Savio sia stato raggiunto lo standard atteso, pari al 7%.

% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)- Anno 2017

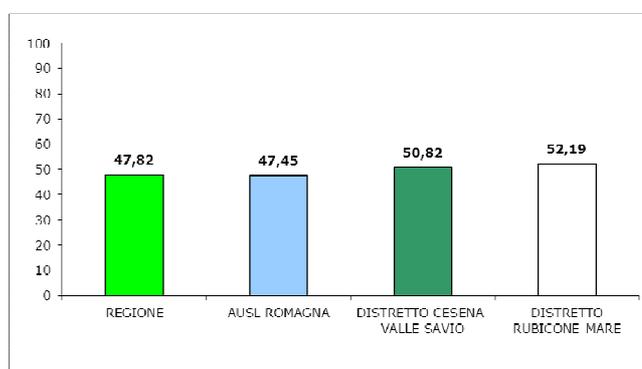


Fonte: Flusso SICO.Rilevazione SIVER-Regione Emilia-Romagna

Nel 2016, la % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza² nel Distretto di Cesena è pari al 50,8% ed è superiore sia al dato regionale (47,5%) che a quello di Ausl (47,7%)

Tale indicatore misura l'entità della presa in carico da parte del consultorio pubblico delle donne in gravidanza.

% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza- Anno 2016



Fonte: InSiDER- Regione Emilia-Romagna

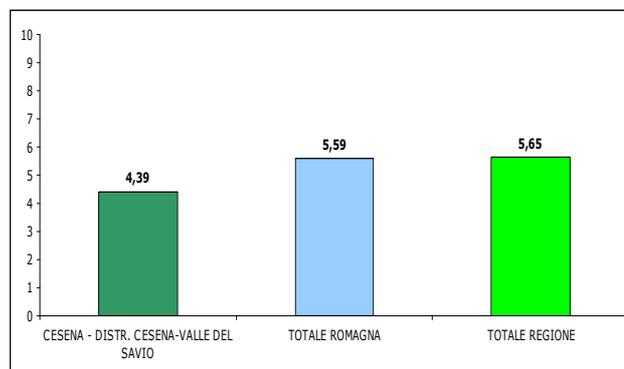
2. L'assistenza specialistica ai bambini

- I ricoveri in ospedale dei bambini

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

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

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



Fonte: flusso SDO - Rilevazione SIVER - Regione Emilia-Romagna

² L'indicatore misura l'entità della presa in carico da parte del consultorio pubblico delle donne in gravidanza.

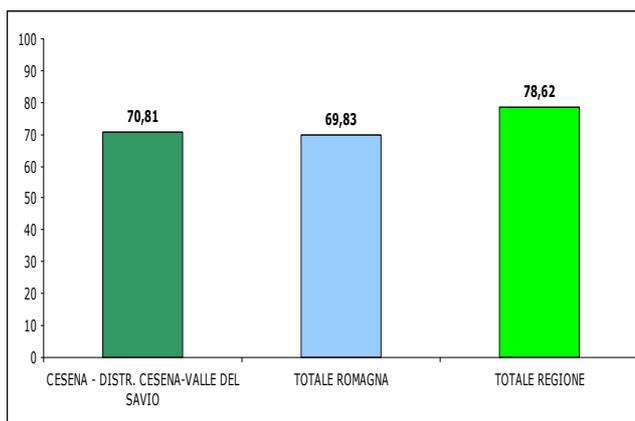
- Neuropsichiatria infantile

L'analisi degli accessi presso i servizi di Neuropsichiatria Infantile rapportato alla popolazione target residente (compresa fra 0 e 17 anni) evidenzia sia in Romagna che nel distretto Cesena-Valle Savio un livello di accesso inferiore al dato regionale: infatti i residenti nel Distretto Cesena Valle Savio e in Ausl Romagna che nel corso del 2017 hanno effettuato accessi ai servizi di Neuropsichiatria Infantile sono stati rispettivamente 70,8 (pari a 1.273 bambini-ragazzi) e 69,8 ogni 1.000 residenti minorenni, a fronte di una performance regionale che si è attestata a 78,6.

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

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

Tasso standardizzato di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile- Anno 2017



Flusso Flusso SINPIAER – Rilevazione SIVER- Regione Emilia-Romagna

3. L'assistenza domiciliare degli anziani

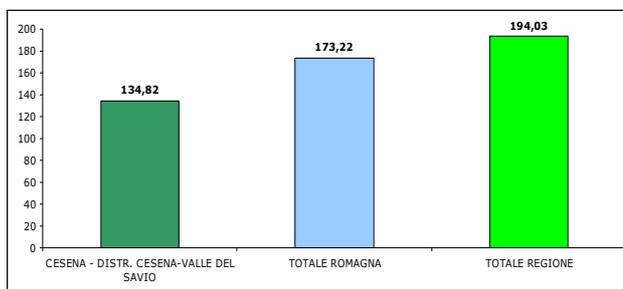
L'indicatore valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare da parte della popolazione over 75 anni, considerando tutti i tipi di assistenza domiciliare (adi medica, infermieristica, socio-sanitaria e volontariato).

Il dato distrettuale così come quello aziendale, seppur in netta crescita nel 2017, si attestano su valori inferiori a quelli medi regionali, per cui a fronte di 134 e 173 presi in carico ogni 1000 residenti ≥ 75 anni fra i residenti del Distretto e dell'Ausl Romagna, a livello regionale si hanno 194 prese in carico.

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

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

Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, ≥ 75 anni- Anno 2017



Fonte: flusso ADI – Rilevazione SIVER- regione Emilia-Romagna

4. I servizi per le persone affette da disturbi psichiatrici

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici e degli stati di dipendenza nei cittadini adulti, integrandosi con altre Istituzioni e con la rete sociale, svolge interventi di promozione della salute nelle stesse aree. Per realizzare queste attività il Dipartimento è dotato di proprie strutture territoriali (Centri di Salute Mentale, Servizi Tossicodipendenze, Centri Diurni, Residenze e altro) ed ospedaliere (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), acquisisce inoltre collaborazioni esterne che garantiscono la completezza dei percorsi, in particolare di tipo residenziale e riabilitativo. L'organizzazione dei Servizi dipartimentali è oggi sempre più orientata, per le situazioni complesse, a costruire progetti fortemente personalizzati e condivisi con l'utente e con la sua famiglia: questo sia per realizzare percorsi terapeutico-riabilitativi di efficacia dimostrata, che per mettere al centro i bisogni della persona.

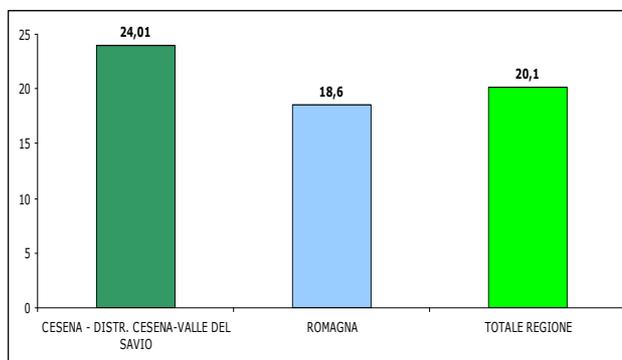
Nel distretto di Cesena-Valle Savio, presso l'Ospedale Bufalini di Cesena, sono presenti un Centro diurno di salute mentale (CSM), un reparto ospedaliero denominato Servizio psichiatrico di Diagnosi e cura (SPDC) e un servizio per le dipendenze patologiche.

La quota di persone che si rivolgono ai servizi dipende dalla capacità dell'organizzazione di intercettare gli utenti, dalle caratteristiche del territorio e della popolazione. L'indicatore quindi misura la capacità di penetrazione di un servizio e mette in evidenza le problematiche locali.

nel 2017, gli accessi di residenti presso i servizi di salute mentale adulti sono stati 2.414 e presentano un tasso di prevalenza superiore alla media regionale e dell'Ausl Romagna (24 utenti ogni 1.000 residenti maggiorenni vs 18,6 AUSL e 20,1 della Regione).

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

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



Fonte: flusso SISM – Rilevazione SIVER - Regione Emilia-Romagna

5. Gli accessi al Pronto Soccorso

I Pronto soccorso sono servizi specializzati per accogliere le persone che hanno bisogno di cure urgenti. Si può accedere al Pronto soccorso direttamente o in ambulanza, nei casi più gravi, telefonando al 118. L'accesso alle prestazioni di pronto soccorso avviene dopo una valutazione di priorità, in base alla gravità e urgenza, che classifica ogni accesso secondo codici colore:

	ROSSO: situazione molto critica, accesso immediato alle cure
	GIALLO: situazione critica, accesso rapido alle cure
	VERDE: situazione poco critica, accesso di bassa priorità
	BIANCO: situazione non critica, accesso non urgente

In caso di situazione non urgente è opportuno rivolgersi direttamente al proprio medico di famiglia. Per quanto riguarda l'attività di Pronto Soccorso e dei Punti di primo Intervento, di seguito sono evidenziati gli accessi e le prestazioni erogate nel 2017, distinti per codice colore.

	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	TOT
Cesena	6.985	60.123	15.442	2.300	84.850
AUSL Romagna	45.588	346.926	100.720	12.862	506.096
REGIONE	253.811	1.246.411	349.492	41.289	1.891.003

Nel 2017 nel territorio cesenate sono stati effettuati 84.850 **accessi** al pronto soccorso e sono state erogate 409.914 prestazioni.

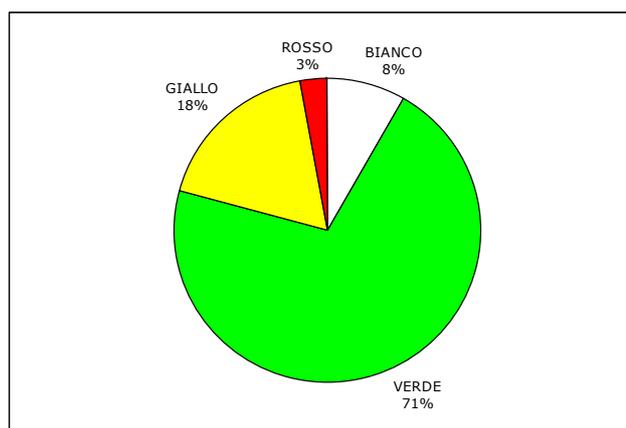
Rispetto agli accessi l'8% ha avuto un codice bianco, il 71% un codice verde, il 18% un codice giallo e il 3% un codice rosso.

Tali percentuali sono in linea sia con quelli dell'Ausl Romagna, che dell'intera Regione.

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

Gli accessi e le prestazioni di Pronto Soccorso del 2017 riscontrano un incremento in confronto al 2016 rispettivamente del 2,0% e del 2,6%. Tale valore complessivo è generato prevalentemente da un incremento di codici rossi negli ambiti di Cesena e Rimini, di codici bianchi e verdi nel forlivese e di codici gialli nell'area ravennate.

Pronto Soccorso - Distribuzione di accessi suddivisi per codice colore del triage all'entrata- Anno 2017 per ambito di Cesena (Valle Savio e Rubicone- DEA e PPI)



Fonte: flusso PS - Regione Emilia-Romagna

Pronto Soccorso - Distribuzione di accessi in DEA e PPI suddivisi per triage all'entrata- Anni 2017 vs 2016

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

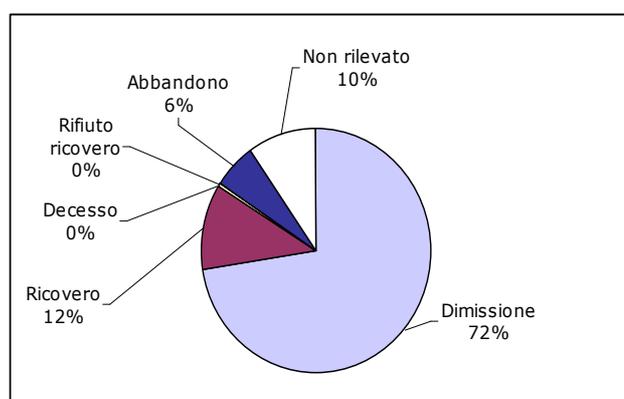
Fonte: flusso PS - Regione Emilia-Romagna

La scomposizione dei dati degli accessi per modalità di **dimissione** (ricovero, decesso, abbandono, dimissione, etc..), porta in evidenza una percentuale di accessi che esitano in una dimissione nel 72% dei casi e nel 6% in allontanamento autonomo; solo il 13% esita in un ricovero nelle strutture.

Tali dati sulla dimissione sono coerenti con i codici colore del triage assegnati all'accesso, che nel 80% dei casi sono bianchi o verdi e nel 20% galli o rossi.

Eventuali approfondimenti si possono reperire dalla sottostante tabella.

Pronto Soccorso - Distribuzione di accessi in DEA e PPI suddivisi per modalità di dimissione- Anno 2017



Fonte: flusso PS - Regione Emilia-Romagna

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

TOTALE	Anno 2017						Anno 2016					
	Accessi Tot.	% per Modalità dimissione					Accessi Tot.	% per Modalità dimissione				
		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono		Dimissione	Ricovero	Decesso	Rifiuto ricovero	Abbandono
Ravenna	182.537	80,6%	14,8%	0,1%	1,3%	3,1%	179.863	80,2%	14,9%	0,1%	1,3%	3,5%
Forlì	51.509	72,2%	19,0%	0,1%	0,5%	7,4%	49.792	71,0%	19,7%	0,2%	0,5%	8,6%
Cesena	84.850	72,4%	11,6%	0,1%	0,0%	6,2%	82.019	73,7%	12,1%	0,2%	0,0%	5,9%
Rimini	187.200	79,6%	11,7%	0,1%	1,1%	7,3%	184.319	79,3%	12,2%	0,1%	1,5%	6,9%
AUSL ROMAGNA	506.096	78,0%	13,6%	0,1%	0,9%	5,7%	495.993	77,9%	13,9%	0,1%	1,1%	5,7%
REGIONE	1.891.003	79,2%	14,4%	0,1%	0,7%	5,0%	1.875.560	79,0%	14,6%	0,1%	0,7%	5,1%

Fonte: flusso PS - Regione Emilia-Romagna

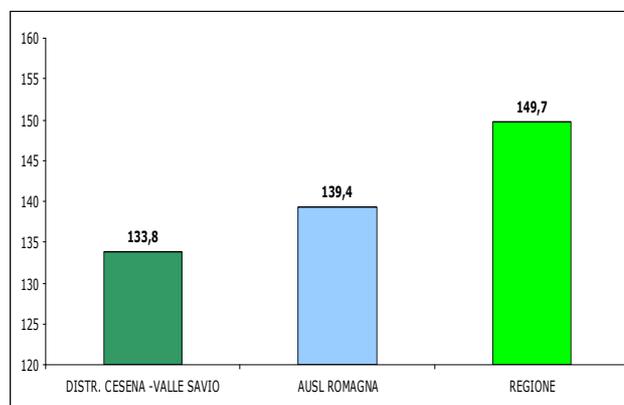
6. I ricoveri negli ospedali

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

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

Nel 2017 tale tasso complessivo standardizzato per età e sesso³ della popolazione residente nel Distretto Cesena-Valle Savio, pari a 133,8, si presenta inferiore al dato dell'AUSL della Romagna e al dato medio regionale (139,4 vs 142,3).

Tasso standardizzato di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti- - Anno 2017



Fonte: flusso SDO - Regione Emilia-Romagna

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

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

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per sesso ed età per mille ab. – anno 2017 vs 2016- (Osp. Pubblici e privati e Mobilità passiva extraregionale) -Suddiviso per ambito distrettuale di residenza e regime di ricovero

Distretto di residenza	Anno 2017			Anno 2016		
	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE	DEGENZA ORDINARIA	DAY-HOSPITAL	TOTALE
RAVENNA	122,7	27	149,7	118,1	33,2	151,4
LUGO	120,6	22,8	143,4	113,3	27,4	140,7
FAENZA	116,1	23,6	139,7	113,8	28,2	142,1
FORLÌ	114,9	23,8	138,7	110,7	28,4	139,1
CESENA-VALLE SAVIO	113,0	20,7	133,8	109,1	26,5	135,5
RUBICONE	114,9	21,6	136,5	109,7	27,3	137
RIMINI	114,5	23,3	137,8	111,4	30,3	141,7
RICCIONE	111,6	20,6	132,2	111,2	26	137,2
AUSL ROMAGNA	116,1	23,3	139,4	112,3	28,9	141,2
REGIONE	116,5	25,7	142,3	113	31,8	144,8

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

7. I tempi di attesa per visite e prestazioni specialistiche.

³ Il tasso di ospedalizzazione standardizzato (TOS), con il metodo diretto, è una media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per genere e per età in cui i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (standard). La popolazione tipo utilizzata è quella italiana al 01/01/2012. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per genere e per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti.

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

- entro 30 giorni le visite
- entro 60 giorni le prestazioni di diagnostica strumentale.

Il principale indicatore utilizzato per la verifica del rispetto degli standard è l'indice di performance prospettico⁴ il cui andamento nel tempo viene rappresentato nella tabella che segue per ogni ambito territoriale della Ausl della Romagna, in modo cumulativo per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio⁵.

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

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

Ambito	2017			2018		
	gen	feb	mar	gen	feb	mar
Ambito di Ravenna	100%	99%	93%	100%	99%	98%
Ambito di Forlì	97%	93%	85%	96%	93%	93%
Ambito di Cesena	99%	98%	97%	97%	98%	95%
Ambito di Rimini	99%	91%	86%	95%	95%	94%
Azienda della Romagna	100%	95%	91%	97%	96%	95%

Fonte: Elaborazione da Applicativo regionale SpagoBi

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

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

⁴ Per Indice di Performance Prospettico riguardo ai tempi di attesa si intende la capacità di soddisfare la domanda entro il tempo di attesa standard regionale ed il calcolo è dato dal rapporto percentuale tra il numero di pazienti prenotati nel periodo di rilevazione con tempo di attesa inferiore agli standard regionali (30 gg. per le visite, 60 gg. per la diagnostica, 7 gg. per le prestazioni urgenti) sul totale dei pazienti prenotati nel medesimo periodo.

⁵ La regione Emilia-Romagna ha messo a disposizione un sistema di monitoraggio "pubblico" sulla pagina internet appositamente dedicata: www.tdaer.it, che consente ulteriori approfondimenti attraverso specifiche tabelle la cui lettura è facilitata dalla presenza di una scala di colori che vuole rappresentare il livello di criticità del valore osservato.

8. Quanto spende la sanità per i cittadini

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

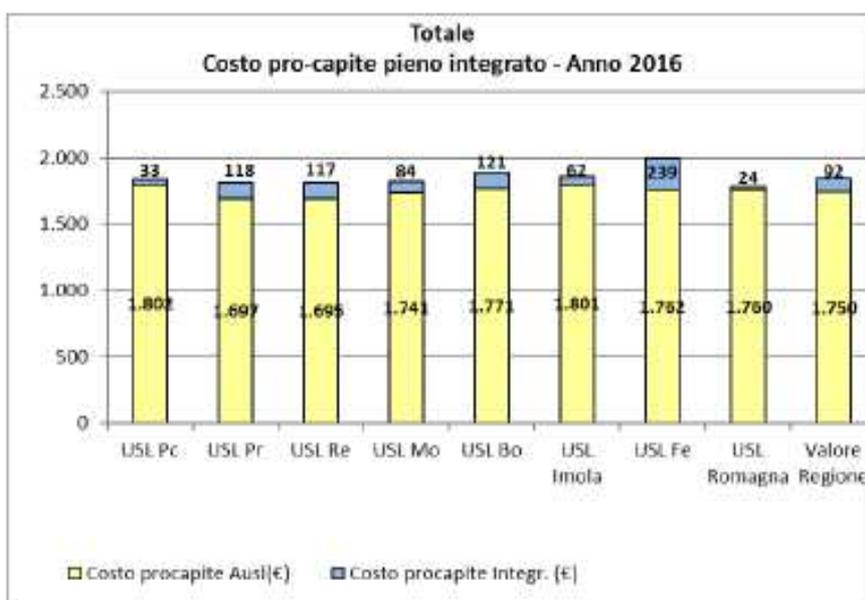
L'ultimo dato disponibile fa riferimento al 2016 e non presenta un'analisi distrettuale.

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

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

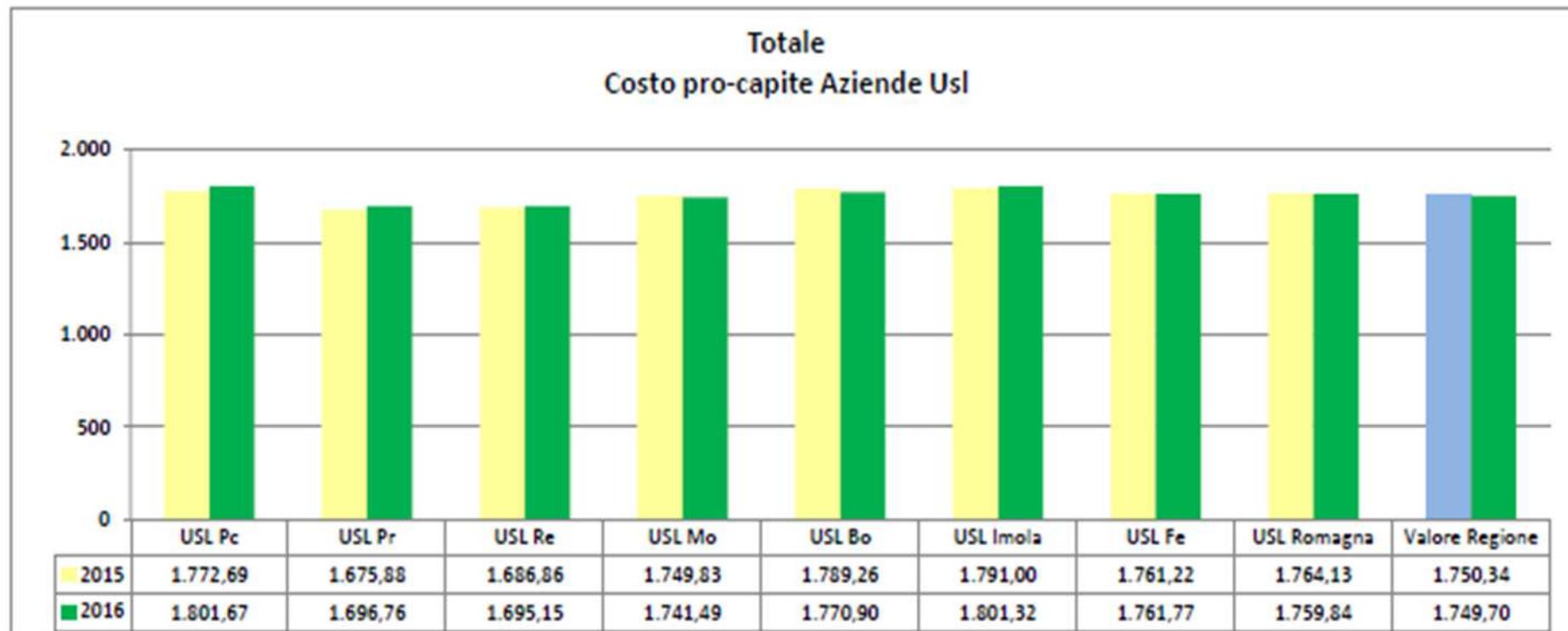
L'analisi dei soli costi Ausl evidenzia per il 2016, a fronte di una popolazione romagnola sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, che i costi per livelli di assistenza per i residenti si sono lievemente ridotti (-0,23%). In termini pro-capite il costo medio per cittadino residente nei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

Costo pro capite totale per Ausl- Anno 2016



Fonte: Rilevazione SIVER

	Anno 2015			Anno 2016			Variazione % Costo livello	Variazione % 2016/2015 Popolazione pesata	Variazione % 2016/2015 Costo Pro- capite	Differenza 2016-2015 Costo Pro- capite
	Costo livello (k€)	Popolazione Pesata	Costo procapite (€)	Costo livello (k€)	Popolazione Pesata	Costo procapite (€)				
USL Pc	526.582	297.052	1.772,69	533.256	295.978	1.801,67	1,27%	-0,36%	1,63%	28,98
USL Pr	749.772	447.389	1.675,88	758.576	447.073	1.696,76	1,17%	-0,07%	1,25%	20,88
USL Re	859.799	509.703	1.686,86	860.538	507.648	1.695,15	0,09%	-0,40%	0,49%	8,29
USL Mo	1.199.325	685.394	1.749,83	1.192.594	684.814	1.741,49	-0,56%	-0,08%	-0,48%	-8,35
USL Bo	1.580.895	883.548	1.789,26	1.567.453	885.115	1.770,90	-0,85%	0,18%	-1,03%	-18,35
USL Imola	238.192	132.994	1.791,00	240.117	133.300	1.801,32	0,81%	0,23%	0,58%	10,32
USL Fe	668.629	379.640	1.761,22	667.657	378.970	1.761,77	-0,15%	-0,18%	0,03%	0,55
USL Romagna	1.978.284	1.121.394	1.764,13	1.973.652	1.121.494	1.759,84	-0,23%	0,01%	-0,24%	-4,29
Valore Regione	7.801.477	4.457.115	1.750,34	7.793.842	4.454.393	1.749,70	-0,10%	-0,06%	-0,04%	-0,644



Capitolo 1

6 I bisogni dei cittadini percepiti dagli operatori dei servizi sociali

I bisogni dei cittadini percepiti dagli operatori dei servizi sociali: in sintesi

Potenzialità

- Grande capacità degli operatori di **leggere le tendenze e i cambiamenti** in atto e di intercettare le questioni cruciali, siano esse trasversali ai target che specifiche di singoli gruppi (anziani, disabili, famiglie, bambini..);
- Il sistema e l'organizzazione dei servizi reggono e sembrano riuscire a rispondere in **maniera adeguata ai bisogni principali**, nonostante i cambiamenti sociali profondi e repentini degli ultimi anni; purtroppo emerge come i target "tradizionali" di utenza attesa - su cui sono impostati i servizi (servizi per anziani, disabili, per minori e famiglie) - siano continuamente messi alla prova da elementi che tendono a "scardinarli";
- Sebbene poco evidenziati in maniera esplicita dagli operatori, si leggono in controluce nelle singole interviste degli operatori **alcuni cambiamenti "positivi"**, assai diffusi nella popolazione emiliano-romagnola, più colta e informata rispetto al passato, con livelli di occupazione femminile, quindi di autonomia e indipendenza, tra le più elevate d'Italia e con un livello di imprenditorialità e integrazione della popolazione straniera assai importante.

Criticità

- **Cambiamenti tendenzialmente negativi**: gli utenti di oggi sono più numerosi, più poveri, più soli, più ammalati, più fragili, meno autonomi rispetto al passato; solo pochi operatori evidenziano che le persone sono anche più informate, più consapevoli dei loro diritti, alcuni anche in condizione di sostenere economicamente alcuni servizi per la gestione della quotidianità quali ad esempio l'aiuto domiciliare e domestico, il baby sitting, l'accompagnamento educativo.
- I temi della **povertà** e della **solitudine/isolamento** emergono come elementi trasversali a tutte le tipologie di utenti.
- Generale **ampliamento del bacino di utenza rispetto a quello "atteso"**; sia in termini numerici (sono più numerosi), sia in termini di caratteristiche: anziani più giovani e più anziani; disabili anziani e con disabilità non solo congenite ma anche acquisite; famiglie povere ma anche con problemi di conflitti intrafamiliari; disoccupati giovani, adulti e "anziani"; utenti con problemi di tipo sociale ma anche sanitario.

La percezione degli operatori

Per approfondire i dati statistici e quantitativi mostrati e commentati nei paragrafi precedenti e provenienti dalle banche dati demografiche, sanitarie e sociali, ed avere così uno sguardo più "completo" e qualitativo del contesto distrettuale e soprattutto dei bisogni degli utenti, è stato chiesto agli operatori dei servizi sociali dell'Unione dei Comuni (assistenti sociali, educatori, operatori di sportello), di descrivere sinteticamente (tramite una breve intervista scritta) i principali cambiamenti che riguardano

- le caratteristiche degli utenti seguiti/avuti in carico, negli ultimi 5 anni;
- i bisogni degli utenti e delle loro famiglie.

Di seguito sono riportati in sintesi i contenuti emersi dalle 36 interviste raccolte (sulle 41 inviate) ¹.

1. Cambiamenti che riguardano le caratteristiche degli utenti

Emergono 5 cambiamenti nelle **caratteristiche** degli utenti, trasversali alle differenti diverse aree di competenza e di lavoro dei operatori (area minori- famiglia e marginalità adulta; area anziani, area persone con disabilità, area povertà).

Cambiamenti nelle caratteristiche dei cittadini

1. **Condizione economica:** in linea con la condizione economica di questi ultimi anni, infatti, l'utente che accede oggi ai servizi sociali è più povero di quello che accedeva 5 anni fa (sia esso adulto, anziano, disabile o minore). Si tratta di una povertà economica, sempre più frequentemente, dovuta alla perdita del lavoro o alla riduzione delle ore lavorative.
2. **Cittadinanza e nazionalità:** rispetto al passato, sono aumentati infatti gli utenti stranieri, con progetti migratori di diversa natura (profughi, minori non accompagnati...). Inoltre le famiglie straniere sono caratterizzate da un elevato numero di figli (rispetto alle famiglie italiane), con la conseguente maggiore difficoltà nell'assicurare il benessere alla prole.
3. Gli utenti di oggi si presentano con **bisogni più complessi** e con una elevata eterogeneità nelle richieste.
4. **Rete sociale:** gli utenti di oggi sembrano avere una rete familiare e sociale sempre più ristretta, che li rende più fragili, isolati e soli rispetto al passato.
5. **Componente psicologica e relazionale:** le persone che si presentano oggi ai servizi sembrano impaurite, talvolta non riescono a vedere un futuro diverso, appaiono arrabbiate, pretenziose/esigenti, talvolta arroganti. Mostrano scarse fiducia nei servizi, collegata ad una incapacità di leggere un mondo di aiuti molto complesso, frastagliato e burocratizzato.

¹ Per i risultati di dettaglio si rimanda al Paragrafo 3- Indagine "La Voce degli operatori", del Capitolo 5 - Processo per la realizzazione del Piano di zona.

2. Cambiamenti nei bisogni dei cittadini che si rivolgono al servizio sociale in qualità di UTENTI e nei bisogni delle loro FAMIGLIE

Accanto ai cambiamenti nelle caratteristiche dei cittadini che si rivolgono al servizio sociale in qualità di UTENTI, gli operatori dei servizi descrivono anche i seguenti cambiamenti nei **bisogni materiali e relazionali**, sia degli utenti che della loro famiglie, con interessanti differenze nell'ordine di rilevanza.

Cambiamenti nei BISOGNI di	
Cittadini UTENTI	Loro FAMIGLIE
<p>Bisogni di tipo materiale</p> <p>1) SOLDI: il bisogno di avere sostegno economico e sussidi di vario tipo è crescente e trasversale a tutte le tipologie di utenti.</p> <p>2) SERVIZI ASSISTENZIALI: i bisogni di tipo assistenziali sono l'altro elemento trasversale ai target di utenti. Vanno dalla richiesta dei servizi a domicilio, a quelli previsti dentro le strutture residenziali (per la popolazione anziana o disabile), passando per quelli di orientamento, consulenza e supporto educativo, fino alla necessità di aumentare l'attenzione verso i bisogni assistenziali delle persone con disabilità acquisite.</p> <p>3) LAVORO: ritrovare lavoro per chi lo ha perso in seguito alla crisi o trovare un lavoro adeguato alle proprie condizioni (di donna con figli, di disabile, di disoccupato di lunga durata, di persona che vive momenti di difficoltà o fragilità...) è un bisogno diffuso tra utenti giovani e adulti, uomini e donne, italiani e stranieri, disabili e non. È quindi il lavoro lo strumento fondamentale, in grado di fare uscire da stati di povertà o impoverimento e di garantire emancipazione ed integrazione sociale più generale.</p> <p>4) CASA: potersi permettere una casa è un bisogno emergente delle famiglie di oggi. Questo vuol dire per alcuni avere un posto stabile e dignitoso in cui abitare, per altri un posto economicamente sostenibile (con le utenze attive o a canone agevolato), per altri ancora un appartamento condiviso con altre persone, per superare momenti di crisi e con eventuali supporti mirati alla convivenza.</p>	<p>Bisogni di tipo materiale</p> <p>1) CASA: crescono le richieste di sostegno alle spese abitative e le problematiche intorno alla casa delle famiglie degli utenti (sfratti, morosità affitti/utenze, distacco utenze), in particolare delle famiglie con figli minorenni in carico ai servizi sociali e di quelle povere.</p> <p>2) SOLDI: il bisogno di supporti economici è particolarmente presente nella famiglie che hanno in carico persone non autosufficienti. In particolare nelle famiglie delle persone con disabilità, emergere come forte preoccupazione dei genitori su come assicurare l'indipendenza economica ai figli disabili; nelle famiglie che hanno in carico persone anziane si declina come richiesta di un aiuto economico per sostenere le spese assistenziali.</p> <p>3) SERVIZI ASSISTENZIALI: la necessità di servizi assistenziali è l'altro elemento che caratterizza i bisogni della famiglie dei non-autosufficienti. I familiari delle persone con disabilità esprimono forte preoccupazione sul "Dopo di noi" e sottolineano la mancanza di una figura sanitaria di riferimento; la famiglie degli anziani non autosufficienti tendono a chiedere servizi che possano sollevare il nucleo familiare dai compiti di cura (contributi per le assistenti familiari, assistenza domiciliare, posti in strutture residenziali..).</p>
<p>Bisogni di tipo relazionale</p> <p>1) INTEGRAZIONE e ORIENTAMENTO: gli utenti sono sempre più soli e/o isolati, con bisogno di essere ascoltati e orientati, sia nella decodifica dei loro bisogni, che nel mondo dei servizi. Quello di oggi è un bacino di utenti sempre più bisognosi di integrazione e inclusione sociale; che esprimono una richiesta e volontà trasversale di socializzazione.</p>	<p>Bisogni di tipo relazionale</p> <p>1) SUPPORTO ALLA RELAZIONE DI CURA: le famiglie degli utenti risultano, sempre più ristrette e sprovviste di una rete parentale di riferimento, e quando è presente la rete è molto debole. Chiedono quindi di avere forme di supporto nelle relazioni familiari, nella gestione dei figli e della eventuale conflittualità (tra coniugi, genitori e figli, generazioni...).</p>

Capitolo 1

7 Modello di governance locale

ed assetto organizzativo dell'ambito distrettuale

L'assetto istituzionale attraverso il quale è garantita la funzione di governo del sistema pubblico di servizi sociali e socio-sanitari si sviluppa attraverso due direttrici: il ruolo della Regione nel governo del Servizio sanitario e il ruolo degli Enti locali nel governo dei servizi sociali e socio-sanitari in ambito distrettuale, esercitati entrambi in una logica di collaborazione ed integrazione.

L'integrazione tra le due direttrici si consolida attraverso gli organi deputati alla programmazione in campo sociale e socio-sanitario, secondo una logica fortemente orientata allo sviluppo di reti assistenziali a cui partecipano servizi diversi e che permette nel-contempo di coinvolgere, valorizzando le singole autonomie, tutti i soggetti (Regione, Enti locali, Aziende sanitarie, Terzo Settore, privato profit, forze sociali) che a vario titolo sono chiamati a svolgere un proprio ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza.



**Comuni del
Distretto
Cesena-Valle
Savio**

**Cesena
Montiano
Mercato Saraceno
Sarsina
Bagno di
Romagna
Verghereto**

Per garantire una maggiore rappresentatività delle istanze e delle necessità della componente minoritaria della popolazione, residente nei Comuni con territorio a carattere pedemontano, le Amministrazioni locali hanno storicamente e collegialmente optato per un modello di "governance" improntato alla solidarietà e alla coesione sociale valorizzando la partecipazione diretta di tutte le Amministrazioni; tale modello è implementato in ogni organo con funzioni di programmazione, indirizzo e controllo generale attivo nel territorio del Distretto. L'adozione di tale modello a carattere partecipativo ha consentito in questi anni, in ogni organo con funzioni di programmazione, indirizzo e controllo generale, una corretta amministrazione dei servizi rivolti ai cittadini, anche a beneficio di coloro che vivono in zone rurali, pedemontane o lontane dalle principali vie di comunicazione.

Integrazione intermedia e coordinamento sovra-distrettuale

Considerato che la Regione ha di recente riassorbito le funzioni provinciali sul sociale le funzioni di snodo e comunicazione tra Regione e territori, e di coordinamento sovra distrettuale vengono assicurate dalle Conferenze Territoriali Socio Sanitarie (CTSS). A decorrere dall'1 gennaio 2014, è istituita la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Romagna, che opera nell'ambito territoriale dell'Azienda USL della Romagna e che esercita, in rappresentanza della pluralità dei territori coinvolti, funzioni di indirizzo, programmazione, valutazione e vigilanza nei confronti dell'Azienda USL della Romagna, secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente. Vista l'estensione territoriale della CTSS, conseguentemente del numero di Sindaci che ne fanno parte, la stessa si è dotata di un Ufficio di Presidenza per assicurare tempestività nelle decisioni e snellimento delle procedure, nonché di un Ufficio di Supporto.

Integrazione distrettuale

La Regione individua, in coerenza con le politiche territoriali di carattere istituzionale, gli ambiti distrettuali quali articolazioni fondamentali delle Aziende sanitarie e circoscrizioni territoriali nelle forme e con gli strumenti previsti dalla normativa vigente e dagli atti di programmazione regionale, le funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari.

L'approvazione della L.R. 21/2012, sul governo territoriale delle funzioni amministrative, ha inoltre accelerato il processo di associazione da parte dei Comuni: con atto costitutivo sottoscritto il 24 gennaio 2014, i Comuni di Bagno di Romagna, Cesena, Mercato Saraceno, Montiano, Sarsina e Verghereto hanno costituito l'Unione dei Comuni "Valle del Savio", in conformità all'art. 32 TUEL, all'art. 14 d.l. 78/2010 e succ. modif. e all'art.19 L.R. 21/2012 conferendo contestualmente alla medesima la gestione in forma associata della funzione relativa ai servizi sociali e socio-sanitari, in integrazione con l'Azienda USL Romagna istituita con L.R. 22 del 21 novembre 2013 e suddivisa in otto Distretti.

L'attività dell'Unione dei Comuni "Valle del Savio", per quanto riguarda i Servizi Sociali, partita in data 1 Giugno 2014, è regolata:

- dalla L.R. n. 2/2003 e dalle successive direttive attuative regionali;
- dalle leggi nazionali e regionali relative agli interventi e servizi sociali;
- dal Piano sociale e sanitario regionale;
- dal Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale e dai programmi attuativi annuali;
- dalla Convenzione per la Gestione Associata dei servizi sociali e per l'integrazione delle attività socio sanitarie nel Distretto Cesena Valle-Savio attualmente vigente tra i medesimi Comuni costituenti l'Unione di cui trattasi e l'Azienda USL della Romagna, ad oggi subentrata all'Azienda USL di Cesena ai sensi della L.R. 21 novembre 2013, n.22;
- dalla convenzione per il conferimento all'Unione dei Comuni "Valle del Savio" della funzione relativa ai servizi sociali e socio-sanitari di cui alla Delibera n. 6 del 31.03.2014 del Consiglio della stessa unione.

In ciascuno degli otto ambiti distrettuali in cui è suddiviso il territorio romagnolo è istituito il Comitato di Distretto (L.R. 19/1994 e 29/2004) che opera anche nell'ambito degli indirizzi espressi dalla CTSS ed ha funzione di governo relativamente alla programmazione, regolazione e verifica, sociale e socio-sanitaria di ambito distrettuale. Il Comitato di Distretto, nell'ambito delle sue funzioni di governo, sovrintende anche alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa. Approva il Piano Distrettuale per la Salute e Benessere Sociale ed i relativi Programmi Attuativi. Il Comitato di Distretto, promuove inoltre la partecipazione attiva dei cittadini, delle formazioni sociali e delle organizzazioni sindacali alla programmazione sociale e socio-sanitaria attraverso la definizione di specifiche modalità di confronto e coinvolgimento pubblico di tali soggetti.

Nel Distretto Cesena-Valle Savio, essendo coincidente con il territorio amministrato dall'Unione dei Comuni "Valle del Savio", in conformità a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 21/2012, le funzioni del Comitato di Distretto sono svolte dalla Giunta dell'Unione. Il Comitato di Distretto Cesena Valle-Savio, per meglio accompagnare l'attività istruttoria necessaria all'esercizio delle proprie funzioni, si avvale di apposita "Commissione Welfare" cui partecipano il Direttore di Distretto dell'Azienda USL ed i rappresentanti delle Amministrazioni facenti parte dell'Unione dei Comuni.

L'Ufficio di Piano, struttura tecnica comune tra Unione ed AUSL (ai sensi art. 30 Testo Unico Enti Locali), costituisce il nodo organizzativo a livello distrettuale per le funzioni di coordinamento della programmazione socio-sanitaria ed ha sede presso l'Unione dei Comuni (all'interno del Servizio per la programmazione sociale e sanitaria).

Il quadro istituzionale delineato, posiziona l'Unione di Comuni "Valle del Savio" quale Ente Pubblico a cui sono demandati i compiti di regolazione, programmazione e gestione generale dei servizi, la quale si avvale dell'ASP Cesena Valle Savio (costituita con delibera di giunta regionale 397/2009) per la produzione e l'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari, nonché per altre funzioni ed attività previste dallo Statuto dell'ASP medesima, salvo eventuali deroghe autorizzate dalla Regione; ai sensi dell'art. 3, comma 1 della richiamata legge regionale l'Azienda pubblica di Servizi alla Persona (ASP) "Cesena Valle Savio" è Ente pubblico non economico locale disciplinati dall'ordinamento regionale e del quali gli Enti soci, gli Enti Locali, e le Aziende Unità Sanitarie Locali si avvalgono per la gestione e l'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari, nonché per altre funzioni ed attività previste dallo Statuto dell'ASP medesima. Con delibera n. 40 del 19/11/2014 a titolo "primi provvedimenti in materia di programma di riordino delle forme di gestione dei servizi sociali e socio-sanitari di cui alla LR 26/07/2013 n. 12" la Giunta dell'Unione ha dato avvio al relativo processo che in questo territorio vede la presenza di due Case Residenza Anziani gestite da Comuni e/o loro Istituzioni (CRA "Barocci" Comune di Sarsina, CRA "Camilla Spighi" Istituzione Comune di Bagno di Romagna).

L'organizzazione delle AUSL per l'integrazione socio-sanitaria

Il Distretto costituisce l'articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale e il luogo della formulazione della committenza, che esprime il fabbisogno di assistenza territoriale in forma residenziale, ambulatoriale, domiciliare, ricompresa nei livelli essenziali di assistenza, ed è funzionale allo sviluppo di collaborazione e di relazione tra Azienda ed Enti locali. Al Distretto è preposto il Direttore di distretto, quale principale interlocutore territoriale degli Enti Locali, e le sue funzioni in ambito sociosanitario si esplicano particolarmente in relazione con il Comitato di distretto, nell'ambito di una programmazione partecipata, promuovendo e sviluppando la collaborazione con la popolazione e le sue forme associative, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento. Pertanto il Direttore del Distretto collabora costantemente con gli Enti locali distrettuali sia in sede di programmazione che in sede di regolazione e verifica per lo sviluppo di strumenti nuovi di prossimità e di integrazione sociale e sanitaria. Il Direttore di Distretto, nell'ambito del Comitato di distretto assicura lo sviluppo degli interventi socio-sanitari, compatibilmente con le risorse definite nella programmazione, con particolare riguardo ai Fondi per la non autosufficienza (FRNA regionale e FNA nazionale), garantendo il rispetto degli impegni assunti dall'Azienda. A questo fine si rapporta con l'Ufficio di Piano e con il Direttore delle attività sociali e sanitarie cui compete la funzione di coordinamento tecnico, a livello aziendale, delle attività riconducibili all'integrazione socio-sanitaria, affidate ai singoli Direttori di distretto.

Il rapporto fra soggetti istituzionali e gli attori sociali pubblici e privati

Il Piano Distrettuale per la Salute e per il Benessere Sociale, predisposto sulla base delle indicazioni regionali, costituisce, a livello distrettuale, il principale strumento di programmazione strategica del sistema pubblico dei servizi sociali e socio-sanitari a rete, indicando gli obiettivi, le priorità di intervento, gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione, tenendo conto delle disponibilità finanziarie. Ha di norma validità triennale ed è declinato e aggiornato anche annualmente attraverso la predisposizione di Programmi Attuativi col concorso e la partecipazione attiva delle formazioni sociali del Terzo Settore e delle organizzazioni sindacali.

Attraverso la programmazione del modello di welfare locale, si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e i soggetti pubblici e privati, e si realizza, nel rispetto delle relative competenze, il coinvolgimento di tutti i soggetti che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo, e quindi l'affermazione dei diritti di cittadinanza. Si connota quindi, sotto un'attenta regia pubblica titolare delle competenze di governance, come il risultato di un mix di investimenti pubblici e privati, sia "for profit" che "non profit", e di un esercizio attivo della cittadinanza, di natura "proattiva", in cui i cittadini possano riconoscersi e mettersi in gioco, ognuno secondo le proprie possibilità, per l'interesse collettivo.

Tra gli attori particolarmente presenti nel sistema di welfare comunitario vi sono i soggetti del Terzo settore, produttori essi stessi di molti servizi di area sociale e sociosanitaria e spesso innovatori sul piano della progettazione e sperimentazione di nuovi interventi. Sono quindi a tutti i livelli territoriali un interlocutore fondamentale per la salvaguardia ed il miglioramento del sistema di welfare locale e, attraverso le loro rappresentanze, un soggetto con il quale confrontarsi nelle varie fasi della programmazione territoriale. È infatti nell'ambito della programmazione locale distrettuale, che si declina tale rapporto tra pubblica amministrazione e Terzo settore (anche in ottemperanza della legge 241/90) e si generano i presupposti per procedimenti amministrativi volti alla costruzione di rapporti di collaborazione, co-progettazione, concessione di contributi e sovvenzioni, oltre che alla definizione di accordi fra pubbliche amministrazioni. Così come fondamentali per la co-costruzione del welfare, risultano essere le organizzazioni sindacali. La L.R. 2/2003 riconosce il ruolo di rappresentanza sociale delle Organizzazioni sindacali nella progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e assume il confronto e la concertazione come metodo di relazione con esse.

Servizio sociale territoriale

La compiuta attuazione di questo processo di integrazione dei servizi in un ambito distrettuale chiama in causa un investimento sul capitale umano e professionale in particolar modo nell'area sociale, dove minori sono le fonti di finanziamento statale e maggiori i vincoli assunzionali in capo al sistema delle Autonomie locali se rapportate all'aumento della domanda e alla complessità degli interventi.

Il Servizio Sociale Territoriale (SST) ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. Attraverso un complesso di interventi finalizzati a garantire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la valutazione, la ricerca, la progettazione e l'accompagnamento in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno e la promozione di nuove

risorse sociali nonché a realizzare interventi per la promozione e lo sviluppo del capitale sociale della comunità.

Il modello organizzativo e gestionale di ambito distrettuale del Servizio sociale territoriale già da tempo applicato nel distretto Cesena Valle Savio, coerente con il dettato e l'attuazione della L.R. 21/2012 e della L.R. 12/2013, nonché con le linee guida regionali (DGR 1012/2014) è quello di un servizio che, dallo sportello sociale fino al servizio sociale professionale, costituendo lo snodo più vicino alle comunità locali, può meglio di altri relazionarsi collaborare e co-costruire con i cittadini, le istituzioni e la comunità di cui fa parte. A seguito della costituzione dell'Unione dei Comuni "Valle del Savio" con diversi atti deliberativi tra il 2014 ed il 2015 si è completato l'allineamento dell'organizzazione del nuovo Ente alle modifiche derivanti dal conferimento in Unione della funzione di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini. La suddivisione a livello macro del Settore Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni "Valle del Savio" vede la presenza di quattro servizi che accolgono le istanze dell'intero territorio distrettuale: amministrativo-casa, anziani e persone con disabilità, minori e famiglie, programmazione sociale e socio-sanitaria (al cui interno si situa anche l'ufficio di piano distrettuale).

Le attività rivolte ai cittadini sono quindi ben ancorate ai contesti territoriali, anche attraverso gli sportelli sociali, per garantire la prossimità al territorio e la possibilità di integrazione del Servizio con il Distretto ed i diversi attori e servizi locali (inclusi, per quanto riguarda l'accesso, gli altri punti/sportelli quali Centri per le famiglie, Punti anziani, ...) costituendo una rete che va dall'accesso alla presa in carico fino all'erogazione. Tale rete costituisce di fatto l'offerta garantita in maniera omogenea sul territorio distrettuale, è ed cofinanziata da Enti Locali, Regione E/R e Stato.

Organizzazione e dotazione dei servizi sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio

(escluso il dirigente)- Anno 2018

Servizi Unione	Amministrativi	Assistenti sociali e altri operatori
Amministrativo e casa	9	1
Anziani e persone con disabilità	3	17
Minori e famiglie	0	18
Programmazione sociale e socio-sanitaria	4	0
Segreteria	5	0
Totale Unione	22	35

Capitolo 2

Scelte strategiche e priorità

Gli incontri nei Comuni e i laboratori tematici

Il confronto con la cittadinanza e gli stakeholder locali si è realizzato durante una serie di incontri pubblici svolti in tutti i comuni del distretto (si veda il cap 5) organizzati con lo scopo di consentire concretamente ad ogni territorio e realtà locale di fornire il proprio contributo.

Il processo di partecipazione, denominato "Una comunità di persone e di valori", ha preso avvio il 19 marzo 2018, con l'analisi dei bisogni nell'ultimo decennio, ed è terminato il 10 aprile 2018, con la restituzione alla cittadinanza e ai diversi stakeholder di quanto emerso nei vari incontri precedenti.

Per ottenere una più completa e specifica panoramica dei bisogni della popolazione, il pomeriggio del 27 marzo 2018, si è deciso di organizzare 5 laboratori tematici condotti con la metodologia del focus group¹:

1. Bambini e famiglie
2. Persone con disabilità
3. Disuguaglianze
4. Invecchiamenti
5. Vivere Insieme

Analisi del contenuto delle sfide: un quadro sintetico

Analizzando tutti gli input emersi dai 5 laboratori tematici relativamente alle sfide per la popolazione e per i servizi, è stato possibile riassumere l'eterogeneo complesso di elementi emersi in:

- 3 grandi categorie di sfide per la popolazione
- 6 grandi categorie di sfide per i servizi.

1

Focus Group: tecnica di ricerca qualitativa psico-sociale. Si tratta di riunioni di breve durata (da 1,5 H a 2,5 H) cui prende parte un gruppo persone selezionate in base a criteri di campionamento (8-12 persone circa), chiamate a discutere, in profondità, su un certo tema, secondo una scaletta di domande/stimolo predisposta dai ricercatori. Il dibattito è diretto da un coordinatore/conduuttore che ha anche il compito di promuovere l'interazione fra i partecipanti, nonché di coglierne e interpretarne gli orientamenti (Enciclopedia Treccani e Sabrina Corrao, *Il focus group*, Milano, Franco Angeli, 2005).

3 "sfide" per la popolazione

1) L'UNIONE "FA ANCORA LA FORZA"

Il superamento delle difficoltà quotidiane e il sostegno alle fragilità familiari passa dal coinvolgimento degli altri.

La Comunità Locale è intesa come rete di relazioni tra persone e gruppi, che vivono questo territorio come fosse una sorta di "fine comune", pur considerata la solitudine che pervade l'esperienza di molti.

Fondamentale, ancor prima dei servizi, sono il mutuo-aiuto tra le persone, la valorizzazione del sistema di relazioni sociali in particolare le figure dei care-giver, ossia di chi si prende quotidianamente cura dei più fragili.

Alcuni esempi:

- avere persone che ti aiutano nella cura dei figli;
- incrementare i rapporti di buon vicinato;
- promuovere socialità diffusa;
- contrastare l'individualismo generalizzato e la «delega ai servizi»;
- affrontare le sfide con fiducia a piccoli passi, riallacciando le relazioni.

2) PER UNA CITTA' INCLUSIVA

Se la comunità locale è ancora sentita come "antidoto" alle difficoltà, la definizione di processi inclusivi (attraverso attività e progetti), rappresenta la vera sfida con cui dobbiamo misurarci. Tutti quanti potremmo trovarci in difficoltà: solo attraverso la graduale condivisione di comportamenti e regole comuni riusciremo ad evitare la disgregazione sociale e l'abbandono di chi è più fragile nella consapevolezza di crescere e svilupparci con stessi diritti stessi doveri.

Alcuni esempi:

- riqualificare la città per eliminare le barriere architettoniche e civiche;
- ritrovare un maggior senso civico comune;
- gestire le differenze, le diffidenze e le paure tra gruppi diversi.

3) GESTIRE IN ANTICIPO I CAMBIAMENTI

La programmazione partecipata dei servizi rappresenta l'unica modalità in grado di gestire gli importanti cambiamenti socio-demografici in atto, come la diminuzione della famiglie con bambini, la riduzione del numero medio dei componenti dei nuclei familiari, l'aumento delle persone anziane e non autosufficienti.

Alcuni esempi:

- affrontare la crescente solitudine delle persone, affrontandola come situazione strutturale e non con un approccio esclusivamente emergenziale;
- trovare sistemi di sostegno tra le generazioni;
- individuare soluzioni di comunità al «Dopo di noi»;
- contrastare l'emarginazione delle persone e dei gruppi di persone.

6 "sfide" per i servizi

1) USCIRE DALLE CATEGORIZZAZIONI TRADIZIONALI

Trasversalmente a tutti i gruppi di lavoro, emerge la necessità di ripensare il sistema dei servizi, uscendo dai tradizionali schemi legati alla tipologia di utenza (minori, famiglie, anziani e disabili ...). Il filo conduttore deve essere la personalizzazione degli interventi, ossia la costruzione condivisa di servizi cuciti "su misura" e la creazione di legami e ponti innovativi tra le persone e le generazioni.

Un esempio:

- chi ha tempo perché fuori dal tessuto produttivo (tendenzialmente giovani, profughi, disoccupati ed anziani), sia parte integrante ed attiva del welfare locale, anche mediante l'istituzione di nuove forme di premialità economica.

2) AFFIANCAMENTO E PERSONALIZZAZIONE DEI SERVIZI

La condivisione degli interventi con gli utenti, trova nell'affiancamento da parte dei servizi l'elemento portante del nuovo welfare locale. Il cittadino chiede al sistema non solo risposte concrete in termini di produzione di servizi, ma anche di essere accompagnato nel percorso e di essere aiutato ad assumere decisioni utili ai propri bisogni.

Alcuni esempi:

- servizi di mediazione condominiale;
- individuare strumenti flessibili per l'orientamento scolastico;
- differenziare i servizi in base alle risorse delle persone;
- progetti e percorsi più flessibili centrati sulla qualità della vita.

Pratiche operative:

1. miglioramento organizzativo e funzionale del sistema pubblico (più operatori, maggiore stabilità, migliore motivazione);
2. conciliare affiancamento e personalizzazione con equità e regolazione certa del sistema.

3) POCHE E MIRATE NECESSITA' DI NUOVI SERVIZI

Esclusivamente in riferimento a:

- 1) Anziani: è avvertita la necessità di realizzazione di nuovi servizi residenziali, ma caratterizzati da maggiore flessibilità di accesso e regolazione;
- 2) Vivere insieme: emerge la necessità di potenziare i servizi di mediazione culturale, in particolare nelle scuole, sentiti come luoghi dove è possibile intercettare i ragazzi, ma anche e soprattutto le loro famiglie e dove è possibile coltivare, giorno per giorno, l'effettiva riduzione delle disuguaglianze;

Alcuni esempi:

- una nuova Casa protetta per anziani a Cesena;
- creazione di servizi più flessibili e diversificati (attenzione alle demenze);
- investire in progetti di integrazione e cittadinanza attiva nelle scuole.

Pratiche operative:

1. valorizzazione della scuola come luogo di esperienza e di vita per tutti;
2. superamento delle rigidità e dei vincoli dell'accreditamento socio-sanitario.

4) **UNA NUOVA VISIONE DI CITTA'**

Evocativa di una nuova visione di città è la necessità di ripensare in ottica inclusiva l'assetto urbanistico: gli spazi comuni devono essere progettati per sostenere le relazioni tra i cittadini, favorendo l'accesso delle persone più fragili. L'accento è posto sulla convivenza, ma anche sulla mobilità sostenibile e sul coinvolgimento del sistema delle imprese.

Alcuni esempi:

- pensare a luoghi aperti che favoriscano relazioni e legami;
- rendere più sicura la città;
- progettare nuove modalità di co-housing e sperimentare nuove forme di accesso facilitato all'abitare, in caso di bisogno.

Pratiche operative:

1. qualificazione della Casa della Salute di Mercato S.; accessibilità ed iniziative per la comunità che contribuiscano a formare un'identità di vallata;
2. progettazione della Casa della Salute a Cesena per facilitare l'accesso dei cittadini a tutte le cure non ospedaliere;
3. allestimento di spazi di aggregazione e nei parchi gestiti anche con l'apporto di persone fragili.

5) **ATTIVAZIONE DI NUOVE FORME DI PARTECIPAZIONE**

Mettere in atto ogni azione possibile per mantenere attiva la rete di relazioni esistenti, sostenendo le esperienze innovative di collaborazione, anche tra soggetti storicamente diversi tra loro. Vanno pensati nuovi modelli di partecipazione attiva che originano da necessità relative all'organizzazione del tempo di vita, creando legami innovativi tra le persone e le generazioni.

Alcuni esempi:

- fare rete tra tutti e promuovere la trasversalità delle informazioni;
- favorire la conoscenza del sistema dei servizi;
- puntare su competenze e potenzialità non solo su bisogni e difficoltà.

Pratiche operative:

1. sperimentazione di nuove forme di coinvolgimento attivo dei cittadini mediante nuove modalità di premialità economica (chi ha tempo può metterlo a disposizione degli altri).

6) **MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI SERVIZI ESISTENTE**

Miglior efficienza del sistema dei servizi attraverso modalità di aggiornamento partecipato dai cittadini. Formazione continua dei vari attori coinvolti (volontari, caregiver, ecc), come strumento di ri-motivazione diffusa. Intercettazione di nuovi bisogni da parte del sistema attuale: ancora oggi troppi cittadini faticano a trovare punti di riferimento nella rete dei servizi.

Fondamentale diviene il consolidamento dei nuovi strumenti di contrasto alla povertà e alla

disoccupazione (RES-REI, nuove opportunità di inclusione al lavoro)

Alcuni esempi:

- mappatura dei bisogni e verifica/ricaduta sui servizi attivati;
- condivisione del sistema di interventi fra i diversi soggetti del sistema;
- miglioramento del sistema attuale di accesso ai servizi;
- più attenzione alle famiglie fragili che attualmente restano fuori dal sistema.

Pratiche operative:

1. promozione di percorsi di co-progettazione;
2. aggiornamento del sistema di partecipazione attiva del terzo settore (tavoli di lavoro);
3. individuazione di nuovi attori (sistema imprenditoriale, welfare aziendale).

Altre priorità territoriali rilevate nei Comuni della Valle del Savio

7) PRIORITÀ EMERSE A MERCATO SARACENO

Riqualificazione Casa della salute "Valle Savio": miglioramento accessibilità (ampliamento parcheggio interno e maggior sicurezza nei parcheggi lungo la strada) e mantenimento/ rinnovamento tecnologico.

Miglior utilizzo dei posti di Ospedale di Comunità (OSCO) presenti all'interno della Casa della Salute anche con un maggior coinvolgimento dei medici di base.

Arginare le malattie croniche soprattutto in maniera preventiva anche con il tramite di una maggior integrazione tra i servizi sociali, sanitari (collegamento a Casa della Salute) e centri sportivi presenti sul territorio.

Maggior strutturazione dei servizi per l'Alzheimer superando l'episodicità degli interventi ed anche la stretta territorialità sviluppando un'unica progettualità per tutto il distretto anche con un maggior coinvolgimento del III° settore. Continuare nelle azioni di sensibilizzazione per superare lo stigma.

Giovani: porre maggior attenzione in merito agli abusi di sostanze stupefacenti ed alcol ed alla prevenzione del gioco d'azzardo sia durante l'attività scolastica (partendo già dalla scuola media) che eventualmente in attività di doposcuola. Incentivare lo sport come movimento e vita attiva per arrivare in maggior salute all'età adulta/anziana.

8) PRIORITÀ EMERSE A SARSINA

Individuare nuove opportunità per persone anziane e persone con disabili di "sgancio" dalla famiglia, in aggiunta al centro diurno es. centri di aggregazione

Ampliare l'offerta di posti residenziali per anziani sia nelle strutture accreditate su posti convenzionati e privati nonché forme di residenzialità più leggera, come case famiglia o appartamenti protetti. La struttura Barocci segnala che ad oggi, ci sono circa 80 persone in lista di attesa su posto privato.

Riutilizzare / riconvertire immobili di proprietà del Comune per nuovi progetti di accoglienza di anziani;

Attuare strategie / politiche che favoriscano l'abbattimento delle barriere architettoniche per facilitare lo spostamento delle persone con disabilità;

Promuovere percorsi per lo sviluppo del Turismo per persone con disabilità es. l'Agriturismo A Cà Nostra (dotata di 2 camere dotate del necessario per il pernottamento di persone con disabilità);

9) PRIORITÀ EMERSE A BAGNO DI ROMAGNA

Investire per creare un Centro ricreativo e di aggregazione polivalente per i giovani

Rinforzare gli interventi per l' "emergenza alle povertà": fenomeno che sta aumentando anche nella comunità di Bagno, sia in termini di esigenze abitative dovute a difficoltà di pagare l'affitto e le bollette, sia in termini di difficoltà complessive della famiglie, anche con bambini

Ampliare l'offerta di posti residenziali per anziani (sia nelle strutture accreditate -CRA- che in altre forme di residenzialità più leggera, come ad esempio quella dei gruppi appartamenti per 6 persone o delle comunità alloggio per 12 persone

Promuovere percorsi di accesso ai servizi "personalizzati" per gli utenti che vivono in zone di confine (es. che sono più vicini al distretto di Forlì e ai servizi di Santa Sofia..

Promuovere servizi e iniziative dedicati alle malattie mentali, alle dipendenze dal gioco d'azzardo e dalle sostanze stupefacenti

Continuare ad investire sui servizi e i reparti presenti dentro l'Ospedale Angioloni di San Piero

Cercare di ridurre (per quanto possibile) il turn over delle assistenti sociali che lavorano a San Piero e Bagno di Romagna, per riuscire a garantire alla popolazione una figura di riferimento stabile.

Indirizzi strategici

PRIORITA' DEL PSZ 2018-2020

1) Potenziare tutti i servizi per le persone anziane e non autosufficienti:

- **Nuova Casa Protetta e Nuova Casa Famiglia a Cesena**
- Diversificazione dei servizi diurni in chiave riabilitativa e rafforzamento della rete di prossimità (centri e punti anziani);
- Potenziare il sostegno a domicilio e ai care-giver (in linea anche con le indicazioni e i vincoli nazionali);

2) Riqualificazione della città verso la costruzione di una Comunità più inclusiva:

- **Superamento delle barriere culturali e architettoniche e** riprogettazione degli spazi pubblici e dei servizi per la quotidianità;
- **Tutela e uso del territorio a misura di famiglie**, nell'ambito della definizione del nuovo Piano Urbanistico Generale, percorso di progettazione degli spazi e dei luoghi della città di Cesena a promozione della socialità, dell'incontro tra cittadini e della convivenza tra le generazioni.

3) Investimento sulla **convivenza** e sulla partecipazione attiva di tutti i cittadini per sviluppare una visione comune di città. Ampliamento della mediazione culturale nelle scuole e nei luoghi di socializzazione.

4) Superamento dell'approccio culturale attuale: dal concetto di «servizi sociali» alla **costruzione di un sistema di «servizi per le persone» inclusivo di tutti i cittadini.**

Capitolo 3

Schede intervento

Indice

Numero
scheda

Titolo Scheda DISTRETTUALE

A. Politiche per la prossimità e la domiciliarità

- 1 Ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 2 Progetto di vita, vita indipendente e dopo di noi: maggiore sviluppo dei servizi di per le persone con disabilità
- 3 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale
- 4 Case della salute e sanità territoriale nell'unione dei comuni Valle del Savio
- 5 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
- 6 Rete intermedia di cure e sviluppo degli ospedali di comunità
- 7 Budget di salute
- 8 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete di cure palliative

B. Politiche per la riduzione delle diseguaglianze e la promozione della salute

- 9 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- 10 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
- 11 Promozione pari opportunità¹ e valorizzazione delle differenze di genere intergenerazionali interculturali di abilità contrasto alla violenza
- 12 Sostegno alle famiglie, ai bambini e alla genitorialità
- 13 Interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
- 14 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- 15 Servizi per anziani nell'ambito del fondo regionale per la non autosufficienza ed azioni di tutela della fragilità per l'invecchiamento attivo ed in salute
- 16 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi
- 17 Medicina di genere . Metodologie e strumenti di equità nelle politiche di salute . " Health Literacy" .
- 18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità

C. Politiche per promuovere l'autonomia delle persone

- 19 Contrasto della povertà: sostegno all'inclusione attiva e reddito di solidarietà (sia/rei - res)
- 20 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili – L.R. 14/2015
- 21 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

D. Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini

- 22 Sostegno e valorizzazione delle esperienze di auto - mutuo- aiuto
- 23 Partecipazione civica e collaborazione fra sistema pubblico ed enti del terzo settore

E. Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi

- 24 Consolidamento dei servizi sociali territoriali e sviluppo della rete pubblico – privata
- 25 Accoglienza e cura dei bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
- 26 Integrazione tra Scuole e rete dei Servizi Sociali Territoriali
- 27 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
- 28 Miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri programmati nel territorio della AUSL della Romagna
- 29 Accesso ai percorsi per l'emergenza e per l'urgenza
- 30 Prendersi Cura Attraverso la Tecnologia – PCAT – Soluzioni di Telemedicina per il setting domiciliare.
- 31 Nuovo calendario vaccinale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

1. 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

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

Razionale	Il caregiver (colui che si prende cura) è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accadimento diretto) sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico. Contemporaneamente 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. A tal fine è importante riconoscerne l'importanza e sostenerne il ruolo e la figura per una tenuta del sistema di welfare territoriale.
Descrizione	Già da tempo il sistema integrato dei servizi del territorio prevede diversi interventi di sostegno del caregiver erogati sia dell'Ente Pubblico che dalle Associazioni tra cui: <ul style="list-style-type: none"> - ricoveri di sollievo - tutoring domiciliare - Assistenza domiciliare - sostegni economici (adc) - Telesoccorso e teleassistenza - gruppi di auto mutuo-aiuto (organizzazioni e associazioni) - Iniziative di informazione/formazione ed educazione specifiche (ASP, associazioni, AUSL) - reti solidali di contrasto all'isolamento e alla solitudine (progetto Affetti Speciali, associazioni) - Iniziative legate a specifiche patologie (laboratori Benessere, Cafè Alzheimer) Di fatto però si rileva una certa frammentazione tra le iniziative proposte dal terzo settore, in particolare rispetto a specifici gruppi target. Emerge la necessità di promuovere forme strutturate di raccordo/coordinationo trasversali e intersettoriali che coinvolgano e valorizzino il Terzo settore (associazionismo, volontariato, cooperazione sociale), le parti sociali, le associazioni datoriali e gli altri soggetti della comunità.
Destinatari	Caregiver familiari, assistenti familiari, Enti del Terzo Settore
Azioni previste	Rete di facilitazione e supporto A livello Istituzionale avviare un lavoro di rete che preveda il coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi (come i sindacati, i patronati, associazioni di categoria, aziende ecc..) disponibili a mettere a disposizione le proprie competenze e risorse, al fine di definire e concordare le azioni per supportare le famiglie e i caregiver tramite una forte integrazione tra attori pubblici e privati; Mappatura e messa a sistema dell'offerta complessiva di servizi di supporto Identificando compiutamente gli attori e i promotori delle diverse opportunità definire percorsi condivisi e concordati per supportare le famiglie nelle scelte di cura facilitando i percorsi di

	<p>accesso e di fruizione dei servizi, compresi i servizi erogati dalle associazioni, dal volontariato, dal terzo settore, dal welfare aziendale;</p> <p>Formazione, qualificazione e regolarizzazione</p> <p>affiancare, formare e qualificare le figure assistenziali accompagnando la famiglia in tutto il percorso che va dall'individuazione della figura al suo inserimento in famiglia mantenendo un monitoraggio in itinere, favorendo la regolarizzazione anche attraverso accordi specifici di collaborazione con le associazioni datoriali e i sindacali del territorio. Per quanto attiene l'attività specifica dell'ASP nell'ambito della formazione (DGR 1206/07 e DGR 2375/09) si opererà per l'implementazione e la messa a sistema della sperimentazione del percorso, elaborato insieme alla Regione Emilia Romagna, di formazione blended (e-learning/aula) dedicato alle assistenti familiari prevedendo due edizioni annuali stabili, in primavera ed in autunno e la possibilità di dislocare una edizione nei Comuni della Vallata del Savio al fine di omogeneizzare l'offerta e offrire pari opportunità anche ai cittadini dei tali territori. Al fine di permettere l'accesso a tali percorsi anche alle assistenti familiari che non possiedono la strumentazione necessaria, ASP si impegna a dotarsi di ausili tecnici da offrire in comodato d'uso gratuito per la durata del percorso. Inoltre utilizzando le possibilità offerte dalla piattaforma Self-pa, sfruttando le competenze acquisite con la sperimentazione Regionale e coinvolgendo anche le associazioni dei familiari presenti sul territorio, elaborare, costruire e sperimentare un percorso formativo specifico, in e-learning, da mettere a disposizione dei familiari caregiver;</p> <p>Sostegno, informazione e orientamento</p> <p>Mantenere il sostegno, l'informazione, l'orientamento, e l'aiuto concreto ai familiari nel sapere a chi rivolgersi e quali strategie adottare quando si ha la necessità di un'assistenza a domicilio. Qualifica del lavoro di cura svolto da familiari e da assistenti familiari attraverso percorsi formativi.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche del lavoro
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione dei Comuni, AUSI Romagna, ASP Cesena Valle Savio, Associazioni dei familiari, Terzo settore, Sindacati, Associazioni di categoria, ecc..
Referenti dell'intervento	Responsabile Servizio Anziani e persone con disabilità Unione dei Comuni Valle del Savio.
Risorse non finanziarie	Per quello che riguarda le azioni nell'ambito della formazione (DGR 1206/07 e DGR 2375/09) l'Asp mette a disposizione i formatori, i locali, la logistica. AUSL Romagna collabora fornendo due formatori.

Totale preventivo 2018: € 11.000,00

- Unione di comuni (*Unione comuni Valle del Savio*):**11.000,00 €**

2. PROGETTO DI VITA, VITA INDIPENDENTE E DOPO DI NOI: MAGGIORE SVILUPPO DEI SERVIZI DI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione dei Comuni Valle del Savio
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali indebolimento dei legami famigliari 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 (con particolare attenzione al tema dell'abbattimento della barriere architettoniche e dell'accessibilità complessiva degli spazi pubblici).
Descrizione	La programmazione locale tiene come riferimento, oltre che quella regionale, i principi fissati dalla "Convenzione sui diritti delle persone con disabilità" approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge 18/09, che, in merito alle attività di abilitazione e riabilitazione, prevede 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. Altri documenti che non possono essere ignorati sono i DPCM che definiscono i livelli essenziali di assistenza delle prestazioni e dei servizi sanitari, compresi quelli socio-sanitari residenziali, semi-residenziali e domiciliari per le persone con disabilità (DPCM del 29 novembre 2010 modificato dal DPCM del 12 gennaio 2017-); la recente normativa nazionale sul cosiddetto "Dopo di noi", che istituisce il fondo nazionale per le persone con disabilità grave prive di sostegno familiare, definendo anche i vincoli di utilizzo e gli obiettivi dei servizi erogabili, con particolare attenzione a favorire la vita autonoma delle persone con disabilità (Legge n.112/2016 e Decreto interministeriale del 23 novembre 2016); i criteri di utilizzo del Fondo Nazionale Non Autosufficienza, che oggi vincola il 50% delle risorse ad interventi che supportino la permanenza a domicilio delle persone in condizioni di gravissima disabilità ed evitino il più possibile il ricorso al "ricovero" in strutture residenziali (Decreto interministeriale del 26 dicembre 2016).
Destinatari	Personne con disabilità, sia congenita che acquisita, sia grave che gravissima, con priorità per disabili gravi e gravissimi.
Azioni previste	Continuità del sistema di servizi Anche in considerazione dei problemi di sostenibilità connessi al considerevole aumento di utenti, garantire la continuità dei progetti in essere a favore delle persone disabili già in carico e anche la presa in carico di nuovi utenti, con la finalità della loro piena inclusione scolastica e sociale, con particolare attenzione ai bambini, agli adolescenti e alle loro famiglie, nonché lavorativa. Nel settore socio-sanitario garantire su tutto il territorio distrettuale gli interventi della rete dei servizi socio-sanitari territoriali, domiciliari, diurni e residenziali per le persone

	<p>con disabilità, istituiti a seguito del FRNA (DGR 1230/08) e al percorso di accreditamento socio-sanitario (DGR 514/09 e s.m.i.), con particolare attenzione a tutelare/mantenere i servizi collocati nei comuni più periferici della Valle del Savio.</p> <p>Progettazione flessibile, personalizzata e integrata</p> <p>il servizio già adotta, ed è intenzionato a qualificare ulteriormente, la metodologia relativa alla progettazione personalizza basata su una valutazione multidimensionale e multi-professionale mediante il potenziamento dell'integrazione con i servizi sanitari, valorizzando la capacità di autodeterminazione della persona disabile. In tale frangente si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziare le esperienze residenziali di piccole dimensioni, sia a bassa intensità assistenziale (gruppi appartamento) che ad elevata intensità di cura (CSRR); - accreditare un nuovo CSRR da 10 posti (già autorizzato) e aumentare di un posto accreditato la disponibilità in un altro CRRR già presente e accreditato); - favorire gli inserimenti part-time e flessibili nei centri diurni socio-occupazionale, con particolare attenzione a persone con disabilità acquisita, anche qualificando alcune centri c'è attivi; - con riferimento alla fascia di bambini e ragazzi all'interno del percorso scolastico vengono garantiti, attraverso l'UVM i servizi di assistenza domiciliare, semiresidenziale, formativi ect. sostenuti dal fondo sociale e sanitari. Si intende inoltre qualificare alcuni CSRD per far fronte alle specifiche esigenze di persone con autismo e neo-adulti; <p>Interventi di prossimità</p> <p>Favorire la continuità dei percorsi di vita privilegiando interventi di prossimità (in particolare il coaching familiare), fermo restando la garanzia relativa alla possibilità di attivazione di tutti gli interventi (territoriali, domiciliari, diurni, residenziali) previsti dalle normative FRNA, dall'accreditamento e di quelle concernenti le condizioni della grave/gravissima disabilità acquisita e congenita.</p> <p>A questo proposito si intende dedicare particolare attenzione ai casi caratterizzati da elevata complessità assistenziale e sanitaria (es. necessità di PEG, comportamenti -problema, deterioramenti cognitivi...);</p> <p>Nell'ambito del Progetto di Vita</p> <p>Nell'ambito della cornice rappresentata dal "Progetto di vita", stilato con il maggior coinvolgimento possibile della persona disabile, per favorire la domiciliarità quindi la vita indipendente, ma anche per approcciare la prospettiva/dimensione del cosiddetto "Dopo di Noi", si intendono privilegiare (con impiego sinergico) gli strumenti dell'assegno di cura, del contributo integrativo badante, delle consulenze CAAD e dei ricoveri temporanei residenziali (di sollievo e/o propedeutici allo sviluppo di autonomie e competenze), anche presso soluzioni abitative innovative che potranno sorgere in codesto territorio o eventualmente in quelli limitrofi (distretti di Rubicone, Forlì.);</p> <p>Progetti realizzati dalla rete di Abilità diverse e del Terzo Settore</p> <p>Promuovere un costante confronto con le realtà del 3° settore che operano sul territorio, in particolare con le reti informali dell'associazionismo e della rete di abilità diverse, anche attraverso l'introduzione di specifiche forme di sostegno economico;</p> <p>Gravissima Disabilità Acquisita</p> <p>Consolidare il lavoro di valutazione e progettazione dell'équipe specificamente dedicata alla "Gravissima Disabilità Acquisita", che si sta interrogando rispetto all'esigenza di prevedere la nascita di progetti congrui strutturati di tipo diurno dalla valenza sperimentale e di ampliamento dell'offerta di opportunità di inclusione al lavoro.</p> <p>Amministratori di sostegno</p> <p>In continuità con il trend registrato negli ultimi 2 anni, si prevede un progressivo costante aumento delle situazioni per le quali richiedere la nomina di un amministratore di sostegno, a partire dall'iniziativa privata con il supporto/accompagnamento dei servizi o per iniziativa di questi ultimi. A tale proposito si intende potenziare la collaborazione già in essere con i referenti specifici (interfaccia/consulente degli operatori dei Servizi) che sono stati individuati presso le cancelleria del Tribunale Ordinario sede di Forlì nell'ambito del vigente accordo istituzionale.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche di inserimento lavorativo e integrazione sociale, previste dalla Legge 68/99 e dalla L.R. 14/15.</p> <p>Politiche scolastiche, educative e formative</p>

	Azioni previste dal budget di salute
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl della Romagna; Agenzia Regionale per il Lavoro e Centri per l'impiego del distretto; Asp Cesena Valle-Savio; enti gestori dei servizi socio-sanitari accreditati e non accreditati, Associazioni degli utenti disabili.
Referenti dell'intervento	Responsabile servizi anziani e persone con disabilità
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 7.371.098,00 (esclusa compartecipazione utenti: € 6.771.098,00)

- Compartecipazione utenti: **600.000,00 €**
- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **171.698,00 €**
- FRNA: **3.077.112,00 €**
- FNNA: **378.568,00 €**
- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **669.625,00 €**
- AUSL (*Rimborso prest.ni infermieristiche-riabilitative in strutture socio-sanitarie accreditate*): **165.000,00 €**
- Altri fondi regionali (*fondi mobilità casa lavoro DGR 1073/2017*): **41.840,00 €**
- Altri finanziamenti (*FONDI l.r. 29/97*): **15.000,00 €**
- Unione di comuni (*Unione dei Comuni Valle del Savio*): **78.200,00 €**
- Gestione associata (*quota Unione comuni Valle del Savio per la gestione associata dei servizi sociali socio sanitari - distretto Cesena Valle Savio*): **2.174.055,00 €**

3. 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

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

Razionale	<p>In coerenza con la recente produzione normativa finalizzata al miglioramento delle condizioni di vita delle persone in esecuzione penale e sottoposte a misure detentive, con le linee guida della Regione in ambito sanitario penitenziario, nonché con i numerosi Protocolli siglati tra Regione e il Ministero della Giustizia per l'attuazione di misure volte all'umanizzazione della pena ed al reinserimento sociale, si consolida l'orientamento che riconosce e valorizza la centralità della persona in particolare nei programmi di reinserimento sociale.</p> <p>Nel mantenere e sviluppare il progetto sperimentale finanziato dal Ministero della salute terminato l'anno 2017, gli interventi del promotore della salute risultano utili per aumentare il livello di informazione sanitaria e per diffondere la conoscenza delle modalità di trasmissione delle più diffuse malattie infettive e delle relative opportunità offerte dal Servizio sanitario regionale, sia dentro il carcere, sia all'esterno.</p> <p>L'obiettivo è quello di passare da una medicina di attesa a una medicina in cui il Sistema sanitario è anche promotore della salute attraverso un operatore, educatore o infermiere, che durante la detenzione fornirà alle persone in regime di detenzione informazioni sulla cura della persona, la promozione della salute, gli stili di vita sani, compatibilmente con il contesto in cui ci si trova.</p> <p>Non essendoci carceri nel nostro territorio distrettuale le azioni vengono inoltre attuate anche in stretta collaborazione con l'UEPE (Ufficio di Esecuzione Penale Esterna) di Forlì-Cesena al fine di collaborare per un proficuo reinserimento della persona carcerata all'interno del proprio contesto sociale di riferimento.</p>
Descrizione	<p>"Promozione della salute in carcere"</p> <p>Garantire la presenza di un professionista che opera all'interno dell'équipe sanitaria e, in collaborazione con questa, concorrere alla promozione della salute attraverso informazione, orientamento, sostegno ed educazione, per favorire nella persona detenuta stili di vita sani (in modo consapevole, attraverso interventi individuali e/o di gruppo) ed una attenzione al proprio benessere anche in un contesto come quello dell'istituto-penitenziario.</p> <p>Gli interventi del promotore della salute sono utili per aumentare il livello di informazione sanitaria e per diffondere la conoscenza delle modalità di trasmissione delle più diffuse malattie infettive e delle relative opportunità offerte dal Servizio sanitario regionale sia dentro il carcere, sia all'esterno.</p> <p>"Reinserimento"</p> <p>Ulteriore obiettivo condiviso è la prevenzione delle recidive e di percorsi di devianza e marginalità, il recupero e il reinserimento nel tessuto sociale, attraverso azioni di valorizzazione delle risorse personali e di responsabilizzazione e la messa in rete dei servizi.</p>
Destinatari	<p>Personae detenute adulte, maschi e femmine, negli Istituti Penitenziari; persone condannate in misura alternativa presenti sul territorio regionale; minori interessati da provvedimenti</p>

	giudiziari.
Azioni previste	<p>La Regione prevede l'integrazione di interventi tra Comuni e Aziende USL e promuove la collaborazione con il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, con gli Enti del terzo settore, per la programmazione condivisa. Per quanto attiene la partecipazione dell'Unione Valle del Savio a tale impianto di servizi si prevedono l'attuazione ed il monitoraggio di azioni volte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo e consolidamento delle attività degli sportelli informativi per detenute/i, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario; - promozione, in raccordo con le istituzioni competenti ed i soggetti del terzo settore, di interventi coordinati finalizzati al miglioramento della qualità della vita, benessere della persona e all'umanizzazione della pena, con particolare attenzione ai "nuovi giunti" e ai "dimittendi", anche favorendo un'unica interlocuzione di raccordo tra carcere e territorio. Da supportare l'importante attività svolta in collaborazione con l'Ass.ne San Vincenzo de Paoli di Cesena ; - realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto anche attraverso la produzione e utilizzo di materiale informativo specifico per il contesto di riferimento e/o realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione in linea con le campagne nazionali e mondiali (giornate sui temi dell'HIV, della prevenzione del tumore al seno, della lotta al fumo, ecc.); - sostegno di progetti di inserimento e re-inserimento socio-lavorativo per coloro che sono in esecuzione penale esterna e/o in uscita dal carcere e che spesso sono portatori di fragilità complesse (personali, familiari, sanitarie, ecc.); - sostegno alla sperimentazione di percorsi innovativi, quali quelli ispirati ai principi della giustizia riparativa con particolare attenzione alla mediazione penale; - supporto ai percorsi di cura e inclusione sociale dei rei prosciolti per disturbi mentali sottoposti a misure di sicurezza detentiva, in Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), o non detentiva;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche di sostegno alla fragilità – Programma d'inclusione sociale previsto dall'Amministrazione Comunale
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Direzioni Carceri, Comuni e Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio, rete di Associazioni presenti nel tavolo povertà e Ass. San Vincenzo de Paoli di Cesena
Referenti dell'intervento	Direttore U.O Cure Primarie. Dirigente Servizi Sociali Unione.
Risorse non finanziarie	Personale sanitario con competenze specialistiche Personale infermieristico

Totale preventivo 2018: € **N.C.**

4. CASE DELLA SALUTE E SANITÀ TERRITORIALE NELL'UNIONE DEI COMUNI VALLE DEL SAVIO

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

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

Razionale	<p>Nelle Case della Salute l'assistenza avviene attraverso l'azione congiunta dei medici di famiglia, dei pediatri, dei medici specialisti, del personale infermieristico e tecnico, delle ostetriche, degli operatori socio-assistenziali, del personale allo sportello, con il coinvolgimento della comunità nelle sue diverse forme e la collaborazione con il sociale. L' Azienda USL della Romagna ha da tempo promosso e strutturato nelle Case della salute funzionanti percorsi di coinvolgimento della medicina generale e delle équipe infermieristiche di assistenza domiciliare, di integrazione ospedale-territorio e con i Servizi Sociali dei diversi ambiti distrettuali, con un diverso stato di avanzamento nell'Azienda. Attualmente sono 28 le case della salute attive nel territorio dell'Ausl della Romagna: 1 di queste è collocata nel territorio del Distretto Cesena-Valle Savio nel Comune di Mercato Saraceno, con una sede "satellite" presso il Comune di Bagno di Romagna (San Piero).</p>
Descrizione	<p>Le Case della Salute rappresentano un luogo di riferimento certo per l'accesso alle cure sanitarie territoriali, in cui si concretizza sia l'accoglienza e l'orientamento ai servizi che la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale. L'obiettivo principale è quello di migliorare quanto attualmente presente e implementare i contenuti delle nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute, avviando un percorso di sviluppo organizzativo e assistenziale delle Case della salute finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indurre un cambiamento culturale nella comunità professionale che opera nell'ambito delle Case delle salute; • realizzare una più efficace integrazione delle diverse componenti professionali che operano nell'ambito della Casa della salute, con l'implementazione di strumenti collegiali di partecipazione alle decisioni; • proseguire nello sviluppo della presa in carico delle persone con patologie croniche e delle persone fragili, in una logica di medicina d'iniziativa; • promuovere ulteriormente percorsi di prevenzione e promozione della salute multidisciplinari con la partecipazione della comunità e in collaborazione con le associazioni di volontariato; • favorire la continuità del percorso di cura tra i diversi setting assistenziali (domicilio, letti intermedi, Ospedali), qualificando le modalità di accesso nell'ambito del Nucleo di Continuità Ospedale Territorio (NuCot).
Destinatari	<p>Pazienti prevalentemente con patologie croniche e con fragilità provenienti dal domicilio, dimessi dall'Ospedale di comunità o da struttura ospedaliera, con condizioni che richiedono una gestione clinico-assistenziale condivisa tra MMG e Infermieri, con il supporto delle Assistenti Sociali.</p>
Azioni previste	<p>Formazione interistituzionale aderire al Programma di formazione/intervento CasaLAB, con l'individuazione di professionisti</p>

	<p>appartenenti sia all'ambito sanitario che al sociale e lo sviluppo di progetti di miglioramento.</p> <p>Coordinamento nelle Case della Salute</p> <p>strutturare il coordinamento nelle Case della Salute attraverso l'individuazione del Referente organizzativo e del board gestionale/organizzativo, garantendo all'interno delle Case della salute la presa in carico della fragilità\complessità, con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare in integrazione ospedale-territorio e tra ambito sanitario e sociale;</p> <p>Ambulatori infermieristici della cronicità</p> <p>proseguire nell'attivazione nelle Case della Salute, degli ambulatori infermieristici della cronicità, estendendo la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO, con il monitoraggio periodico dei percorsi di cura attivati attraverso la pianificazione di briefing strutturati tra i professionisti coinvolti;</p> <p>Propulsori della promozione della salute</p> <p>valorizzare il ruolo delle Case della Salute come luogo propulsore della promozione della salute nelle comunità e degli interventi previsti dal Progetto Guadagnare salute, con il coinvolgimento dei MMG, operatori sanitari della Casa della Salute, Amministratori dei Comuni e Rappresentanti del terzo settore, per migliorare la salute e gli stili di vita dei cittadini, specialmente quelli affetti da malattie croniche e radicare la vicinanza alle Comunità Locali, in particolare nei piccoli Comuni;</p> <p>Nuclei di Continuità Assistenziale (NuCot)</p> <p>condividere con le UU.OO. ospedaliere e i servizi territoriali coinvolti il modello di continuità NuCot, attraverso specifici incontri informativi/formativi, rendendolo compatibile con le prassi operative in tema di dimissione protette già in essere nel Distretto e attive tra Servizi sociali territoriali e servizi sanitari ;</p> <p>La Casa della salute "Valle Savio"</p> <p>proseguire nella riqualificazione della Casa della salute "Valle Savio" a Mercato Saraceno: puntando a migliorarne l'accessibilità (ad es: razionalizzazione parcheggio interno e maggior sicurezza nei parcheggi lungo la strada) e mantenimento/ rinnovamento tecnologico; rinforzando la collaborazione tra servizi sanitari e servizi sociali territoriali al fine di potenziare tutti i servizi per le persone anziane e non autosufficienti offerti dentro la Casa per la salute;</p> <p>Casa della salute a Cesena</p> <p>Avviare il percorso di progettazione della salute nel Comune di Cesena, anche riutilizzando alcuni spazi ospedalieri che in prospettiva saranno non più utilizzati (es. "Piastra Servizi"). La Casa della Salute di Cesena deve divenire cardine dell'integrazione fra i servizi sanitari e i servizi sociali, luogo di cura e di accesso alle prestazioni che non prevedono ricovero, rivolte a tutta la popolazione, con particolare riferimento alle persone anziane, non autosufficienti ed agli ammalati cronici.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Piano Locale Attuativo del Piano Regionale della Prevenzione 2015/18.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Azienda USL Servizi Sociali Comune/Unione dei Comuni Terzo settore</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Direttore U.O. Cure Primarie e Responsabile dei Servizi Sociali territoriali</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infermieri per la gestione della cronicità a carico dell'AUSL • MMG aderenti • Assistenti sociali facenti parte dell'Azienda USL Romagna e dei Comuni • Operatori dei Dipartimenti di Cure Primarie, del Dipartimento di Sanità Pubblica e di altri Dipartime

Totale preventivo 2018: € **N.C.**

5. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

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

Razionale	<p>La discussione ed il confronto con gli interlocutori politici, istituzionali, sindacali, ecc..., sul documento "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera" è stata approvata dalla CTSS in data 09.01.2017, con indicazione ad una riduzione complessiva nell'Ausl della Romagna di 116 posti letto (PL), attestandosi ad un numero complessivo di 4.278 PL pari a 3,79 per 1.000 abitanti.</p> <p>La riduzione dei PL in Romagna è stata ipotizzata con obiettivo prioritario di attestare la percentuale dei PL al 3,7 per 1000 abitanti (previste dal Decreto Ministeriale n. 70/2015), ma nel contempo viste le criticità derivanti dalla variabilità di popolazione residente e stagionale che rende meno attendibile il valore medio/anno della dotazione effettiva, ci si è attestati ad un valore di 3,79. Tale valore rappresenta il picco massimo della disponibilità di posti letto necessaria a far fronte alle oscillazioni di aumento della domanda.</p> <p>Per le reti Hub and Spoke la DGR 2040/2016 rimanda alla competenza regionale la definizione dei bacini, delle Unità Operative Complesse (UOC), degli assetti di rete e le relazioni tra loro, con il necessario coinvolgimento dell'Azienda e dei professionisti, attraverso una metodologia di lavoro che prevede l'individuazione di gruppi multidisciplinari e multi professionali, con l'obiettivo di definire il riassetto delle reti di rilievo regionale all'interno del quadro più ampio delle rete ospedaliera regionale.</p>
Descrizione	<p>L'Azienda UsI della Romagna si configura come un'organizzazione di tipo reticolare, modello organizzativo e funzionale che meglio risponde alla realtà demografica e sociale del territorio della Romagna, caratterizzato da un elevato indice di dispersione della popolazione e policentrico. La logica reticolare rappresenta l'adattamento al territorio romagnolo del tradizionale modello hub e spoke, accentuandone le caratteristiche di cooperazione tra i nodi, favorendo la mobilità dei professionisti e l'assistenza distribuita o centralizzata, adottando il criterio dell'intensità di cure combinando, nel modo più opportuno, lo specifico bisogno del paziente con la competenza dei professionisti e le caratteristiche della struttura.</p> <p>L'azienda opera mediante 7 presidi pubblici a gestione diretta, 14 case di cura convenzionate (private accreditate) e 1 IRCCS (è infatti presente sul territorio aziendale un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per la cura dei tumori).</p> <p>Nel corso del 2017 sono proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 concretizzate con l'approvazione del documento "Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione Ospedaliera" in data 09.01.2017 da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria poi ratificato con la Delibera del Direttore Generale n. 482 del 24.10.2017 che ha sancito il formale avvio dell'importante percorso di riordino.</p> <p>L'Azienda si è anche impegnata a portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti dalla Legge 135/2012, dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015.</p> <p>Alla data del 31/12/2015 Il numero complessivo dei posti letto per l'Azienda UsI della Romagna (pubblico e privato) era di 4.394 posti letto, rispetto ad una dotazione massima da raggiungere pari a 4.166 (in base al tetto del Decreto Balduzzi fissato a 3,7*1.000 abitanti).</p>

Destinatari	Assistibili residenti nel territorio degli 8 distretti dell'Azienda Usl della Romagna
Azioni previste	<p>Implementazione dei nuovi Percorsi Clinico assistenziali</p> <p>Nel prossimo triennio 2018-2020, il disegno organizzativo della nuova Azienda della Romagna, che progressivamente si sta determinando, dopo l'iniziale strutturazione dei Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali a cui si sono affiancati, in una logica di integrazione reticolare, i Programmi e le Reti cliniche aziendali, trova un naturale sviluppo nella istituzione di specifici Percorsi Clinico assistenziali: Senologia, Tumore Toracico, Tumore Epato-bilico-pancreatico, Tumore esofageo, Patologia funzionale esofagea, Stroke, Patologia del pavimento pelvico, Trapianto di Midollo, Prostate Unit (approccio globale al tumore della prostata), Tumore gastroenterico, Percorso nascita, Autismo, Piede diabetico, Dimissioni protette (Nucot), Vulnologia, Mielolesioni, Disturbi del comportamento alimentare, Cardiomiopatia, Approccio multidisciplinare del paziente hcw e afferente al Sert, Budget di Salute, insufficienza renale cronico avanzata, Adenotonsillectomie pediatriche, Cure palliative, TAVI, Board Anatomia patologica, Chirurgia robotica, Terapia antalgica.</p> <p>Nello sviluppo dei percorsi sopra descritti sono stati formalizzati, per ognuno di questi, i referenti clinici ed organizzativi e gli specifici obiettivi; allo scopo sono coinvolti tutti i Dipartimenti aziendali (ospedalieri e territoriali) e le UU.OO. dell'Ospedale Bufalini di Cesena.</p> <p>Azioni integrate con le strutture e i servizi del territorio</p> <p>Con le azioni sopra riportate si configura lo sviluppo di azioni finalizzate alla qualificazione della rete ospedaliera orientate all'utilizzo appropriato della medesima (come previsto e in attuazione del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015), ad un'organizzazione per intensità di cura, che qualifica l'offerta e i percorsi di cura, anche attraverso lo sviluppo di azioni integrate con le strutture del territorio quali le Case della Salute, Cure Intermedie, Ospedali di Comunità e la rete delle strutture socio-sanitarie. Connesso al ridisegno della funzione ospedaliera è quello della medicina del territorio con un progressivo sviluppo delle Case della Salute per la presa in carico del paziente cronico secondo i principi della sanità di iniziativa con l'obiettivo di evitare ricoveri per la riacutizzazione delle patologie.</p> <p>Incremento di posti letto di Ospedale di Comunità e di Cure intermedie</p> <p>Allo scopo la programmazione aziendale prevede nel triennio l'incremento di ulteriori posti letto di Ospedale di Comunità e di posti letto di Cure intermedie. Tale complessiva programmazione per il triennio configura un setting assistenziale a supporto dell'integrazione ospedale-territorio e della continuità delle cure, servendo anche aree geografiche in collina e non prossime a grossi centri urbani. In particolare nel distretto cesena-Valle Savio, si prevede un aumento di 8 posti letto di cure intermedie a San Piero in Bagno e di 2 posti letto in Ospedale di Comunità a Mercato Saraceno.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>In relazione ai percorsi assistenziali ospedale-territorio sono coinvolte le Aree Welfare degli Enti Locali per tutte le azioni di dimissione protetta socio-sanitaria (domiciliare e residenziale). Per gli interventi di accesso alla rete dei servizi nei percorsi di continuità assistenziale socio-sanitari gli enti locali sono coinvolti per le popolazioni caratterizzate da non autosufficienza, fragilità e salute mentale (valutazione per l'accesso ai servizi della rete e progettazione piani di intervento assistenziali, sanitari e socio-sanitari, con l'utilizzo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale e progetti di Budget di Salute).</p> <p>Per tutti gli interventi territoriali integrati relativi ai progetti di Budget di salute sono coinvolte anche l'Area del terzo settore e le Associazioni di Volontariato.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione dei Comuni ed altri enti locali, Terzo Settore, Associazioni di Volontariato, utenti.
Referenti dell'intervento	Direttore del Distretto Cesena-Valle Savio
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € N.C.

6. RETE INTERMEDIA DI CURE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

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

Razionale	Le Cure intermedie promuovono modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari per rispondere ai bisogni emergenti legati all'allungamento della speranza di vita, all'aumento di patologie croniche, multi-morbilità e fragilità. Prevedono una rete di servizi integrati, sanitari e sociali residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza territoriale in cui il Piano di Assistenza Individuale risulta essere concordato fra i diversi attori: operatori sanitari e sociali, paziente e care-giver, dove la capacità di autodeterminazione del paziente e i processi di accompagnamento dei care-givers risultano essere gli elementi fondanti nel presa in carico del paziente.
Descrizione	Le cure intermedie si caratterizzano come setting assistenziale idoneo a supportare il processo di dimissione dalle strutture di ricovero sia nella gestione della fase acuta a domicilio sia nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti di patologia, evitando il ricovero in ambito ospedaliero. L' AUSL della Romagna al fine di garantire la continuità delle cure, ha da tempo promosso e strutturato percorsi di dimissioni protetta in integrazione con i Servizi Sociali dei diversi ambiti aziendali. L'obiettivo principale è quello di migliorare quanto attualmente presente ed integrare maggiormente le cure intermedie nei percorsi di dimissione ospedaliera avviando un percorso di riorganizzazione che vede, quale elemento strategico l'implementazione di un Nucleo di Continuità Ospedale Territorio (NuCot) finalizzato a: <ul style="list-style-type: none"> • realizzare un percorso aziendale omogeneo per la gestione delle dimissioni protette e la definizione di criteri specifici riferiti ai diversi setting assistenziali con la declinazione di un set d'indicatori finalizzati a misurare esiti e processo; • strutturare una regia unica di ambito territoriale (Cesena, Forlì, Rimini-Riccione, Ravenna-Lugo e Faenza) che favorisca un utilizzo appropriato ed efficiente delle strutture di cerniera, anche attraverso un puntuale monitoraggio dei progetti di invio attraverso una gestione integrata e multi-professionale delle dimissioni protette; • contribuire alla riorganizzazione della rete per la gestione del paziente tra ospedale e territorio riducendo la frammentazione degli interventi; • Sviluppare e consolidare la rete degli Ospedali di Comunità in ambito aziendale in linea a quanto previsto nel documento di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato dalla Conferenza nel 9.01.2017.
Destinatari	Pazienti prevalentemente con patologie croniche provenienti da struttura ospedaliera o dal domicilio, con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Condividere il modello di continuità NuCot con i Servizi Sociali dei Comuni/Unione dei Comuni dei Distretti afferenti alla Azienda USL Romagna; - condividere e promuovere il modello di continuità NuCot e gli strumenti di valutazione predisposti con i professionisti sanitari e sociali delle diverse UU.OO ospedaliere e territoriali al fine di favorirne il progressivo sviluppo attraverso specifici incontri formativi; - condividere il modello di continuità NuCot con i gestori di strutture socio- sanitarie, accreditate con posti letto qualificati come ad Alta Attività Assistenziale;

	<ul style="list-style-type: none"> - implementare gli strumenti di valutazione del setting assistenziale attraverso l'utilizzo dapprima della documentazione e successivamente attraverso la predisposizione di un applicativo informatico; - prevedere il monitoraggio continuo dei percorsi pianificati attraverso una verifica puntuale e periodica dei singoli progetti con la pianificazione di briefing strutturati nei diversi setting facenti parte le strutture intermedie; - favorire la misurazione degli esiti attraverso un set d'indicatori definiti da procedura aziendale - promuovere la progettazione e realizzazione dell'OsCo/letti di cure intermedie così come definito dal documento aziendale approvato in sede di Conferenza Socio Sanitaria Territoriale
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Azienda USL</p> <p>Servizi Sociali Comune/Unione dei Comuni</p>
Referenti dell'intervento	<p>Direttore di Distretto</p> <p>Direttore Dipartimento Cure Primarie</p>
Risorse non finanziarie	<p>Supporti informatici integrati nella Cartella Clinica a carico di Azienda USL Romagna;</p> <p>Personale infermieristico, medico e assistenti sociali facenti parte del NuCot a carico di Azienda USL Romagna</p>

Totale preventivo 2018: € N.C.

7. BUDGET DI SALUTE

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

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

Razionale	<p>Il BUDGET DI SALUTE (BdS) individua modalità di intervento co-progettate e partecipate che integrano gli aspetti sociali e sanitari aumentando la qualità della risposta complessiva in termini di benessere e salute mentale</p>
Descrizione	<p>Metodologia di lavoro per l'integrazione socio-sanitaria a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato per pazienti seguiti dal CSM al fine di garantire la sostenibilità di interventi integrati finalizzati a realizzare percorsi di autonomia, di accompagnamento sul territorio, di sviluppo o supporto alla domiciliarità in alternativa o successivamente alla assistenza residenziale, prendendo in considerazione tre principali determinanti di salute (abitare, lavoro, socializzazione).</p> <p>La metodologia si sviluppa attraverso l'attivazione di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) con partecipazione di utenti famigliari, enti locali, associazioni, volontariato, Medici di Medicina Generale (MMG), operatori del Centro di Salute Mentale (CSM), referenti del Terzo Settore ed altri soggetti utili al progetto individualizzato. Il progetto è condiviso e sottoscritto da tutti gli attori.</p> <p>L'AUSL della Romagna, ha attivato un percorso d'implementazione della metodologia del Budget di salute, già dal 2013 sperimentalmente avviato fino al 2016 su specifica progettualità della Regione Emilia Romagna, attraverso azioni di formazione per tutto l'ambito aziendale e il coinvolgimento progressivo dei diversi Distretti sanitari, a cui è seguita, oltre alla normale applicazione dei percorsi BDS in tutta l'azienda, una sperimentazione dell'efficacia degli strumenti individuati a livello locale e regionale nelle sedi di Ravenna, Riccione e Rubicone. Detta ottimizzazione ha permesso di aggiornare procedure, schede applicative, strumenti di valutazione e di definire il Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), il Piano Assistenziale Riabilitativo Individualizzato (PARI) e la stessa Procedura UVM. Il Percorso, ha previsto la definizione del referente Clinico Aziendale e del referente Organizzativo Aziendale a cui sono stati aggregati altri professionisti delle diverse competenze professionali, identificati dai diversi CSM, che sono stati adeguatamente formati a funzioni di facilitatori delle equipe terapeutiche di tutto l'ambito aziendale per poter sostenere e adiuvarne il percorso d'implementazione nelle diverse sedi locali.</p> <p>La metodologia, oltre ad essere utilizzata a supporto dei progetti in favore delle persone con disturbo della salute mentale, trova la propria estensione anche verso altre persone afferenti a servizi per altri utenti come per esempio coloro che hanno problemi di dipendenza o di disabilità intellettiva, cognitiva, Disturbi del Comportamento Alimentare, autismo, ecc.</p> <p>Consolidare un percorso di sviluppo fortemente proposto e organizzato dal Centro di Salute Mentale in ottica di integrazione con altre agenzie dello stato e risorse territoriali a favore di persone che presentano difficoltà nelle aree della socializzazione/affettività, casa, lavoro e del tempo libero correlate alla sofferenza - da cui una bassa qualità della vita e isolamento sociale con alti livelli di stigmatizzazione sia interno che esterno - attraverso il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato, EELL e qualunque opportunità che il territorio possa offrire, è mandato coerente alla più attuale letteratura scientifica. Infatti la implementazione della metodologia BDS è azione terapeutica socio sanitaria ma anche strumento che con la finalità</p>

	<p>di offrire eque opportunità alle persone contribuendo si alla costruzione del bene essere, rispondendo ai bisogni espressi, aumentando l'empowerment, favorendo la capacitazione delle persone, per raggiungere una reale integrazione nella comunità e diminuendo i livelli di dipendenza dalle istituzioni, ma anche azione di politica sociale a favore della comunità stessa. I progetti BDS si articolano negli assi della socializzazione/affettività, tempo libero e sport , apprendimento di nuove tecniche e conoscenze a supporto della autodeterminazione e autogestione della propria vita e socialità tutelando il diritto di cittadinanza e il superamento degli approcci escludenti e segreganti.</p>
Destinatari	<p>Utenti in cura presso i CCSSMM del DSM-DP con particolare attenzione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • situazioni di esordio psicopatologico, • giovane età • persone in uscita da percorsi residenziali • persone a forte rischio di istituzionalizzazione. <p>Utenti del SERT e della U.O di NPJA</p>
Azioni previste	<p>-Applicazione delle procedure delle modalità di progettazione per la realizzazione del Piano di Trattamento Riabilitativo Integrato condiviso con l'utente e definito nel PARI in UVM</p> <p>-Costruzione e ottimizzazione di una rete integrata con gli Enti Locali per lo sviluppo dei progetti</p> <p>-Condivisione di progetti delle Associazioni coerenti agli obiettivi del BdS</p> <p>-Ulteriori azioni di informazione, sviluppo e partecipazione di utenti e famigliari</p> <p>-Costruzione di progetti in partnership con le Associazioni di Volontariato</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Azioni facilitazione e di supporto all'abitare per utenti DSMDP e soluzioni per una maggiore disponibilità di situazioni abitative</p> <p>Interventi per una strutturata condivisione di risorse del territorio, sia con EELL che con Associazioni e Privato Sociale</p> <p>Attivazione delle misure di contrasto alla povertà (SIA RES REI L14 ecc)</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> o DSMDP o Enti Locali o Distretto o Associazioni, Volontariato o Terzo Settore o Utenti e famigliari o Altri soggetti sociali utili al progetto personalizzato
Referenti dell'intervento	Responsabile Clinico Azienda USL Romagna
Risorse non finanziarie	Associazioni, Volontariato in relazione al singolo progetto

Totale preventivo 2018: € **N.C.**

8. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Riferimento scheda regionale

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

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

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

	<p>coinvolti nella RLCP.</p> <p>Nel Distretto di Cesena Valle Savio la rete di cure palliative è composta da: reparto day hospital presso l'ospedale Bufalini di Cesena, servizio di assistenza domiciliare, IRST di Meldola, ambulatorio e Hospice di Savignano sul Rubicone.</p>
Destinatari	<p>Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa e sofferenza psicologica, fisica spirituale e loro famiglie.</p>
Azioni previste	<p>Il piano di implementazione del modello organizzativo per la RLCP prevede per l'anno 2018 la realizzazione delle seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. definizione della procedura aziendale "Rete Locale di Cure Palliative dell'AUSL Romagna"; 2. definizione dei criteri di accesso alla RLCP e condivisione degli stessi con il Percorso Aziendale "NuCOT – Nucleo di continuità Ospedale Territorio"; 3. definizione degli strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e della qualità assistenziale percepita; 4. definizione della documentazione sanitaria informatizzata con particolare riferimento alla scheda di pianificazione assistenziale; 5. costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinare di ambito territoriale per la declinazione operativa del funzionamento dei nodi della Rete nel contesto di riferimento; 6. definizione e avvio di un progetto formativo trasversale per gli operatori dei nodi della Rete e che si integrano con essa, al fine di condividere l'approccio assistenziale ai pazienti che necessitano di cure palliative, metodi e strumenti di lavoro in ambito aziendale, nello specifico di prevedere: <ul style="list-style-type: none"> - corso di formazione per equipe multidisciplinare di base e specialistiche della RLCP e per il terzo settore in ogni ambito territoriale e gli enti locali; - incontro informativo per presentazione della RLCP ai Direttori, Coordinatori e Case Manager delle UU.OO. ospedaliere in ogni ambito territoriale. 7. raccordo con i servizi dell'Unione di Comuni Valle del Savio (Area Anziani e disabili) per il coinvolgimento delle realtà del terzo settore, in particolare delle associazioni di utenti e familiari da coinvolgere nel percorso formativo trasversale.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Al fine di coinvolgere e regolamentare i rapporti con il terzo settore è stato elaborato un apposito bando per raccogliere le proposte di collaborazione con l'AUSL della Romagna nella co-progettazione di interventi a favore di persone affette da patologie inguaribili evolutive e ai loro famigliari, residenti nel territorio dell'Azienda.</p>
Referenti dell'intervento	<p>Coordinatore Rete Cure Palliative Aziendale Direttore Dipartimento Oncoematologico Responsabile Infermieristico e Tecnico Dipartimento Oncoematologico</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **N.C.**

9. 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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Valle del Savio
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	B;

Razionale	<p>La crisi economica iniziata nel 2008 ha provocato l'impovertimento di molte categorie sociali, con la conseguenza che oggi molte persone vivono in stato di povertà estrema e la condizione di homelessness è diventata sempre più diffusa. La crisi ha portato verso la povertà estrema e l'insicurezza abitativa anche singoli e famiglie che non avevano mai vissuto prima tale condizione, dato che la perdita anche di un solo reddito nel nucleo ha comportato l'impossibilità di far fronte alle spese dell'alloggio.</p> <p>L'aumento del fenomeno descritto è legato alla congiuntura economica e risente anche degli esiti dei massicci flussi migratori non programmati provenienti dal nord Africa che ha portato sul territorio un numero crescente di profughi fuoriusciti dai progetti di accoglienza i quali diventano, di fatto, persone senza fissa dimora.</p> <p>Va considerato, inoltre, che con il termine di marginalità estrema ci riferiamo a un variegato mondo di bisogni complessi che toccano la sfera sociale, sanitaria, relazionale e status giuridici differenti a cui afferiscono diversi diritti, tutele, riconoscimenti.</p> <p>Ciò pone l'obbligo di affrontare il tema uscendo da logiche tipicamente emergenziali e di costruire risposte strutturate e articolate.</p> <p>Inoltre la graduale fuoriuscita dal periodo di crisi economica che, anche se con fatica, pare interessare il nostro paese e la Regione Emilia-Romagna, sta facendo emergere "strascichi" di carattere strutturale e limiti del sistema produttivo che difficilmente potranno essere superati.</p>
Descrizione	<p>Fin dai primi anni post crisi l'aumento della marginalità ha rappresentato un fenomeno visibilmente in crescita nel territorio dell'Unione. La Rete dei Servizi si è organizzata mettendo in atto strumenti importanti e tempestivi che hanno cercato di rispondere, innanzitutto, ai bisogni primari indifferibili (cibo, riparo, cure mediche).</p> <p>Accanto a tali interventi si è ritenuto fondamentale affiancare 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.</p> <p>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.</p> <p>L'obiettivo che ci si propone nel prossimo triennio è quello di confermare e rinforzare le azioni messe in atto fino ad ora, quali ad esempio Housing First, Centro Diurno e di implementarne di nuove con un'attenzione particolare alla integrazione socio sanitaria degli interventi.</p>
Destinatari	<p>Persone in situazione di grave emarginazione, spesso caratterizzate da fragilità "multipla" in cui si sommano problemi di salute, di disagio mentale, di dipendenza da sostanze, di precarietà della propria condizione giuridica, ecc.</p>

<p>Azioni previste</p>	<p>L'Unione di Comuni Valle del Savio, in stretta collaborazione con l'Ausl della Romagna, L'ASP del Distretto Cesena-Valle Savio e le organizzazioni del Terzo Settore storicamente attive in materia intende sviluppare le azioni di seguito dettagliate. Su questa area di intervento si intende anche sperimentare un progetto con la metodologia del "Community Lab".</p> <p>Sistema articolato di interventi per il contrasto alla grave marginalità e il Pronto Intervento Sociale</p> <p>Sviluppo di un sistema articolato di interventi per il contrasto alla grave marginalità che comprendano interventi a bassa soglia quali: Unità di Strada, Servizio Accoglienza Notturna, Centro Diurno. Il collegamento tra gli interventi a bassa soglia e il servizio sociale territoriale è già in atto e si è strutturato nella "rete di mediazione sociale" a cui partecipano anche altre realtà operanti nel territorio quali Caritas, Oltre la Strada, Nucleo di polizia Sociale della Polizia Municipale. Un'attenzione specifica va indirizzata ai bisogni delle persone che provengono da lunghi percorsi di tossicodipendenza o presa in carico dal Ser.T. e delle persone con patologie psichiatriche senza rete familiare, dato che presentano necessità particolari che i servizi non sempre sono in grado di soddisfare. Anche in questo caso si richiamano i servizi citati sopra, oltre a idonei percorsi di accompagnamento educativo e di socializzazione. In quest'ambito il problema della stigmatizzazione è particolarmente presente e quindi sarà importante l'aspetto innovativo e informale delle proposte (ad esempio i club di alcolisti in trattamento di quartiere).</p> <p>Progetto Europeo Inside</p> <p>Implementazione del progetto Europeo Inside approvato e finanziato con D.D. del Ministero del Lavoro n. 471 del 27 ottobre 2017 assegnata alla Regione Emilia-Romagna in qualità di Ente territoriale (per la Provincia di FC) e che coinvolge l'Unione dei Comuni Valle del Savio in qualità di partner, a valere su PON Inclusione e PO I FEAD. Il progetto prevede la realizzazione di attività a beneficio di persone in condizione di grave marginalità ivi compreso l'acquisto e la distribuzione mirata di beni materiali e alimenti.</p> <p>Tavolo povertà</p> <p>Si conferma l'opportunità di valorizzare il "Tavolo Povertà" quale contesto permanente di confronto, scambio e co-programmazione tra i Servizi Sociali e le organizzazioni del Terzo Settore storicamente attive in materia per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione della conoscenza del territorio e della comunità: mappatura dei bisogni e verifica sui servizi attivati, creazione di un osservatorio con raccolta dati sul fenomeno della marginalità; - progettazione di una rete di supporto informativo, fermi restando i nuovi vincoli europei per la riservatezza,; - informazione e sensibilizzazione della comunità sul tema della marginalità nell'ambito di momenti pubblici di socializzazione e di approfondimento; - qualificazione dei servizi e degli operatori attraverso: formazione e approfondimento sui temi trasversali, confronto e scambio buone prassi, sperimentazione di strumenti organizzativi e operativi per l'integrazione degli interventi sociali e di reti tematiche innovative tra realtà del Terzo Settore (Comunità Accogliente); - sostegno istituzionale ai servizi di contrasto alla povertà avviati anche dal Terzo Settore in un'ottica di co-progettazione. <p>Housing First e agricoltura sociale</p> <p>Consolidamento del modello Housing First, già avviato nel territorio distrettuale, coinvolgendo i vari settori (Casa, Salute, Lavoro, Istruzione Giustizia) e creazione di nuovi modelli dell'abitare alternativi a quelli classici, quali il co-housing, appartamenti protetti a bassa/bassissima copertura assistenziale e l'inserimento in progetti residenziali di agricoltura sociale in collaborazione con le aziende agricole locali</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Casa, Salute, Lavoro, Istruzione, Giustizia</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Unione dei Comuni, Asp del Distretto Cesena Valle Savio, associazione del Tavolo povertà, Agenzia sanitaria e sociale Regionale</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Dirigente dei Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio Responsabile Area Minori e Famiglia- Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio</p>

Risorse non finanziarie

Totale preventivo 2018: € 1.084.344,00

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **434.459,00 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-: **253.754,00 €**
- Altri fondi regionali (*fondo mobilità agevolata persone fragili*): **45.523,00 €**
- Unione di comuni (*Unione comuni Valle del Savio*):**350.608,00 €**

10. SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE DELLE PERSONE STRANIERE NEO-ARRIVATE

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

Razionale	<p>L'arrivo in emergenza e la permanenza nel nostro territorio di persone provenienti da Paesi Terzi sta evidenziando un fenomeno che necessita di risposte a bisogni assistenziali, di cura e di integrazione nel contesto sociale ed economico.</p> <p>I flussi "non programmati" hanno portato alla luce i bisogni di persone particolarmente vulnerabili: donne e minori a rischio di tratta, minori stranieri non accompagnati, persone traumatizzate o con problematiche psichiatriche che mettono "in crisi" anche il nostro sistema dei servizi socio-sanitari già consolidato. Si renderanno così necessarie nuove pratiche di lavoro in rete e la sperimentazione di ulteriori percorsi socio-assistenziali. Nello stesso tempo vanno promosse azioni di sensibilizzazione e prevenzione nella comunità locale per promuovere una cultura dell'accoglienza e prevenire fenomeni di razzismo.</p>
Descrizione	<p>Costruire percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera, in particolare per le persone neo-arrivate da percorsi di ricongiungimento familiare, richiesta di protezione internazionale e lavoro.</p> <p>Promuovere attività d'informazione, orientamento e accompagnamento dei migranti rispetto ai servizi del territorio e ai diritti /doveri di cittadinanza.</p> <p>Consolidare e qualificare il sistema d'accoglienza locale anche attraverso il coinvolgimento della rete dei servizi sanitari, degli enti formativi e del mondo associativo</p>
Destinatari	<p>Personne appartenenti a Paesi Terzi neo-arrivate in Italia e target specifici di vulnerabilità (donne sole, nuclei mono-genitoriali, Minori Stranieri Non Accompagnati, vittime di tratta, persone con disagi psichici, ecc...).</p>
Azioni previste	<p>Sostegno all'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliare l'offerta di insegnamento della lingua italiana attraverso il supporto del Centro Interculturale (centro d'esame riconosciuto per la certificazione linguistica) con corsi organizzati nei quartieri della città, nei Comuni più periferici dell'Unione. • Consolidare la collaborazione con il CPIA locale per la realizzazione del Piano Regionale per l'insegnamento della lingua italiana e l'educazione civica • Promuovere corsi di lingua italiana per target specifici, quali ad esempio, lavoratori e donne al fine di favorire la loro partecipazione. • Consolidare il raccordo fra la rete dei servizi e del terzo settore in ambito informativo al fine di promuovere interventi di orientamento e accompagnamento maggiormente qualificati. • Potenziare e qualificare il servizio di mediazione interculturale per supportare gli operatori sociali e le scuole del territorio nei loro interventi. • Facilitare l'accesso ai servizi sanitari promuovendo una campagna informativa con linguaggio semplificato su alcune tematiche quali ad esempio la scelta del medico di base, la prenotazione di visite ed esami, come e quando accedere alla guardia medica o al Pronto

	<p>Soccorso, ecc..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivare percorsi di cura e riabilitazione per persone psicologicamente vulnerabili attivando una equipe sperimentale multiprofessionale tra sociale e sanitario. • Promuovere collaborazioni con associazioni e polisportive locali al fine di favorire l'inserimento in attività sportive <p>Sistema locale di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale</p> <p>Promozione di un sistema locale di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, MSNA e vittime di tratta, in connessione con interventi governativi e regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Consolidare l'equipe di lavoro interdisciplinare sui MSNA che vede la partecipazione dell'Ass. Sociale del Servizio Sociale, Mediatori di Asp Cesena e l'Educatore della comunità al fine di costruire percorsi educativi individualizzati sempre più rispondenti ai bisogni dei minori. ☐ Qualificare la rete delle accoglienze CAS del territorio attraverso un lavoro costante di coordinamento che promuova attività di monitoraggio e formazione per gli operatori ☐ Raccordare il Progetto Oltre la strada locale con la rete delle accoglienze Cas e Sprar per favorire l'emersione e l'individuazione di fenomeni legati allo sfruttamento lavorativo e alla tratta di esseri umani, al fine di proteggere eventuali vittime. ☐ Programmare un allargamento dei posti Sprar per avere l'opportunità di attivare percorsi d'integrazione più efficaci soprattutto in ambito lavorativo. ☐ Sviluppare all'interno del locale progetto Sprar una sperimentazione nel settore agricolo che prevede una specifica formazione per i beneficiari e la messa in opera di attività agricole (Permacultura) su un terreno di proprietà pubblica. ☐ Sperimentare esperienze di co-housing per persone in uscita dalle accoglienze. ☐ Promuovere azioni di raccordo con gli Enti di formazione locale per facilitare l'inserimento e la partecipazione dei richiedenti ai corsi di formazione proposti e per superare anche difficoltà logistiche e organizzative. ☐ Inserimento al Lavoro
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Servizi Sociali Unione dei Comuni Valle del Savio, Servizi Sanitari Ausl Romagna, Servizio Accoglienza Richiedenti Protezione Int. e Sprar , Centro Interculturale, Progetto Oltre la strada, Sportello Rinnovi Permessi di Soggiorno (Asp Cesena Valle Savio), rete delle Accoglienze CAS, Sindacati, Enti di formazione, Caritas e altre associazioni del territorio</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>-Dirigente dei Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio - Responsabile Area Immigrazione e Marginalità Sociale Asp Cesena Valle Savio</p>

Totale preventivo 2018: € 3.475.397,00

- Altri fondi statali/pubblici (*fondi per accoglienza profughi*): **2.988.411,00 €**

- Unione di comuni (*Unione comuni Valle del Savio*): **486.986,00 €**

11. PROMOZIONE PARI OPPORTUNITA' E VALORIZZAZIONE DELL DIFFERENZE DI GENERE INTERGENERAZIONALI INTERCULTURALI DI ABILITA' CONTRASTO ALLA VIOLENZA

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	Comune di Cesena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>La prevenzione della discriminazione e dell'esclusione sociale continua ad essere rilevante ai fini di garantire a cittadini e cittadine pari dignità, diritti e opportunità. Questi vanno perseguiti attraverso politiche culturali di sensibilizzazione rivolte all'intera popolazione; il presidio continuo e diffuso della educazione delle giovani generazioni al rispetto sociale delle alterità e della consapevolezza comunitaria riguardo al fenomeno degli stereotipi sociali, culturali e di genere e a quello dell' androcentrismo di impostazione patriarcale; attraverso politiche di valorizzazione collettiva del ruolo attivo della donna nella compagine sociale e nel mondo del lavoro, della scienza, della cultura e dell'arte; la valorizzazione delle differenze di religione, cultura, abilità e orientamento sessuale; sviluppo di politiche di inclusione sociale e riconoscimento dei diritti e del valore di tutti i soggetti svantaggiati, anche col supporto dell'iniziativa del privato sociale organizzato tramite il Forum delle Donne ed il coinvolgimento dei servizi scolastici, tramite le figure chiave degli insegnanti e degli educatori dei centri aggregativi e le strategiche collaborazioni interistituzionali.</p> <p>Va inoltre garantita un'attenzione continua ai servizi ed una manutenzione/aggiornamento e ammodernamento degli stessi in relazione alle mutate esigenze sociali, culturali e familiari affinché il peso dei compiti di cura non ricada totalmente sulla figura femminile a scapito del suo impegno nei percorsi di carriera e una tutela di quelle condizioni di non autonomia economica che rischiano di far scivolare le donne nella dipendenza relazionale, spesso premessa alle situazioni di violenza intrafamiliare. Va altresì garantito il confronto interistituzionale in un'ottica di sussidiarietà e l'aggiornamento continuo degli operatori di tutti i servizi della rete di prevenzione e contrasto alla violenza di genere (socio-sanitari, di pubblica sicurezza, ...) per garantirne efficacia ed efficienza nell' intercettare situazioni a rischio, prevenirle e attivare, in sinergia, i processi riparativi necessari e i percorsi di liberazione ed autonomizzazione di donne vittime di situazioni di sfruttamento, violenza, vessazione, tratta, mobbing, molestie, maltrattamento. Va altresì potenziato il locale centro antiviolenza denominato "Centro Donna Informadonna e Centro Antiviolenza" del Comune di Cesena con l'incremento di servizi consulenziali e di supporto psicologico, anche con riferimento alla violenza assistita.</p>
Descrizione	<p>Il Comune di Cesena ha istituito nel 1988 l'Informadonna, sportello dedicato alle esigenze di informazione e documentazione della popolazione femminile trasformatosi in tempi recenti in Centro antiviolenza. Da allora ha avviato sempre più massicciamente politiche di valorizzazione della cultura femminile con numerose iniziative. Dal 2007 ha strutturato un ufficio dedicato denominato prima "Progetto Donna", poi dal 2015, "Ufficio Politiche delle Differenze" a supporto dell'omonimo assessorato. Grazie ai primi finanziamenti ottenuti nel</p>

2006 ha avviato dei processi formativi condivisi fra gli operatori dei servizi sociosanitari di Consultorio Pronto Soccorso e Forze dell'Ordine che hanno portato all'implementazione dell'attuale Rete Antiviolenza il cui consolidamento è stato possibile grazie alla successiva partecipazione al Progetto Regionale "INSIEME" nel 2007/2008 di confronto allargato fra Reti locali.

Del 2009 è la nascita del Forum delle Donne , organismo di partecipazione composto dall'associazionismo femminile da Comune e Centro Donna. Del 2009 l'Istituzione della Casa delle Donne spazio dedicato all'iniziativa spontanea delle Associazioni femminili ove vengono anche realizzati corsi di lingua italiana per bambini stranieri ,uno sportello gratuito di consulenza psicologica sui disturbi alimentari e di mediazione familiare e dove è stabilmente organizzata l'aggregazione spontanea a fini ricreativi di donne slave , dedite al badantato.

Dal 2009 Il Comune ha creato un palinsesto annuale di iniziative concertate con l'Associazionismo locale e il Forum delle Donne denominato "MARZODELLEDONNE" volto a valorizzare la cultura femminile ed i temi delle differenze a cui si collegano iniziative nella seconda parte dell'anno dedicate alla Giornata Internazionale di Contrasto alla Violenza sulle Donne.

E' del 2011 la partecipazione al progetto Europeo "HERA" del bando DAPHNE per scambio di buone prassi tra le Polizie e Servizi Sociali di 4 paesi della Comunità Europea.

Dal 2015 è in essere la rassegna autoriale #PAROLEDIVERSE sui temi delle differenze.

Nel 2013 il Comune di Cesena si è fatto promotore di un Protocollo fra vari Enti ed Istituzioni per la definizione di procedure condivise di contrasto tutela e prevenzione della violenza di genere. Da allora si è rafforzato il ruolo comunale di promozione del consolidamento della rete tramite la regolare organizzazione di eventi formativi e convegni rilevanti per le figure professionali dei vari enti coinvolti nel contrasto alla violenza. Del 2015 è attivo l'Accordo Quadro con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e il CSGE Centro Studi di Genere, l'Associazione PERLEDONNE di CESENA e la Coop LIBRA di Ravenna, ente gestore del Centro Donna.

Nel 2016 si è poi sottoscritto un Accordo Quadro che coinvolge i Comuni e i Centri Antiviolenza della Romagna per iniziativa di Lega Coop. Nel 2016 è stato anche promosso un Tavolo di facilitazione all'inserimento lavorativo di donne vittime di violenza e in stato di fragilità, che vede la partecipazione di Ufficio Politiche delle Differenze, Centro Donna, Informagiovani, Enti di formazione locali, Centro per l'Impiego, Unione Comuni Cesena Valle Savio, ASP Cesena Valle Savio, Ass.I.PROV, per concertare azioni e percorsi di formazione, qualifica, tirocinio, favorenti l'empowerment socio economico delle donne vittime di violenza.

Nel 2016 e 2017 grazie al progetto "Più opportunità meno violenza per una società più eguale : azioni comunitarie in sinergia", cofinanziato dalla regione Emilia Romagna , il Comune di Cesena ha realizzato con enti, cooperative e associazioni, una serie di azioni di contrasto ad ogni forma di violenza, discriminazione ed emarginazione sociale, con conseguente rinforzo della rete territoriale dei servizi, consistite in : formazione degli operatori dedicati, redazione strumenti informativi, formazione base per la facilitazione dell'inserimento lavorativo e sociale di donne non occupate vittime di violenza, e una serie di azioni di prevenzione e sensibilizzazione culturale con interventi nelle scuole, incontri pubblici, seminari, convegni, tavole rotonde sui temi socioculturali di genere.

In particolare, sul fronte della prevenzione culturale ai temi delle pari opportunità e della discriminazione e violenza nelle relazioni, da più di dieci anni l'Assessorato Politiche delle Differenze e il Settore Scuola e Partecipazione del Comune di Cesena hanno affidato al Centro Donna, attraverso le operatrici della Coop. Libra - ente gestore, la realizzazione di percorsi laboratoriali rivolti in primo luogo alle giovani generazioni incontrate nelle scuole, nei gruppi informali, nei centri di aggregazione giovanile, anche in collaborazione con associazioni di genere, come "Ass. Perledonne", o Associazioni come "l'Aquilone di Iqbal", che operano in contesti aggregativi e di socializzazione giovanile del territorio (Gruppo di Lavoro Trattati di Donna). Durante l'anno scolastico 2016-2017 il progetto ha coinvolto 700 studenti di 29 classi di 5 Istituti Medi Superiori ed una Scuola Media Inferiore. L'elemento innovativo è stato il coinvolgimento attivo di ragazze e ragazzi in attività creative (ideazione e realizzazione di 11 spot, cortometraggi ed azioni teatrali) la cui ulteriore disseminazione può sensibilizzare altri coetanei con un linguaggio più affine ai loro codici.

Nel 2017 l'Associazione "L'Aquilone d'Iqbal" già gestore del Centro aggregativo giovanile "Garage" del Comune di Cesena, ha dato corso, con il sostegno del Comune stesso, al progetto "Tratti di Donna", percorso di confronto e approfondimento per giovani donne sul tema delle opportunità e degli ostacoli che la società odierna offre loro, partecipato da ragazze dai 14 ai 25 anni, in collaborazione con Centro Donna sui temi di prevenzione della violenza fisica e psicologica (bullismo, cyberbullismo, sicurezza, discriminazione e stereotipi). La partecipazione ad eventi cittadini e la promozione fatta anche in alcuni Istituti Scolastici ha permesso un confronto diretto con giovani coetanei portando riflessioni importanti e stimoli significativi

	<p>sfociati nella prima edizione di "Giù dai Tacchi", organizzato dall'Ufficio Politiche delle Differenze del Comune di Cesena, per un lavoro futuro che coinvolga un ulteriore numero di ragazzi, maschi e femmine.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Comunità territoriale, giovani generazioni, insegnanti, studenti, operatori della rete dei servizi socio- sanitari, operatori di pubblica sicurezza, associazioni, donne italiane e straniere, donne che hanno subito violenza, figli vittime di violenza assistita, uomini maltrattanti</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>1.INCONTRI PUBBLICI DI SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE ALLA CULTURA DEL RISPETTO DELLE DIFFERENZE E ALLE PARI OPPORTUNITÀ: Organizzazione percorsi formativi , informativi, convegni, incontri pubblici, rassegne letterarie (#parolediverse) destinati a cittadini, famiglie, operatori sociosanitari, con l'obiettivo di incrementare la comune sensibilità sul tema del rispetto per le differenze di genere, generazionali, di orientamento sessuale, di abilità, di cultura e religione, lingua, etnia, la promozione della cultura delle pari opportunità fra uomini e donne, la conoscenza degli strumenti giuridici, dei servizi e dei percorsi dedicati al sostegno delle vittime di discriminazione e violenza e la competenza individuale degli operatori sociali sanitari e di pubblica sicurezza nell'affrontare le situazioni di accoglienza e accompagnamento di persone vittime di discriminazioni e di forme di violenza, con la collaborazione di Ufficio Politiche delle Differenze, Forum delle Donne, Centro Donna.</p> <p>2.INTERVENTI DI PREVENZIONE DELLA VIOLENZA NELLE RELAZIONI: Percorsi socio-psico-educativi con metodologia interattiva dedicati a studenti delle scuole di ogni ordine e grado a partire dalle scuole dell'infanzia anche con metodologia della "peer education" con gli adolescenti. Obiettivo : formare le generazioni più giovani sempre più precocemente al riconoscimento e abbattimento degli stereotipi della cultura patriarcale e alle consapevolezza delle competenze relazionali, valoriali , psicologiche, sociali e culturali che entrano in campo nel rapporto di coppia, con il supporto di Centro Donna Cesena – Coop Libra - Ente gestore ed il coinvolgimento di esperti.</p> <p>3.TAVOLO DI FACILITAZIONE ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO: Continuare il lavoro del tavolo operativo partecipato da stakeholder territoriali coinvolti con il mondo della formazione e del lavoro con obiettivo di facilitare percorsi di inserimento lavorativo di donne in stato di fragilità socio economica e donne vittime di relazioni violente, coordinato da Comune di Cesena.</p> <p>4.PROMOZIONE PARTECIPAZIONE FEMMINILE E VALORIZZAZIONE CULTURA FEMMINILE: Coltivare la proficua relazione con Associazionismo femminile del territorio organizzato anche nel Forum delle Donne con l'obiettivo di sostenere la valorizzazione della Cultura femminile tramite una progettazione condivisa e il supporto fattivo alle proposte da esso provenienti con la messa a disposizione di risorse umane e servizi e dello spazio Casa delle Donne per le attività associative e le iniziative.</p> <p>5.INCREMENTO SERVIZI CENTRO ANTIVIOLENZA: Incremento servizio psicologhe per sostegno alla genitorialità e percorsi individuali e di gruppo.</p> <p>6. PROGETTO VIOLENZA ASSISTITA "OCCHIO CHE VEDE, CUORE CHE SENTE": Aumentare le competenze dei vari soggetti territoriali afferenti alla Rete antiviolenza e dei docenti delle scuole di ogni ordine e grado riguardo al tema della violenza assistita tramite l'organizzazione di un seminario formativo introduttivo, la redazione e pubblicazione di una brochure informativa divulgativa sul tema violenza assistita, l'implementazione di un Blog interattivo dedicato e percorsi formativi di gruppo di sostegno per educatori di comunità e per donne vittime di violenza/maltrattamento madri di vittime di violenza assistita.</p> <p>7. APPARTAMENTO SEMIAUTONOMIA: Mantenere attiva fino al 2020 l'opportunità di alloggio semi-protetto presso la residenza "IL PONTE" con l'obiettivo di potenziare l'efficacia delle esperienze di transito dalla comunità di accoglienza ad una condizione di autonomia totale economica e abitativa per donne con o senza figli , in uscita da storie di violenza in collaborazione con i Servizi Sociali dell'Unione Valle del Savio</p> <p>8. CORSI AUTOSTIMA e di AUTODIFESA: Organizzazione di almeno due corsi annuali di 5/6 incontri con esperti competenti nelle discipline psicologiche e marziali per incrementare l'autostima di donne poco assertive, inclini alla dipendenza affettiva e alla sudditanza e soggezione psicologica predisposte a collocarsi nelle relazioni nel ruolo di vittima. Obiettivo offrire strumenti per rafforzarne le competenze</p>

	<p>relazionali e le abilità di autodifesa sia fisica che psicologica, incrementando anche le abilità di riconoscimento delle personalità inclini alla manipolazione relazionale.</p> <p>9.PROMOZIONE LIBERI DALLA VIOLENZA: Promuovere di concerto con Azienda Sanitaria ASL Romagna e altri soggetti territoriali iniziative culturali con l'obiettivo di veicolare anche l'informazione relativa al nuovo servizio psicologico Liberi dalla Violenza che offre percorsi individuali e di gruppo dedicati ad uomini maltrattanti e sex offender.</p> <p>10.SCUOLA MATERNA "JO JO" - CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA E LAVORO: Messa a punto di una struttura scolastica materno infantile, denominata "JO-JO", con una particolare flessibilità oraria che consenta a donne lavoratrici di lasciare i figli custoditi in un contesto educativo stimolante per un tempo superiore a quello delle scuole tradizionali. Obiettivo: sostenere la maternità e l'infanzia tutelando l'autonomia economica delle madri lavoratrici.</p> <p>11.SALUTE DONNA: Conferenze nei quartieri e nei luoghi culturali della città su temi sanitari di rilevanza per le donne. Obiettivo : diffondere il concetto di Salute di genere e la informazione sanitaria sensibile e rilevante ai fini di prevenzione e cura delle patologie femminili legate anche al ciclo di vita e alle pressioni culturali sul corpo delle donne anche in collaborazione con Forum donne e a sostegno dell'iniziativa di singole associazioni.</p> <p>12.PUBBLICAZIONI INFORMATIVE, APP e BLOG: Continuare la redazione e stampa di pubblicazioni informative in lingua italiana e nelle lingue straniere delle comunità linguistiche presenti sul territorio su temi rilevanti per il benessere sociale sanitario psicologico anche in collaborazione con esperti e soggetti istituzionali e del privato sociale (lavoro, menopausa, patologie femminili...) Arricchire e aggiornare il Blog Progetto "IO+IO=NOI" che documenta l'attività di educazione e prevenzione nelle scuole e la APP "SICURA" destinata alle donne che ricercano informazioni sui servizi di tutela e supporto in tema di violenza.</p> <p>13. FUND RAISING E PARTICIPAZIONI A BANDI: Attività di acquisizione fondi per il Centro Antiviolenza Centro Donna di Cesena, grazie anche alle iniziative benefiche di Associazioni femminili che organizzano eventi sportivi (es: Camminata contro la Violenza di Women in Run) e spettacoli (BASTA VIOLENZA di Liberamente) con coinvolgimento di sponsor e pubblico pagante; partecipazione a Bandi regionali e ministeriali per sostenere e incrementare le iniziative sui temi delle Pari Opportunità e di Contrasto alla violenza e supporto alle vittime.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>AMBULATORIO LIBERI DALLA VIOLENZA destinato agli Uomini Maltrattanti AUSL ROMAGNA Ravenna Rimini Cesena attivato nel 2017</p> <p>VIVI L'AMORE della AUSL – EDUCAZIONE ALLE RELAZIONI AMOROSE NELLA SCUOLA MEDIA SUPERIORE</p> <p>INCONTRI DI RETE EQUIPE ALLARGATE tra Consultorio e Centro donna</p> <p>CORSO PER FACILITATORI AUSL ROMAGNA dedicato ad Assistenti Sociali Ginecologi e Operatori della Rete che accolgono intercettano casi di violenza</p> <p>CONVEGNO sulla MANIPOLAZIONE RELAZIONALE in collaborazione con ORDINE AVVOCATI destinato ad operatori della Rete Servizi e Avvocati</p> <p>CORSI DI LINGUA ITALIANA ED INCONTRI DI ORIENTAMENTO AI SERVIZI TERRITORIALI SOCIO SANITARI dedicati a Donne straniere presenti sul territorio organizzati da Centro Interculturale "Movimenti" di A.S.P - Unione dei Comuni Valle del Savio per utenti analfabete, o in situazione di isolamento relazionale , corsi d'italiano. I corsi sono anche occasioni di socializzazione, orientano ai servizi del territorio, informano sulla salute della donna. Talvolta da essi sono partite collaborazioni con il Servizio Sociale e il Centro Donna per accompagnare singole donne con problematiche relazionali in famiglia anche legate ad episodi di violenza. Frequentano i corsi anche donne vittime di tratta, provenienti da percorsi di sfruttamento sessuale.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Comune di Cesena Assessorato Politiche delle Differenze - Ufficio Politiche delle Differenze – Forum delle Donne /Casa delle Donne ; Centro Donna -Coop Libra; Unione dei Comuni – Servizi Sociali – Area Adulti e Minori; ASL Romagna Consultorio Pronto Soccorso- Asp Cesena Valle Savio – Centro Interculturale Movimenti; Centro per l'Impiego ; Assi. Provv; Technè; Enaip;</p>

	Demetra; Ass. Per Ledonne; Fidapa BPW sez. Cesena; Associazione Donne Marocchine di Romagna, Ass. AterA- Woman in Run ; Ass.LiberaMente
Referenti dell'intervento	Dirigente Settore Scuola, Sport e Partecipazione Comune di Cesena
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 66.665,00

Risorse comunali: 66.665,00 € di cui:

- Comune di Cesena: **66.665,00 €**

12. SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE, AI BAMBINI E ALLA GENITORIALITÀ

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

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

Razionale	<p>Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei bambini e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e sociale. L'impoverimento complessivo del contesto sociale porta inoltre ad un aumento della vulnerabilità dei singoli, delle famiglie e della società intera. 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, carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli. L'essere stranieri, spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento e di deprivazione, 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 e adottiva.</p>
Descrizione	<p>Ri-orientare il sistema per consentire una reale progettazione ed innovazione dei servizi, sulla base dell'analisi dei bisogni e delle risorse personali, familiari e comunitarie. 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 in grado di dar valore e forza alle relazioni e significato alle forme di solidarietà comunitarie.</p> <p>Il tema della vulnerabilità familiare richiama inoltre il fenomeno della negligenza e trascuratezza, che può generare una carenza significativa o assenze di risposte adeguate alla crescita di un 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 il mondo relazionale esterno. Occorre, pertanto, agire su entrambi i fronti per poter ottenere risultati tangibili di cambiamento.</p>
Destinatari	Famiglie con figli piccoli e figli adolescenti
Azioni previste	<p>Tutela e uso del territorio a misura di famiglie</p> <p>In considerazione dei nuovi strumenti urbanistici previsti dalla LR 24 del 2017 si intende avviare nell'ambito della definizione del nuovo Piano Urbanistico Generale (PUG) un percorso di progettazione degli spazi e dei luoghi della città di Cesena a partire dalla promozione della socialità, dell'incontro tra cittadini e della convivenza tra le generazioni.</p> <p>Quoziente Cesena</p> <p>Prosecuzione del metodo adottato per il miglioramento e la diffusione dell'equità nell'accesso ai servizi sociali ed educativi mediante l'insieme di strumenti che fanno capo al "Quoziente Cesena" che consentono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la valorizzazione del numero dei componenti del nucleo familiare e di altre fragilità presenti in famiglia; - i controlli capillari effettuati in accordo con la Guardia di Finanza. <p>Azioni integrate a sostegno della genitorialità</p>

Adottare un approccio maggiormente integrato nella redazione dei progetti individualizzati a beneficio di minori in tutela fra ambito sanitario, sociale ed educativo, anche sviluppando forme di raccordo e di rete tra i servizi pubblici e le risorse della Comunità Locale organizzate nel Terzo Settore, al fine di trovare soluzioni condivise di sostegno, con particolare attenzione alle situazioni di figli con disabilità. Ne sono espressione concreta nel periodo scolastico, i prolungamenti dei servizi educativi attivati nelle istituzioni scolastiche, in collaborazione con la pubblica istruzione del Comune di Cesena, la rete oratori diocesana (ROD), le attività diurne presso il centro educativo Arca gestito dall'Asp Cesena Valle Savio, i centri estivi accreditati e non accreditati diffusi sul territorio.

Osservatorio sulle povertà e i diritti dei bambini.

L'Osservatorio è stato istituito dal Comune di Cesena per sensibilizzare la Comunità Locale in merito alle condizioni di povertà in cui vivono numerosi bambini, anche nel nostro territorio. Oltre all'Amm.ne com.le partecipano ai lavori dell'Osservatorio:

- L'Ufficio regionale del Garante per l'infanzia e l'adolescenza;
- La Dirigenza dell'Ufficio Scolastico di Ambito territoriale;
- L'Ordine dei Giornalisti Regione Emilia-Romagna;
- La Direzione del Dipartimento Materno Infantile AUSL Romagna;
- Il Comitato Unicef di Forlì-Cesena;
- La Caritas Diocesi di Cesena-Sarsina in rappresentanza del Terzo Settore.

L'Osservatorio, a partire dai dati e dalle informazioni messe a disposizione dal sistema dei servizi e dalle istituzioni scolastiche, promuove e diffonde approfondimenti ed analisi anche divulgati attraverso i media (locali o nazionali) che contribuiscono ad indirizzare la programmazione di attività e servizi al fine di promuovere condizioni di uguaglianza per tutti i bambini. Il Centro di Documentazione Educativa "Gianfranco Zavalloni", del Comune di Cesena, favorisce il supporto all'Osservatorio e alla rete cittadina con i servizi educativi, scolastici, sociali e sanitari.

Riordino dei servizi per l'Affido Familiare ed Equipe Affido

L'affido quale strumento di sviluppo e di coesione sociale, per il nostro territorio è una opportunità solida per la crescita di alcuni bambini/ragazzi, oggi inseriti in comunità educativa. Si esprime in varie forme di accoglienza programmate dall'Equipe di riferimento, su un progetto personalizzato. Sono previste azioni a sostegno della famiglia di origine, soggetti/attori protagonisti dell'affido. Al fine di rispondere in maniera sempre più appropriata al contesto territoriale, è in corso un lavoro di riordino del sistema di gestione dell'affido familiare. La riorganizzazione riguarda in particolare: 1) gli aspetti promozionali di cura e manutenzione della rete di relazioni con l'insieme delle famiglie affidatarie, le famiglie di origine e le associazioni storicamente coinvolte; 2) le funzioni istruttorie mediante l'individuazione di un Assistente Sociale dedicata a tale funzione, l'aggiornamento della collaborazione con l'Ausl della Romagna per l'organizzazione del lavoro dell'equipe; 3) l'aggiornamento continuo del data base delle famiglie disponibili all'affido familiare e collaborazione con il servizio sociale territoriale, per l'accompagnamento degli abbinamenti famiglia/bambino.

La gestione di tale riorganizzazione è affidata ad ASP e la sede in cui tali azioni verranno sviluppate è il centro per le famiglie.

Governo della rete e attività di area minori e famiglie

La maggiore complessità dei processi, il rapido mutamento dei bisogni rappresentati dalle famiglie del nostro territorio, incontra l'esigenza dell'Area "Minori e Famiglia" di rendere più accessibili gli interventi da attivare a favore dei cittadini. Pertanto il servizio sociale dell'Area Minori e Famiglie con il coinvolgimento attivo e partecipato degli assistenti sociali ha l'obiettivo di procedere alla redazione di specifiche linee guida sulle attività e servizi a beneficio delle famiglie, bambini e adulti soli, per tendere ad una maggiore omogeneità ed equità di risposta.

Nuove attività del Centro per le Famiglie (CpF)

Il sistema dei servizi sociali territoriali continua a prevedere il coinvolgimento attivo del Centro per le Famiglie, servizio a carattere promozionale rivolto a famiglie con bambini e ragazzi del territorio dell'Unione dei Comuni Valle Savio. Ecco alcune attività che accanto alle attività istituzionali garantite nel corso di questi anni, caratterizzano l'attività innovativa di questo servizio:

Bibliostelle: presso la Casa Rossa di Ponte Pietra è attiva una biblioteca dove i bambini da 0 a 6 anni, insieme ai genitori, possono incontrare storie, immagini e parole. La Biblioteca aderisce al progetto nazionale Nati per leggere. Durante l'anno vengono realizzati eventi di sensibilizzazione

	<p>e promozione a sostegno della relazione genitori e figli (letture ad alta voce e laboratori per genitori e bambini, presentazione di libri...)</p> <p>Corso pre-adozioni: per coppie aspiranti all'adozione si tratta di un corso tenuto presso il Centro per le famiglie Asp Cesena Valle Savio di ambito sovra distrettuale condiviso con L'Ausl Romagna e con i Distretti limitrofi.</p> <p>Genitori insieme: progetto sperimentale di sostegno alla genitorialità fragile, in collaborazione con servizio sanitario A.usl della Romagna</p> <p>Corsi presso il CpF: realizzati con l'obiettivo di promuovere e sostenere le risorse familiari a partire dalle proposte dei genitori stessi (Laboratori di musica per genitori e bimbi, gioco - motricità...)</p> <p>Family group conference: uno strumento innovativi a sostegno della genitorialità</p> <p>Oltre agli strumenti consolidati per il sostegno e l'accompagnamento delle famiglie vulnerabili, è necessario un percorso volto all'utilizzo di strumenti innovativi per i professionisti coinvolti nel sostegno alle competenze genitoriali. Il metodo "Family group conference" è uno strumento di lavoro che accompagna la famiglia allargata ad assumere decisioni e a condividere interventi a favore di bambini e ragazzi che si trovano a vivere una situazione di difficoltà. Si tratta di un processo relazionale, che si concretizza in un programma di incontri condotti da una figura denominata facilitatore, nel quale i partecipanti (membri della famiglia, altre persone significative legate al nucleo familiare, operatori dei servizi), interessati al problema e motivati nell'affrontarlo, si riuniscono per decidere insieme come affrontare i problemi presenti e cercare soluzioni utili innanzitutto al benessere dei bambini.</p> <p>Per l'uso di tali strumenti è indispensabile l'avvio di un percorso formativo, rivolto agli operatori della rete sociale educativa e sanitaria che hanno in carico le famiglie con minori.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Collaborazione nella programmazione tra servizi educativi 0/3, Consultori Familiari, Case della salute, Servizi scolastici, 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.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Ausl della Romagna ambito di Cesena dipartimento cure primarie – Dipartimento Salute Mentale e NPI- Unione dei Comuni Valle Savio, Terzo settore, Pubblica Istruzione, Asp cesena Valle Savio Comune di Cesena , tavolo affido.</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Responsabile servizio famiglia e minori dell'Unione dei Comuni Valle del Savio</p>

Totale preventivo 2018: € 447.414,00

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **10.000,00 €**
- Unione di comuni (*Unione comuni Valle del Savio*): **437.414,00 €**

13. 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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione dei Comuni Valle del Savio
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Sviluppo degli interventi di promozione e prevenzione per gli adolescenti in modo integrato, connessione con percorsi di cura per adolescenti complessi e giovani adulti che necessitano di un intervento integrato ad alta intensità e flessibilità . Si tenterà in particolare di aggiornare la rete dei servizi territoriali dedicati ai ragazzi e alle ragazze tenendo conto dei cambiamenti radicali occorsi nelle forme e nelle modalità di aggregazione e frequentazione giovanile.
Descrizione	Il progetto adolescenza è un piano che prevede l'integrazione degli interventi e delle esperienze condotte dai territori e dai diversi sistemi (sociale, sanitario, terzo settore, volontariato ecc) con i ragazzi compresi fra gli 11 e i 19 anni. E un obiettivo compreso nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP - ob. 3.6) .
Destinatari	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.
Azioni previste	<p>Educativa di Strada</p> <p>Attivazione di interventi di prossimità con la costituzione di équipes di “Educativa di Strada” per azioni rivolte a gruppi spontanei di adolescenti e giovani nei luoghi naturali di ritrovo, finalizzata a costruire una relazione significativa tra i componenti del gruppo e gli educatori basata sull’ascolto, anche attraverso l’organizzazione di iniziative co-progettate per far emergere idee, bisogni, risorse che consentano di rafforzare i fattori protettivi e ridurre quelli di rischio e ad aumentare l’autonomia. Strettamente connesso all’educativa di strada dovrà essere prevista una formazione e una supervisione continua.</p> <p>Rilancio e aggiornamento dell’attività dei Centri di Aggregazione Giovanile</p> <p>I Centri di Aggregazione Giovanile sono luoghi in cui i giovani possono ritrovarsi spontaneamente, costruire relazioni significative e usufruire di alcuni semplici servizi utili a stimolare l’aggregazione (internet, spazio lettura, spazio giochi, spazio, musica...). La relazione tra operatori e ragazzi, e tra i ragazzi stessi, è il baricentro metodologico attraverso il quale si promuovono crescita e cambiamenti positivi. In prospettiva si intende rilanciare la rete dei centri organizzati nel Comune di Cesena aggiornando le modalità di promozione della frequentazione.</p> <p>Aula didattica MONTY BANKS</p> <p>Monty Banks, attivo a Cesena nel 2007 come aula didattica che propone corsi di videoproduzione a scuole e cittadini, ha negli ultimi anni superato il suo essere semplicemente erogatore di servizi per diventare altro: una piattaforma in cui si condividono ricchezze progettuali e strumentali. Oggi è un hub in evoluzione capace di generare processi virtuosi, in cui proporre, fare e scoprire. Un laboratorio permanente e partecipativo in cui vengono immaginate e promosse conoscenze, competenze e capacità di azione in vari ambiti. Nei</p>

	<p>prossimi mesi Monty Bank si muoverà su tre direttrici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percorsi di Comunicazione Tecnologie e Narrazione; 2. Proposte formative per insegnanti ed educatori; 3. Didattica e innovazione per la scuola <p>Con la finalità di sensibilizzare giovani e adulti di riferimento al fenomeno delle fake news, proseguirà inoltre il progetto Doktor Fakenstein, un percorso formativo multidisciplinare fra scienza, fotografia, video, scrittura, giornalismo e teatro. Per "difendersi dalle fake news e altri mostri", in collaborazione con associazioni e scuole del territorio.</p> <p>eSTATE ATTIVI!</p> <p>Il progetto eSTATE ATTIVI, rivolto ai ragazzi e alle ragazze dai 16 ai 18 anni, è nato per promuovere e valorizzare la partecipazione attiva dei giovani alla vita della Comunità Locale, offrendo la possibilità di sperimentare brevi ma significative esperienze di IMPEGNO CIVILE VOLONTARIO, in alcuni servizi pubblici e/o attività di pubblica utilità svolte da realtà associative. A fronte di tale impegno i partecipanti riceveranno un BONUS da utilizzarsi come titolo di acquisto per libri, materiale scolastico o di cancelleria presso librerie e/o cartolerie della città opportunamente convenzionate.</p> <p>Informagiovani</p> <p>L'Informagiovani del Comune di Cesena offre servizi d'informazione, orientamento e supporto ai bisogni di formazione e di ricerca del lavoro. L'utente può acquisire elementi utili alla ricerca attiva del lavoro, alla conoscenza delle professioni e accedere a percorsi di formazione, formazione professionale, orientamento e accompagnamento al lavoro e altre competenze funzionali alla definizione di un progetto professionale o all'inserimento lavorativo.</p> <p>Interventi a tutela della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisione aziendale del modello organizzativo degli Spazi Giovani, e delle relazioni con percorsi di cura specifici (Psicopatologia, Disturbo del comportamento alimentare DCA, violenza); • Promozione del catalogo aziendale di interventi di educazione sanitaria nelle scuole medie di primo e secondo grado, e di alcuni progetti sperimentali su nuove tecnologie; • Mantenimento degli interventi di prossimità (Notti Sicure) e delle connessioni con i Centri di aggregazione giovanile; • Monitoraggio del progetto adolescenza (PRP ob. 3.6) con tavolo di coordinamento aziendale.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Il progetto coinvolge tutti i servizi degli ambiti sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale che si occupano di adolescenti. (politiche giovanili degli enti locali , centri di aggregazione).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl della Romagna ambito di Cesena, Dipartimento salute mentale Asp Cesena Valle Savio , Comune di Cesena-Politiche giovanili, Unione dei Comuni Servizi Sociali, Agenzie educative
Referenti dell'intervento	Dirigente Settore Servizi Sociali Unione

Totale preventivo 2018: € 13.234,00

- Altri fondi regionali (13.234 euro Bando contributi LR 14/2008): **13.234,00 €**

14. PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

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

Razionale	<p>Negli ultimi anni si è assistito ad un forte incremento dell'offerta di gioco d'azzardo accompagnata da campagne pubblicitarie particolarmente pervasive. Il risultato è stato un notevole aumento del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Tale comportamento di gioco può sfociare in una dipendenza, soprattutto in coloro con un'alta vulnerabilità verso questa condizione, comportando gravi disagi per la persona e gravi problemi sociali e finanziari. A tal proposito, è necessario prendere in seria considerazione l'esigenza di introdurre forme di regolamentazione e di tutela della salute e dell'integrità sociale più stringenti. Avviare percorsi di informazione, sensibilizzazione fin dalle fasce giovanili sui rischi del gioco. Ampliare le possibilità di accesso alle cure e ai servizi per i giocatori non ancora consapevoli dei rischi (DGR 2098/2017). Occorre un'azione che crei la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare soprattutto percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.</p>
Descrizione	<p>A livello distrettuale e di ambito l'AUSL della Romagna ai sensi della DGR 2098 del 20/12/2017 della Regione Emilia-Romagna ha redatto il piano il contrasto al gioco d'azzardo patologico (GAP) come richiesto dal Ministero della Salute al fine di utilizzare il Fondo nazionale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico ripartito tra le Regioni. Il Piano Locale regionale prevede azioni di prevenzione, di cura e riabilitazione.</p> <p>Promuovere presso i cittadini, compresi gli esercenti locali con giochi d'azzardo, la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche del gioco d'azzardo. Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo delle associazioni territoriali 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>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 i gruppi di auto aiuto. Si prevedono interventi di prevenzione primaria, finalizzata ad impedire l'emergere di malattie e situazioni sociali deleterie per l'equilibrio psicologico e le condizioni sociali dell'individuo; si attua o in assenza di comportamenti di gioco d'azzardo o in presenza di gioco sano. Si deve allertare la clientela dei giochi d'azzardo sugli elementi che stimolano la compulsione (velocità, facilità, possibilità di ripetizione delle giocate, illusione di controllo, ecc.), monitorando tali indicatori specifici per legge tra i produttori e gli esercenti dei giochi (approntando ad esempio slot-machine, VLT e altri prodotti di gioco normati anche sotto questo profilo). Si debbono infine prevedere misure di allerta rapida nei casi in cui si rilevi un evidente scollamento tra le proprie disponibilità economiche ed il denaro investito al gioco. La prevenzione secondaria riguarda gli interventi rivolti alla cura precoce dell'individuo, grazie ad una diagnosi tempestiva ai primi segnali di</p>

	disagio.
Destinatari	Cittadini, studenti ed insegnanti, personale sociale, sanitario, educativo e delle Associazioni, giocatori patologici e loro famigliari, esercenti di locali con presenza di gioco d'azzardo.
Azioni previste	<p>Interventi di prossimità, formazione ed educazione tra pari</p> <p>Le azioni del "Piano Locale di contrasto al gioco d'azzardo" si sviluppano principalmente su due direttrici: una rivolta alle scuole (formazioni e peer- education) coinvolgendo gli operatori di strada (principalmente in continuazione del rapporto con l'ASP distrettuale):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi di supporto, sia per operatori economici che per giocatori che non accedono ai servizi di cura anche potenziando le funzioni svolte dalla rete sociale già attiva, attraverso specifica formazione di operatori di strada, coordinati a livello distrettuale; - Spettacoli, conferenze, convegni scientifici istituzionali e promozione di progetti scolastici (ma aperti al mondo degli operatori, dei clinici, delle forze dell'ordine, delle associazioni locali, ecc.) atti ad implementare i fattori protettivi rispetto al rischio del gioco d'azzardo patologico. Partecipazione a mostra interattiva aperta a tutti i gruppi classe delle scuole secondarie inferiori e superiori e a gruppi in generale contro le aspettative ed i miraggi di vincita offerti dal gioco. Campagna comunicativa a sostegno ed a cornice di tutte le azioni attivate nella sensibilizzazione della popolazione <p>Azioni destinate al potenziamento del sistema integrato di trattamento</p> <p>Potenziamento delle funzioni di accoglienza e trattamento con formalizzazione di percorsi e di interfaccia e risorse aggiuntive dedicate: Implementazione delle funzioni cliniche attraverso l'acquisizione di personale o il potenziamento delle funzioni svolte da personale dedicato. Incrementare le competenze dei professionisti SERT, in tema di prevenzione e cura del GAP, attraverso esperienze formative specifiche interne od esterne.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Il Distretto è il luogo privilegiato per la programmazione territoriale; dopo una consultazione con gli Enti locali avvenuta nella Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali, gli obiettivi vengono programmati dai Comitati di distretto, attuati ed infine rendicontati per motivi amministrativi dalle Ausl. L'obiettivo che riguarda il potenziamento delle attività di accoglienza, trattamento, riabilitazione, viene programmato a livello distrettuale, attuato e rendicontato dalle AUSL con la collaborazione degli Enti accreditati per il trattamento delle dipendenze. Gli obiettivi specifici (studio epidemiologico, varie formazioni) saranno programmati dalla Regione, gestiti e rendicontati dall'AUSL Romagna. Organizzazione di eventi locali, collaborazione con le scuole che sperimentano progetti di prevenzione, coinvolgimento dei Centri famiglie, collaborazioni con le associazioni del territorio, di categoria e dei soggetti gestori.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL della Romagna, Unione dei Comuni "Valle del Savio", Forze dell'ordine, Istituzioni scolastiche, Enti accreditati del sistema dei servizi per le dipendenze, Associazioni locali, Associazioni di categoria e dei soggetti gestori.
Referenti dell'intervento	Direttore dell'Unità Operativa SerT - Responsabile Servizi Sociali Unione dei Comuni

Totale preventivo 2018: € 94.407,00

- Programma gioco d'azzardo patologico: **65.258,00 €**
- AUSL (Quota fondi vincolati GAP per accoglienza SERT): **29.149,00 €**

15. SERVIZI PER ANZIANI NELL' AMBITO DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ED AZIONI DI TUTELA DELLA FRAGILITÀ PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO ED IN SALUTE

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>Il progressivo invecchiamento della popolazione costituisce un trend demografico caratterizzante il territorio distrettuale, così come quello regionale, l'Italia ed in generale i Paesi occidentali. Allo stesso tempo si assiste al progressivo incremento nell'aspettativa di vita e dell'aspettativa di vita libera da disabilità con 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 mediante un processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita delle persone anziane.</p> <p>Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) oggi di natura strutturale, nasce con L.R. 27/2004 e si è attivato nel 2007 con le delibere attuative n. 509/2007 e 1206/2007e s.m.i; è costituito da una quota di Fondo Sanitario Regionale (FSR) e da una quota proveniente dall'addizionale regionale, integrato dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNNA). Il Fondo ha l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza attraverso la creazione di una rete integrata di servizi che a loro volta garantiscano la "presa in carico" delle persone anziane. Il consolidamento, la qualificazione dei servizi storici esistenti, lo sviluppo della domiciliarità, l'equità nell'accesso ai servizi e nel sistema di compartecipazione alla spesa degli stessi ne rappresentano gli obiettivi prioritari.</p> <p>Il governo istituzionale del Fondo, attraverso la programmazione congiunta Regione /Ente locale/ Azienda USL a livello Distrettuale, finanziata dal riparto delle risorse in base alla popolazione ultrasettantacinquenne, costituisce il processo virtuoso attraverso il quale si consolida l'integrazione socio-sanitaria; col FRNA nasce e si afferma la programmazione e la gestione associata dei servizi sociosanitari, si arricchisce la gamma degli interventi secondo i fabbisogni territoriali. 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. Dal 2007 ad oggi il sistema FRNA, che possiamo considerare una politica integrata e matura, 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 non ancora finita e le varie "spending review", possiamo considerare un importante risultato. Gli attuali dati demografici, che segnalano un forte invecchiamento della popolazione, nuclei familiari sempre più piccoli e una larga fascia di popolazione anziani che vive da sola, confermano i presupposti di contesto che hanno determinato la nascita dello stesso FRNA. In questi anni la presenza del Fondo ha consentito di mettere in campo processi che hanno promosso lo sviluppo della rete dei servizi a</p>
------------------	--

	<p>livello locale 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. Nei prossimi anni è necessario prevedere una ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, per mantenere la costate omogeneità di erogazione in tutto il territorio, anche attraverso proposte innovative che riguardino sia gli attuali servizi che nuove opportunità di tutela e prevedendo la collaborazione tra istituzioni pubbliche e soggetti privati rispetto a diversi ambiti di intervento, tra cui lo sviluppo di modelli di presa in carico della cronicità basati sull'integrazione e multidisciplinarietà e la prevenzione e gestione della fragilità. 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>Descrizione</p>	<p>Negli ultimi anni sono intervenuti molti cambiamenti, ben descritti nello scenario socio-demografico ed economico alla base del nuovo PSSR e nel capitolo primo di questo piano dedicato alla "fotografia del territorio" fra cui: l'andamento demografico in curva negativa 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> <p>Da qui la necessità, di uno sforzo di riprogettazione del sistema di welfare, che, ferma restando l'esigenza di consolidare, estendere, integrare il sistema dei servizi esistenti, punti ad una profonda innovazione sociale, per mettere in campo nuove risorse e nuove modalità di presa in carico delle persone. 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>Anziani, famiglie, caregiver</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>Promozione e sostegno della domiciliarità</p> <p>Garantire e implementare tutti i servizi che da anni rappresentano perno per la promozione della domiciliarità, partendo dalle forme più tradizionali assistenziali ed educative, passando dalla presa in carico dell'anziano affetto da demenza, agli interventi e progetti a favore della qualificazione delle assistenti familiari private e caregiver sino all'inserimento in struttura semiresidenziale. In particolare garantire, oltre all'assistenza domiciliare tradizionale (anche educativa), la consegna di pasti a domicilio e la concessione di contributi economici per il mantenimento a domicilio, il Tutoring ed il sostegno al lavoro di cura. Il sostegno alla domiciliarità si estrinseca, compatibilmente con le risorse messe periodicamente a disposizione da Stato e Regione, attraverso il riconoscimento di contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche e la domotica. Il Centro di Adattamento degli ambienti domestici (CAAD) sito in Corso Cavour a Cesena svolge attività di consulenza/informazione per favorire la mobilità, l'autonomia e le attività previste dalla L.13/89 e dalla LR 29/97. Il consolidamento dell'offerta dei centri diurni Anziani accreditati fra cui è già annoverato anche un centro specialistico demenze.</p> <p>Radicamento e messa a sistema di buone pratiche per i soggetti affetti da demenza e le loro famiglie</p> <p>Rafforzare la rete dei servizi per soggetti affetti da demenza assicurata attraverso il sostegno dei progetti promossi dal Terzo Settore. Si Prevede di poter arrivare ad una maggiore strutturazione dei servizi per l'Alzheimer superando l'episodicità degli interventi ed anche la stretta territorialità sviluppando una progettualità unica sia a livello distrettuale, che a livello di area vasta con l'AUSL Romagna. Implementazione dei protocolli in collaborazione con la Prefettura e le Associazioni del territorio, a favore della ricerca delle persone scomparse affette da demenza. L'obiettivo è quello di implementare la capacità delle Comunità Locali di integrare e rispondere ai bisogni espressi nella quotidianità dalle persone affette da demenza e dai loro familiari.</p> <p>Rete di servizi e attività volti a contrastare la solitudine dell'anziano e delle persone fragili</p> <p>Continuità del progetto "Affetti Speciali" quale rete di servizi e attività volti a contrastare la solitudine dell'anziano e delle persone fragili (attraverso ad esempio teleassistenza e telesoccorso, punti anziani, sportelli di comunità, compagnia a domicilio, ecc ...).</p> <p>Implementazione del progetto SUD di supporto e sostegno domiciliare agli anziani fragili, non autosufficienti e senza reti familiari, per il disbrigo di pratiche burocratiche e segretariato, manutenzioni, traslochi, accompagnamenti. Sviluppo delle opportunità ricreative in collaborazione con il volontariato (lavori socialmente utili, tempo libero...). Sostegno, informazione, orientamento, aiuto concreto ai familiari nel sapere a chi rivolgersi e quali</p>

	<p>strategie adottare quando si ha la necessità di un'assistenza a domicilio. Qualifica del lavoro di cura svolto da familiari e da assistenti familiari attraverso percorsi formativi.</p> <p>Continuità assistenziale e dimissione protetta</p> <p>Sviluppo, in raccordo con l'AUSL Romagna, di un nuovo percorso di dimissioni protette dalle strutture ospedaliere, in considerazione dell'elevato numero di dimissioni rilevato negli ultimi due anni, con la finalità di intercettare il più precocemente possibile le situazioni di fragilità e/o complessità sanitaria già al momento del ricovero in reparto/unità operativa per acuti.</p> <p>Ondate di calore</p> <p>Adozione di procedure nell'ambito della Prevenzione della "ondate di calore" per le quale il Distretto Cesena Valle Savio si avvarrà di collaborazioni con Asp e operatori del terzo settore.</p> <p>Nuove forme di residenzialità</p> <p>Si conferma il mantenimento della residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio. Strettamente collegato alla residenzialità, l'attivazione di monitoraggio delle domande di accesso alle strutture residenziali, con particolare riferimento sia all'applicazione del regolamento di accesso ai servizi anziani, sia rispetto alla complessità/gravità sanitaria degli ospiti. Il trend degli ultimi anni, segnala, infatti che gli ospiti collocati in struttura e quelli in lista di attesa necessitano di sempre più elevati livelli di assistenza spesso accompagnati da bisogni sanitari più complessi. Nell'idea di servizi caratterizzati da maggiore flessibilità di accesso e regolazione si prevede, quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valorizzazione programmata dei posti temporanei di "Sollievo" individuati in alcune Case Residenza Anziani del distretto; - realizzazione di una casa famiglia/appartamento protetto per anziani a gestione pubblica; - realizzazione di una nuova residenza CRA. <p>Prevenzione e promozione della salute della popolazione anziana</p> <p>Diffondere ed implementare nel territorio locale i contenuti delle nuove indicazioni 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", contribuendo a diffondere le buone pratiche basate sul lavoro di comunità. Proseguire i progetti ed i programmi previsti dal Piano Regionale Prevenzione 2015-2018 riguardanti l'empowerment dei cittadini, l'educazione su stili di vita salutari, l'esercizio fisico, l'alimentazione ed altri, con la regia dell'Ausl Romagna anche consolidando le attività di ricerca nell'ambito del progetto PASSI d'Argento (sistema di sorveglianza che fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 e più anni)</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Integrazione con servizi e politiche sanitarie, abitative.</p> <p>Riorganizzazione delle cure intermedie e degli Ospedali di Comunità nel distretto.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Ausl della Romagna; Unione dei Comuni Valle Savio ; Asp Cesena Valle-Savio; enti gestori dei servizi socio-sanitari accreditati e non accreditati; Associazioni degli utenti e soggetti del Terzo Settore storicamente attivi in materia.</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Responsabile Servizio Anziani e persone con disabilità Unione dei Comuni Valle del Savio.</p>

Totale preventivo 2018: € 23.932.975,00 (esclusa compartecipazione utenti: € 14.932.975,00)

- Compartecipazione utenti: **9.000.000,00 €**
- FRNA: **8.554.799,00 €**
- FNNA: **674.804,00 €**
- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **3.524.355,00 €**
- Unione di comuni (*Unione comuni Valle del Savio*): **1.860.100,00 €**
- Gestione associata (*Quota Unione dei Comuni Valle del Savio per la Gestione Associata dei Servizi Sociali Socio Sanitari – Distretto Cesena Valle Savio*): **318.917,00 €**

16. 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 servi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Valle del Savio
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
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, e 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.</p> <p>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>Contrastare 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.</p> <p>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 pre-concezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori. Neomamme e famiglie con figli piccoli anche in condizioni di vulnerabilità sociale. Individuazione di criteri di priorità nell'attivazione dell'intervento in relazione all'età dei bambini, alle condizioni della madre, ed ai fattori di rischio (ad es. basso livello socio-</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>
Azioni previste	<p>Si intende agire quindi sia verso i genitori che verso i bambini, contemporaneamente sul fronte dei servizi socio-educativi e di quelli sociali e sanitari.</p> <p>In tema di politiche socio-educative si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consolidamento del sistema dei servizi 0/3 anni, attivando sperimentazione di nuove tipologie di servizi in grado di conciliare maggiormente la conciliazione tempi di cura e tempi di lavoro della mamme e riaprendo sez. lattanti/semi divezzi sempre per supportare le mamme che rientrano nel mondo del lavoro; • proseguire nel consolidamento, attraverso l'azione del coordinamento pedagogico, del sistema 0/6 anni in relazione alla Legge 107/2015, promuovendo la sperimentazione di azioni/progettualità/continuità condivise con la scuola dell'infanzia; • Sostenere ad interventi integrati che coinvolgono le diverse opportunità territoriali sviluppati da diversi settori (es: quartieri, sport, cultura) e proposti a tutta la popolazione, come ad esempio la promozione della lettura nella prima infanzia (progetto "nati per leggere"), della musica e dell'attività fisica. <p>In tema di servizi sociali e sanitari si vuole:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sviluppare di processi di promozione del benessere e della salute dei bambini fin dai primi anni di vita, tramite un gruppo di lavoro multidisciplinare di operatori che si occupano di infanzia e che collabora con progetti promossi da varie istituzioni; • riprendere il Progetto EDI e i suoi risultati: studio progettato dall'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con il Servizio Politiche sociali e socio-educative, per valutare nel prossimo triennio la fattibilità di un sistema regionale di rilevazione della vulnerabilità infantile. La finalità più ampia del progetto è quella promuovere il benessere di bambini e bambine contrastando le disuguaglianze fin dall'età prescolare, in modo integrato tra scuola, sanità e sociale; • mantenere il modello di presa in carico integrata (servizi sociali, sert, csm) per le maternità difficili, quelle cioè che vedono la madre a rischio sociale e sanitario affiancato ad un sistema di home visiting per puerpere a rischio (identificate attraverso raccolta anamnestica o su segnalazione del pediatra di famiglia); • procedere ad un riordino del sistema che raccoglie le modalità di dimissione del neonato sano: dimissione sicura, Late Preterm: dimissione accompagnata e/o con malattia cronica: dimissione protetta, UVP, équipe curante; • attivare il progetto "genitori insieme" da parte dei centri per la famiglia che ha l'obiettivo di funzionare da collante fra i servizi sociali e sanitari e di prendersi cura di quei nuclei familiari dalle fragilità non solo di carattere sanitario per essere di competenze solo delle infermiere di comunità, ma non così "problematiche" da necessitare dell'intervento dei servizi sociali; • potenziare il consultorio familiare e la pediatria di comunità, come sistema articolato e integrato con le risorse sociali e del terzo settore, per dare attuazione alle strategie previste dall'OMS, rispetto agli obiettivi di sostegno e di salute alla donna, alla coppia e alla famiglia, ai bambini e adolescenti, per la riduzione della vulnerabilità, della fragilità e del rischio. In particolare il consultorio familiare segue il puerperio e l'allattamento di tutte le gravide seguite (circa la metà del totale), senza contare tutti gli interventi di sostegno generico (nati per leggere, per la musica, per contare, ecc) che sono già attività incardinate nella normale attività strutturata.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi e politiche educative, territoriali, culturali ricreative sociali e sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comune di Cesena; Unione di Comuni Valle del Savio; Ausl della Romagna; ASP Cesena Valle Savio; Scuole dell'infanzia e primarie
Referenti dell'intervento	-Settore Scuola, Sport e Partecipazione -Pediatria e Consultorio Familiare Cesena

17. MEDICINA DI GENERE . METODOLOGIE E STRUMENTI DI EQUITÀ NELLE POLITICHE DI SALUTE. “HEALTH LITERACY”.

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere
 11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
 27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

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

Razionale	<p>Molte sono le evidenze oggi disponibili sul ruolo che hanno i determinanti sociali (comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici.) nel determinare le disuguaglianze di salute. Pertanto è opportuno porre l'attenzione ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle organizzazioni di cura, di prevenzione e di assistenza sociale e sanitaria. Fondamentale diventa la capacità, nei processi di organizzazione dei servizi, di considerare la pluralità delle differenze di cui gli utenti sono portatori (di età, genere, abilità, lingua, provenienza ...), al fine di produrre uguaglianza nel diritto alla salute (Governance for health Equity OMS 2003).</p> <p>L'Health Literacy può essere definita come l'insieme di conoscenze, capacità e motivazioni che mettono in grado le persone di accedere, selezionare e capire le informazioni sulla salute ed agire adeguatamente nel sistema sanitario. Un'informazione non adeguata ed una bassa health literacy mettono a rischio la capacità dei pazienti di capire ed utilizzare le informazioni sulla propria salute; di seguire le necessarie procedure ed indicazioni di cura e di orientarsi nel sistema sanitario. Ciò produce effetti negativi non solo sull'accessibilità e sull'uso dei servizi, ma anche sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione del paziente e sui risultati di salute. Questo problema risulta particolarmente grave quando si considera la comunicazione come parte del processo diagnostico e di cura. In questo contesto diventa estremamente importante che le informazioni siano comprese dal paziente in modo corretto ed appropriato.</p> <p>La scarsa comprensione fra paziente e operatore sanitario può portare infatti a errori di tipo diagnostico, a trattamenti inappropriati, ad alti livelli di ospedalizzazione, ad una tendenza a non servirsi dei servizi di prevenzione ed ad una minore capacità del paziente di gestire la propria salute.</p>
Descrizione	<p>Per favorire un approccio strutturale al tema dell'equità, inteso come rispetto ed inclusione delle differenze, è necessario intervenire sia con azioni di sistema volte ad agire sul complesso dei servizi, sia con azioni puntuali all'interno delle singole organizzazioni che guardino agli operatori così come gli utenti.</p> <p>Alla luce delle esperienze già attuate in questi anni si procederà nel dare nuovo impulso al coordinamento dell'Azienda USL al fine di assicurare la pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione, gestione e erogazione dei servizi. Si prevede di sviluppare l'adozione di strumenti orientati all'equità (ad esempio l'Health Equity Audit), per garantire maggiore coerenza tra i dati di iniquità e le azioni messe in campo.</p> <p>Per l'Health Literacy I servizi sanitari possono intervenire in due modi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - predisponendo percorsi, messaggi ed informazioni semplici e comprensibili da persone con abilità diverse; - organizzando iniziative formative per migliorare negli operatori sanitari le competenze

	comunicative rivolte alle persone con bassa health literacy
Destinatari	Cittadini, pazienti e familiari, caregiver e professionisti del sistema sanitario e socio-sanitario
Azioni previste	<p>Le azioni che si intendono attuare a livello distrettuale nel triennio 2018-20 sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attivazione del coordinamento Aziendale sull'equità; - adozione aziendale di un piano di azioni sull'equità; - utilizzo di specifici strumenti e metodologie per valutare interventi e programmazione (es. Equality Impact Assessment); - programmazione e formazione dei professionisti per fornire competenze sulla valutazione e il contrasto delle disuguaglianze; - coinvolgere gli operatori dei servizi sociali all'interno dei percorsi individuati e nel percorso formativo sugli strumenti; - organizzare corsi di formazione per operatori dei servizi; - rivedere con l'ottica della semplificazione e facilitazione all'utilizzo i percorsi, i materiali informativi e gli altri strumenti di comunicazione rivolti agli utenti e loro familiari, con la consapevolezza che la comunicazione costituisce parte integrante del percorso di cura. <p>Il percorso di qualificazione per alcuni di questi interventi comprende anche la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per la condivisione di obiettivi concreti e perseguibili nel triennio.</p> <p>Si prevede il coinvolgimento del CCM per la valutazione integrata della documentazione a supporto dei consensi informati e delle campagne di promozione sugli stili di vita</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Interventi per favorire l'equità e il contrasto alle disuguaglianze di salute e accesso ai servizi</p> <p>Interventi previsti dal piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</p> <p>Politiche per promuovere l'Health Literacy ossia il grado di capacità degli individui di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni con modalità utili a promuovere e a mantenere un buono stato di salute.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Agenzia Sanitaria regionale, Ausl della Romagna, IRST Meldola, già coinvolto negli anni passati, Amministrazioni comunali, Istituzioni scolastiche, volontariato.
Referenti dell'intervento	<p>Direttore del Distretto Cesena-Valle Savio</p> <p>Direttore dell'U.O. Sviluppo organizzativo, Formazione e Valutazione dell'Ausl Romagna</p>
Risorse non finanziarie	Formatori dipendenti dell'Ausl della Romagna

Totale preventivo 2018: € **N.C.**

18. PROMOZIONE DELLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA IN ETÀ FERTILE E PREVENZIONE DELLA STERILITÀ

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>In Regione, come in Italia in genere si è assistito in questi anni ad un sempre maggior calo delle nascite, in parte dovuto ad una diminuzione delle donne in età fertile ed in parte dovuto al fatto che nell'ultimo decennio questa popolazione è risultata particolarmente esposta ad alcuni fattori di rischio specifici (abuso di sostanze, obesità e sovrappeso, diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche, malattie a trasmissione sessuale e HIV..) e contemporaneamente vive condizioni che non favoriscono la maternità e paternità (maggiore difficoltà di impiego e di autonomia economica, maggiore dipendenza dalla famiglia di origine, difficoltà a costituire un proprio nucleo familiare, che spesso si accompagna ad un posticipo nella procreazione e ad un maggior rischio di infertilità).</p> <p>Dal 2006 al 2016 si è assistito in Regione ad un calo delle nascite del 19,4% passando da 42.426 a 34.155 nati, con un tasso di natalità che è passato da 9,8 per mille a 7,8 per mille.</p>
Descrizione	<p>Il piano nazionale sulla fertilità ha definito alcuni obiettivi specifici per la popolazione giovanile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informazioni sulla fertilità, su come proteggerla e come preservarla attraverso stili di vita sani, fornire assistenza sanitaria adeguata e qualificata per la prevenzione e la diagnosi delle malattie dell'apparato genitale maschile e femminile - fornire strumenti per una pianificazione familiare consapevole <p>La Regione Emilia-Romagna a questo proposito già nel 2015 con Delibera di Giunta Regionale 1698/2015 ha assegnato alle aziende USL il compito di sviluppare interventi a favore della popolazione giovani adulti (20-34 anni).</p> <p>Questo "Spazio Giovani Adulti" troverà collocazione all'interno del Consultorio familiare, con un accesso facilitato senza impegnativa del medico, tramite appuntamento. Gli spazi offriranno assistenza ostetrica, psicologica e medica con consulenza da parte di altri specialisti che possono essere coinvolti nel percorso di cura (andrologo, infettivologo, dermatologo ecc...)</p>
Destinatari	<p>Lo spazio giovani adulti è rivolto alla popolazione compresa fra 20 e 34 anni, uomini e donne e coppie con problemi di fertilità.</p>
Azioni previste	<p>Nel Distretto Cesena-Valle Savio, presso la sede del consultorio, nel triennio 2018-2020 si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificare uno spazio temporale ed organizzativo (giorno e luogo) all'interno del Consultorio Familiare, per la popolazione dei giovani adulti; • identificare un operatore esperto, sanitario, per l'accesso e l'accoglienza; • identificare l'équipe minima di lavoro (composta da); • allestire un'agenda di appuntamenti dedicata per i percorsi offerti. • organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura

	della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità; <ul style="list-style-type: none">• 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.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Coordinamento e sinergia con i Dipartimenti di Cure Primarie (medici di base), Dipartimento di Sanità Pubblica, servizi sociali e Servizi Ospedalieri specifici (ginecologia, insettologia, dermatologia, urologia...)
Referenti dell'intervento	Dipartimento Salute Donna, Infanzia e Adolescenza Forlì-Cesena Pediatria e Consultorio Familiare Cesena
Risorse non finanziarie	Professionisti del consultorio familiare (ostetrica, ginecologo, psicologo); dell'ospedale (medici specialisti...), del dipartimento di prevenzione e assistenti sociali (dell'Unione di Comuni e dell'Ausl Romagna).

Totale preventivo 2018: € N.C.

19. CONTRASTO DELLA POVERTÀ: SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA E REDDITO DI SOLIDARIETÀ (SIA/REI - RES)

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Valle del Savio
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	C;

Razionale	<p>Il REDDITO DI INCLUSIONE (RE.I.) rappresenta il nuovo strumento di lotta alla povertà e di inclusione sociale a livello nazionale: esso trova attuazione, su previsione della Legge delega contro la povertà del 15 marzo 2017, n. 33, nel Decreto Legislativo 15 settembre 2017, n.147 (Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà) ed ha avuto decorrenza dal 1° gennaio 2018. Il Reddito di Inclusione è andato così a sostituire il Sostegno per l'Inclusione Attiva (S.I.A.), che era stato attivato con la Legge di Stabilità 2016 ed il successivo Decreto Interministeriale del 26 maggio 2016. Il S.I.A. ha infatti costituito, per poco più di un anno, una "misura ponte", anticipatoria del Re.I. e come questo caratterizzata da un beneficio economico legato all'attivazione di un Progetto Personalizzato rivolto al nucleo. A fronte dei limiti dati dai requisiti familiari previsti e richiesti prima nel S.I.A. e poi nel Re.I., 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 24/2016 (Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito) che prevede l'istituzione in Regione del REDDITO DI SOLIDARIETÀ (RE.S), finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. Il RE.S ha previsto quindi l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari in un'ottica ancor più universalista: infatti possono accedere tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, esclusi dalla misura nazionale a causa dei limiti da questa posti in base alla cittadinanza e ai requisiti familiari richiesti (questi ultimi però sono decaduti per le domande raccolte dal 01/06/2018). Si concretizzerà quindi un adeguamento da parte della Regione Emilia-Romagna della propria misura di contrasto alla povertà (RE.S) alla nuova misura nazionale (RE.I), ora più universale, in quanto i nuclei familiari richiedenti devono ora essere in possesso dei soli requisiti di cittadinanza e soggiorno e di quelli riferiti alla condizione economica.</p>
Descrizione	<p>Il RE.I. è concesso a decorrere dal 1 gennaio 2018 e viene definito dal Decreto governativo quale "misura a carattere universale", condizionata alla prova dei mezzi e all'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa, e quindi indirizzato all'affrancamento dalla condizione di povertà. Nella sua prima formulazione, il Reddito di Inclusione individuava uno specifico target di persone in povertà: era infatti riconosciuto alle famiglie con minori, con disabili gravi, con donne in stato di gravidanza accertata o persone disoccupate di 55 o più anni di età. Con le modifiche apportate dalla Legge di Bilancio 2018 (n.205/2017), questi requisiti rimarranno in vigore solo fino a luglio 2018 per poi decadere interamente dopo questa data. A far tempo dal 1 luglio 2018, quindi, i nuclei familiari richiedenti dovranno essere in possesso dei soli requisiti di cittadinanza e soggiorno e di quelli riferiti alla condizione economica. Le domande secondo i nuovi requisiti potranno essere inoltrate a partire dal mese di giugno 2018. Il RE.I inoltre si compone di due parti fondamentali e legate:</p> <p>a) un beneficio economico</p>

	<p>b) una componente di servizi alla persona identificata, in esito ad una valutazione multidimensionale del bisogno del nucleo familiare, nel progetto personalizzato. Il beneficio economico è riconosciuto per un periodo continuativo non superiore a 18 mesi. Superato questo limite, può essere rinnovato, per non più di 12 mesi, ma solo a condizione che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di cessazione del godimento della prestazione. Il sostegno economico offerto varia in considerazione della consistenza numerica del nucleo richiedente ed è inoltre commisurato alle sue risorse.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>I richiedenti del RE.I devono essere cittadini dell'Unione Europea, o titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (ovvero cittadino di paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo); titolari di protezione internazionale (asilo politico, protezione sussidiaria); residenti in Italia, in via continuativa, da almeno due anni al momento dell'atto di presentazione della domanda</p> <p>Per quanto riguarda i requisiti di carattere economico, il nucleo familiare del richiedente deve essere, per l'intera durata del beneficio e congiuntamente, in possesso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un valore dell'Isee (l'indicatore della situazione economica equivalente) non superiore a 6.000 euro; • un valore della situazione reddituale (in sigla Isre, di fatto le entrate) non superiore a 3.000 euro; • un valore del patrimonio immobiliare, diverso dalla casa di abitazione, non superiore a 20.000 euro; • un valore del patrimonio mobiliare, non superiore a una soglia di 6.000 euro, accresciuta di 2.000 euro per ogni componente il nucleo familiare successivo al primo, fino ad un massimo di 10.000 euro. <p>In aggiunta, nessun componente il nucleo familiare deve risultare intestatario o avere piena disponibilità di: autoveicoli o motoveicoli immatricolati per la prima volta nei 24 mesi antecedenti la richiesta, con esclusione degli autoveicoli e dei motoveicoli per cui è prevista un'agevolazione fiscale in favore delle persone con disabilità; navi e imbarcazioni da diporto.</p> <p>Infine per accedere al REI è inoltre necessario che ciascun componente del nucleo familiare non percepisca già prestazioni di assicurazione sociale per l'impiego (NASpl) o altri ammortizzatori sociali di sostegno al reddito in caso di disoccupazione involontaria.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>L'unione dei Comuni Valle del Savio, intende portare a regime l'attuazione delle misure del RE.I e del ReS, in stretto raccordo con le misure previste della L.R.14/15 (si veda scheda 23), dando avvio a tutte le azioni necessarie. In particolare si intende curare la parte di pre-assesment e valutazione dei casi, nonché quella di progettazione dei percorsi personalizzati e del loro monitoraggio, come descritto di seguito.</p> <p>A seguito dell'accoglimento della domanda, vi sarà una valutazione preliminare della situazione caso per caso, che deve portare poi alla redazione di un Progetto Personalizzato.</p> <p>Tale progetto, che vede la famiglia beneficiaria come protagonista attiva, sarà formulato e redatto dai Servizi Sociali (vi è un'Equipe ad hoc, formata da due assistenti sociali e da un'educatrice professionale) che operano in raccordo con gli assistenti sociali del territorio ed eventualmente con il Centro per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole ed il Terzo Settore, per giungere ad una valutazione dei bisogni della famiglia.</p> <p>La valutazione prenderà in considerazione diversi aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> condizioni personali e sociali; <input type="checkbox"/> situazione economica; <input type="checkbox"/> situazione lavorativa e il profilo di occupabilità; <input type="checkbox"/> educazione, istruzione e formazione; <input type="checkbox"/> condizione abitativa; <input type="checkbox"/> reti familiari, di prossimità e sociali. <p>Sulla base della valutazione, saranno prefissati gli obiettivi del Progetto RE.I:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> obiettivi e risultati che si intende raggiungere al fine di superare la condizione di povertà, l'inclusione sociale e l'inserimento o il reinserimento nel mondo del lavoro; <input type="checkbox"/> interventi e servizi di cui ha bisogno la famiglia in più al Rel; <input type="checkbox"/> tutti gli obblighi che la famiglia deve adempiere al fine di mantenere il RE.I. <p>Nel caso in cui dopo la valutazione preliminare emergesse che la situazione di povertà e di esclusione sociale, dipende dalla mancanza di lavoro, il Progetto personalizzato RE.I è sostituito</p>

	<p>dal Patto di Servizio o dal Programma di ricerca intensiva di occupazione promosso dal Centro per l'Impiego.</p> <p>Seguirà comunque un monitoraggio rispetto agli impegni presi e sottoscritti dai nuclei rientranti nella misura.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Interventi di sostegno al reddito integrativi</p> <p>interventi di sostegno alla genitorialità (anche di tipo educativo)</p> <p>interventi di accompagnamento</p> <p>interventi di politica attiva del lavoro</p> <p>collaborazione con altri enti (CPI, Sanità, Scuola) e terzo settore</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Servizio Sociale Territoriale; centro per l'impiego- agenzia regionale del lavoro , terzo settore, servizi sanitari dell'Ausl Romagna, scuola e enti di formazione</p>
Referenti dell'intervento	<p>-Dirigente dei Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio,</p> <p>-Responsabile servizio famiglia e minori dell'Unione dei Comuni Valle del Savio</p>
Risorse non finanziarie	<p>Equipe professionale (finanziata con il FSE- PON -Avviso 3) formata da due assistenti sociali e da un'educatrice professionale dedicata esclusivamente all'accoglimento delle domande e all'implementazione, in collaborazione con gli assistenti sociali del t</p>

Totale preventivo 2018: € 607.770,00

- Quota Fondo povertà nazionale: **288.164,00 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **101.093,00 €**
- Altri fondi regionali (*Fondo Povertà – quota regionale*): **148.388,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici (*Fondo Povertà – quota senza fissa dimora*): **70.125,00 €**

20. AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI – LR 14/2015

Riferimento scheda regionale

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	Unione dei Comuni Valle del Savio
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>Nel territorio del Distretto Cesena-Valle Savio, ed in generale nella Provincia di Forlì-Cesena, si riscontra il perdurare di una situazione occupazionale di particolare criticità per le persone in condizione di fragilità e vulnerabilità in cerca di lavoro: la crisi economica, ha infatti aggravato la condizione di marginalità di numerosi nuclei familiari, acuendone la distanza dal sistema produttivo e introducendo dinamiche di dipendenza dal sistema pubblico di sostegno.</p> <p>Dal rapporto congiunturale sul lavoro dipendente (elaborato dall’Agenzia Emilia Romagna Lavoro relativo al terzo trimestre del 2017, basato sull’analisi dei flussi di lavoro dipendente (attivazioni, trasformazioni, cessazioni dei rapporti di lavoro registrati negli archivi del Siler - Sistema Informativo Lavoro Emilia Romagna- delle Comunicazioni obbligatorie CO dei centri per l’Impiego) si evidenzia, per la nostra provincia una crescita delle posizioni lavorative dipendenti e dunque un consolidamento del sentiero di recupero occupazionale imboccato da circa tre anni. Dopo il recupero dell’occupazione a tempo indeterminato nel 2015, 2016, nel 2017 è il lavoro a tempo determinato a caratterizzare il trend positivo. In aumento anche i flussi di lavoro intermittente. A livello settoriale continua la crescita nel terziario, compreso il comparto turistico e si rafforza anche il recupero delle posizioni lavorative in senso stretto.</p> <p>A fronte però di questi segnali positivi la situazione occupazionale in generale e di quella in particolare, delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità in cerca di lavoro, nell’ambito del Distretto di Cesena-Valle Savio ed in generale nella provincia di Forlì-Cesena si conferma critica, in quanto la crisi economica degli anni precedenti continua ad aggravare la condizione di marginalità di numerosi nuclei familiari, acuendone sempre più la distanza dal sistema produttivo e introducendo dinamiche di dipendenza dal sistema pubblico di sostegno.</p>
Descrizione	<p>Per rispondere a questa complessità di bisogni, dopo un primo anno di sperimentazione, il Distretto Cesena-Valle Savio ha elaborato un Piano Integrato Territoriale Triennale 2018-20 del Distretto Cesena-Valle Savio, in coerenza con i principi e le indicazioni della Legge Regionale n. 14 de 2015- “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>Tale normativa regionale ha due obiettivi principali: 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. I punti cardini della legge sono: sviluppo di un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse e i saperi di più servizi contemporaneamente moltiplica la sua potenza; la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una condizione temporanea che può essere superata; il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate.</p> <p>Il Piano Integrato Territoriale del distretto Cesena-Valle Savio quindi promuove e sostiene attraverso l’inserimento lavorativo, l’inclusione sociale e l’autonomia delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, ovvero delle persone che vivono situazioni problematiche</p>

	<p>affendenti la dimensione lavorativa e nel contempo la dimensione sociale o sanitaria (art. 2 L.R. 14/2015).</p> <p>Nello stesso, sviluppato coerentemente anche con le "Linee di programmazione integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociale e sanitario per il triennio 2018-2020" (approvate con DGR 73/2018) si declinano obiettivi, priorità e misure di intervento messe in atto congiuntamente, in questo distretto, dai servizi per il lavoro dell'Agenda del lavoro della Regione Emilia-Romagna, dai servizi sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio e dai servizi sanitari dall'Ausl della Romagna.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>I cittadini con le condizioni e i requisiti previsti dalla L.R. 14/2015, che possono accedere indifferentemente da qualunque servizio sociale, sociosanitario o del lavoro</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>Obiettivi triennali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorire l'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti in condizione di svantaggio e fragilità sociale sviluppando e/o consolidando pratiche e metodologie di interventi di rete; - Sostenere il processo di integrazione territoriale delle politiche sociali, sanitarie e del lavoro (compreso la parte formativa); - Sostenere e sviluppare un approccio multidimensionale ai bisogni complessi che presentano caratteristiche di natura lavorativa e sociale e/o sanitaria; - Rafforzare la collaborazione e l'integrazione tra il sistema dei servizi pubblici (sociali, sanitari e del lavoro), il sistema produttivo locale, sia profit che non profit, ed i soggetti del terzo settore; - Favorire l'ampliamento e lo scambio di competenze specialistiche nei suddetti servizi pubblici; - Calibrare maggiormente i corsi di formazione nonché i tirocini alle attuali esigenze del mercato lavorativo, tramite un dialogo più stretto tra i servizi pubblici coinvolti, gli enti di formazione ed il tessuto produttivo delle imprese locali; - Ridurre progressivamente le misure di sostegno sociale economico di natura "assistenziale" favorendo interventi ed azioni pro-attive, finalizzate all'acquisizione di competenze spendibili nel mercato del lavoro (formazione al/sul lavoro, ricerca attiva ...); - Realizzare un sistema di monitoraggio integrato ed efficace del nuovo modello di intervento. <p>Per quanto attiene la programmazione dei servizi di avvicinamento al lavoro previsti nella programmazione 2018, il territorio dell'Unione dei Comuni beneficerà di un budget totale pari ad €. 644.840 frutto della somma di risorse provenienti dalla Regione tramite il Fondo Sociale Europeo (€ 575.840), dalla quota di compartecipazione garantita dall'Unione dei Comuni con risorse proprie (pari al 10% del totale di FSE assegnato pari ad €. 58.000) e da risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionale (pari ad €. 11.000). Nel 2018 complessivamente agli interventi che rimandano alla formazione vengono dedicate il 40.71 % delle risorse; ai tirocini il 49.01%, ai servizi connessi al lavoro (orientamento specialistico, accompagnamento al lavoro ...) il 10.28% delle risorse.</p> <p>Aree di intervento e attività</p> <p>La programmazione annuale 2018, sulla base degli obiettivi individuati sopra, dettaglia le seguenti aree di intervento prioritarie, con le relative motivazioni:</p> <p>ampliamento delle misure a favore di politiche attive del lavoro, ovvero tirocini formativi (con relativa certificazione ove prevista), sia di inserimento/reinserimento lavorativo (tipo C), sia di inclusione sociale di soggetti fragili (tipo D), come strumento operativo, in grado di fornire conoscenze, competenze, ed in prospettiva futura, possibilità occupazionali;</p> <p>formazione pratica: sia permanente, con particolare attenzione a quella per l'acquisizione di competenze trasversali (es. lingua inglese, comunicazione...), sicurezza del lavoro e alfabetizzazione informatica; sia quelle che fanno riferimento al sistema regionale delle qualifiche. In questo secondo caso si ipotizza di sostenere soprattutto percorsi formativi "brevi" e coerenti con le esigenze evidenziate dal mercato del lavoro locale (es. in ambito delle seguenti aree professionali: marketing e vendita; produzione e distribuzione pasti; amministrazione e controllo di imprese; logistica industriale, del trasporto e spedizione; produzione agricola ...);</p> <p>sostegno alla persona sia nei contesti lavorativi che formativi per soggetti che presentano difficoltà di attivazione in autonomia e di tenuta nel tempo nei percorsi stessi, affinché possano portare a termine il percorso concordato;</p> <p>orientamento professionale specialistico, al fine di supportare le persone nei processi di scelta</p>

	<p>sia formativa che professionale incrociando le opportunità offerte dal territorio con le caratteristiche, le potenzialità e le aspettative individuali. Tale servizio sarà declinato secondo le diverse esigenze dell'utenza, utilizzando anche nuove tecnologie;</p> <p>accompagnamento al lavoro, ovvero incrocio domanda/offerta e più genericamente la ricerca delle opportunità occupazionali più adatte e l'eventuale sostegno nella fase di inserimento lavorativo, attraverso un supporto nella ricerca attiva del lavoro.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Nuove misure regionali e nazionali di contrasto alla Povertà (RES_REI)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Agenzia del lavoro della Regione Emilia-Romagna, Unione dei Comuni Valle del Savio, Ausl della Romagna; Fondazione ENAIP Forlì-Cesena (ente di formazione capofila)
Referenti dell'intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente dei Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio - Responsabile servizio famiglia e minori Unione dei Comuni Valle del Savio - Direttore Distretto Cesena Valle Savio Ausl Romagna - Direttore Uff. "Riabilitazione Psichiatrica" di Rimi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 644.840,00

- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **575.840,00 €**
- AUSL (*Ausl della Romagna*): **11.000,00 €**
- Unione di comuni (*Unione dei Comuni Valle del Savio*): **58.000,00 €**

21. LA CASA COME FATTORE DI INCLUSIONE E BENESSERE SOCIALE

Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione dei Comuni Valle del Savio
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>La casa è elemento imprescindibile per l'inclusione e la coesione sociale in quanto strumento prioritario di autodeterminazione e contesto prioritario di vita delle persone e delle famiglie. E' per tali ragioni fattore integrativo alle politiche e alle azioni messe in campo a livello locale per il contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità. Si può rappresentare in sintesi tale indissolubile connubio con lo slogan "la casa prima di tutto", ossia dal cambio di passo e prospettiva che origina dalle cosiddette politiche di Housing First. Se l'impostazione precedentemente adottata dai servizi inquadrava la casa quale punto di arrivo del percorso di autodeterminazione del cittadino, inevitabilmente connesso al raggiungimento dell'autonomia economica e quindi alla continuità lavorativa, le politiche di Housing First ribaltano tale impostazione fissando nella casa il punto di partenza del progetto di vita delle persone: prima la casa, ossia elemento di base su cui innestare qualsiasi processo di graduale autonomizzazione (lavoro, costruzione di una famiglia ...ecc).</p> <p>La crisi economica negli ultimi anni ha accentuato questa connessione mettendo in evidenza le difficoltà che incontrano i servizi sul territorio a gestire le sempre più numerose richieste di intervento per risolvere situazioni di emergenza abitativa che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple.</p>
Descrizione	<p>Per quanto l'attività di contrasto alla grave marginalità sociale l'abitazione è, come si diceva, da considerarsi come punto di partenza (e non obiettivo finale) del percorso di contrasto alla homelessness.</p> <p>Un programma di intervento da mettere in campo nell'ambito delle politiche per il contrasto alla grave marginalità è indubbiamente l'Housing First, basato sull'inserimento diretto in appartamenti indipendenti di persone senza dimora con problemi di salute mentale o in situazioni di disagio socio-abitativo cronico, allo scopo di favorirne percorsi di benessere e integrazione sociale. La disponibilità di una casa, il supporto di un gruppo di operatori messi a disposizione dai servizi territoriali per accompagnare l'utente nel suo percorso di integrazione sociale e di ritorno graduale alla vita di comunità, sono gli elementi caratterizzanti il progetto di Housing First.</p>
Destinatari	L'utenza è composta prioritariamente da famiglie in difficoltà interessate da sfratti o comunque gravi difficoltà nel reperimento o nel mantenimento dell'alloggio
Azioni previste	<p>Sostegno nell'accesso alla casa in locazione anche attraverso la "Fondazione per lo sviluppo e la promozione di contratti di locazione abitativi" (Fondaffitto)</p> <p>Consolidare le opportunità di accesso alla casa in locazione a condizioni agevolate attraverso la promozione di ogni progetto potenzialmente utile a tale finalità. In particolare realizzazione di un progetto innovativo, che prevede la costituzione di un "fondo di garanzia" da utilizzare mediante bando pubblico aperto rivolto ai proprietari di alloggi ubicati nel territorio del Comune di Cesena per sostenerli economicamente qualora convertano i contratti di locazione in essere in contratti più vantaggiosi per i conduttori (locatari) unitamente alle altre attività e</p>

	<p>progetti, che perseguono finalità di solidarietà sociale e di avvicinamento alla casa, proposti da Fondaffitto. Il progetto riguarda esclusivamente immobili siti nel Comune di Cesena, poiché il fondo regionale è destinato solo a tale Comune.</p> <p>- Mediazione sociale all'abitare</p> <p>Realizzare interventi di mediazione e di animazione socio-culturale volti ad affrontare e prevenire i conflitti in contesti abitativi, favorendo percorsi che permettano ai cittadini di assumersi responsabilità e di attivarsi per gestirli. L'attività di mediazione viene svolta nei contesti abitativi urbani caratterizzati da maggiore complessità, instabilità relazionale e/o marginalità sociale. Si realizza oltre che mediante interventi sul territorio, anche attraverso uno sportello informativo e di mediazione rivolto ai residenti negli alloggi e.r.p. gestiti da ACER Forlì-Cesena e negli alloggi di proprietà di A.S.P. Cesena- Valle Savio.</p> <p>- Emergenza abitativa</p> <p>Contenimento delle situazioni di emergenza abitativa mediante la definizione di progetti personalizzati per aiutare le famiglie, in situazione di forte disagio socio-economico e/o in condizione di sfratto esecutivo, a individuare spazi e forme di sostegno adeguate per superare la condizione di grave emergenza in cui versano anche mediante la valorizzazione dei fondi statali per la "morosità incolpevole".</p> <p>- Contenimento della morosità</p> <p>Partendo da un'analisi del crescente fenomeno della morosità negli alloggi di proprietà pubblica studiare e mettere in campo interventi per il contenimento di tale fenomeno valorizzando l'ottica dell'Housing First, ossia contenendo l'utilizzo dello strumento dello sfratto e, ove possibile, attivando procedure coattive di recupero crediti. A tal proposito è stato istituito un tavolo permanente dedicato al contenimento delle morosità negli alloggi ERP. Insieme ad ACER Forlì-Cesena con la precisa finalità di utilizzare il patrimonio ERP con maggiore attenzione a chi ha bisogno e lo merita.</p> <p>- Aggiornamento dell'Accordo territoriale di cui alla legge 09/12/1998 n. 431.</p> <p>L'art. 1 del D.M. 16/01/2017 prevede che a seguito delle convocazioni avviate dai Comuni, le organizzazioni della proprietà edilizia e dei conduttori maggiormente rappresentative a livello locale, acquisite tutte le informazioni relative alle caratteristiche del territorio comunale (delimitazioni delle microzone, dotazioni infrastrutturali, tipologie edilizie, etc) e del mercato immobiliare (valori di mercato, etc.) predispongono e sottoscrivono l'Accordo territoriale di cui alla legge 09/12/1998 n. 431. Il vigente Accordo territoriale per il Comune di Cesena è stato sottoscritto in data 08/06/2004; nel 2018 le organizzazioni coinvolte procederanno alla stesura e sottoscrizione di un nuovo Accordo. Seppure la norma preveda che gli Accordi Territoriali riguardino i Comuni A.T.A. e quelli con popolazione superiore ai 10.000 abitanti, dopo la sottoscrizione dell'Accordo per il Comune di Cesena, si auspica la possibilità di estenderlo, con i necessari adattamenti, anche agli altri Comuni dell'Unione.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Organizzazioni della proprietà edilizia e dei conduttori maggiormente rappresentative a livello locale, Fondaffitto, ASP Cesena Valle del Savio, Fondazione Opera Don Dino, ACER FC
Referenti dell'intervento	Responsabile del Servizio Amministrativo/Casa
Risorse non finanziarie	Sedi, spazi, locali e beni immobili della Pubblica Amm.ne.

Totale preventivo 2018: € 665.984,00

- Altri fondi regionali (*fondi regionali affitti e morosità*): **401.984,00 €**
- Unione di comuni (*Unione dei comuni Valle del Savio*): **264.000,00 €**

22. SOSTEGNO E VALORIZZAZIONE DELLE ESPERIENZE DI AUTO-MUTUO-AIUTO

Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Valle del Savio (per alcune); Ausl della Romagna (per alcune)
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	<p>L'auto mutuo aiuto (AMA) 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'auto mutuo aiuto permette l'espressione dei bisogni profondi delle persone che affrontano esperienze difficili: il bisogno di essere ascoltati e accolti senza giudizi; quello di vedere la propria esperienza riconosciuto come risorsa e non solo come problema; quello di uscire dall'isolamento, condividendo la propria esperienza con altre persone; quello di riprendere in mano la propria condizione, superando una condizione passiva o prevalentemente assistenziale.</p> <p>Il concetto di auto mutuo aiuto 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. - Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di auto mutuo aiuto significa mettere a disposizione dei cittadini uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma e all'isolamento, di empowerment di comunità. <p>A livello locale sono presenti da anni varie esperienze che possono essere ricondotte a modalità di auto-mutuo-aiuto e che hanno cercato di valorizzare l'aiuto tra pari in vari ambiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. demenze 2. disabilità 3. affido familiare e adozione 4. salute mentale 5. dipendenze da alcool e gioco d'azzardo 6. gestione del lutto
Descrizione	<p>In generale, l'Unione dei Comuni Valle del Savio e l'Ausl Romagna, in stretto raccordo con l'ASP, da anni promuovono direttamente attività di AMA in vari ambiti o sostengono economicamente (tramite principalmente il FRNA) le attività che le varie associazioni del terzo settore che si occupano di persone affette da demenza, disabili, persone che soffrono di problemi psichiatrici o che vivono situazioni di dipendenza (da alcool o gioco d'azzardo) propongono all'interno di servizi co-gestiti (es caffè Alzheimer, centri famiglia...). Di seguito qualche dettaglio per ogni area di intervento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demenze: l'Unione dei Comuni Valle del Savio e l'Ausl Romagna sostengono da anni le attività di AMA che le principali associazioni del terzo settore che si occupano di demenze (CAIMA, Fondazioni Don Baronio e Amici di Casa insieme) propongono all'interno dei caffè Alzheimer e/o dei centri demenze del territorio (gruppi di auto-aiuto e di sostegno...). Di norma questi gruppi si incontrano con cadenza diversificata e sono talvolta condotti da un

	<p>operatore esperto (psicologo);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disabilità: l'Unione dei Comuni Valle del Savio e l'Ausl Romagna sostengono da anni le attività di AMA che le principali associazioni di familiari di persone con disabilità (ANFFAS, ADDA, UICI, GRD, A.Ce.A., Il Disegno, ENS e Quelli di Sempre) propongono ai loro associati e non; • Affido familiare: l'Unione dei Comuni (tramite il centro famiglie gestito dall'ASP e in raccordo con l'AUSL della Romagna) ha offerto alle famiglie affidatarie di un minore la possibilità di partecipare a gruppi di confronto e di auto-mutuo-aiuto con altre famiglie che hanno già vissuto o vivono esperienze analoghe. Questa possibilità è attualmente in fase di riformulazione, in coerenza con il rinnovato sistema di gestione dell'affido familiare. Saranno previsti incontri di AMA tra le famiglie affidatarie, i bambini e anche tra e famiglie di origine, dopo la fase di abbinamento. • Salute mentale: Per gli anni a venire tali diverse attività e stili comuni e condivisi all'AMA verranno ulteriormente implementati anche attraverso sviluppo e progettazione con Budget Di Salute (BDS) assieme al continuo attento supporto alle Associazione Utenti e a quelle dei Familiari per il continuo miglioramento della qualità della vita e implementazione dell'integrazione delle persone attraverso impegno diretto delle stesse nel raggiungimento di un miglior benessere in base agli stessi principi della Recovery • Dipendenze da alcool e gioco d'azzardo: è sul fronte della lotta alle diverse forme di dipendenza patologica l'AMA ha raggiunto anche sul territorio dell'Unione Valle del Savio la massima espressione di utilità sociale, in particolare ad opera di alcune realtà del Terzo Settore particolarmente attive quali l'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento che raggruppa 9 Club che operano nel comprensorio: 1 a San Piero in Bagno, 1 a Mercato Saraceno, 1 a Borello di Cesena, 1 Quartiere Oltre savio Cesena, 1 Ponte Abbadesse Cesena, 1 Martorano – Cesena, 1 Sant'Egidio Cesena, 1 Quartiere Fiorenzuola Cesena, 1 Ruffio – Cesena, 1 Crocetta di Longiano, 1 San'Angelo di Gatteo – Gatteo, 2 a Cesenatico). L'associazione si avvale della preziosa collaborazione dello Staff di Alcologia del SerT di Cesena. In attività anche i gruppi Alcolisti Anonimi, Giocatori anonimi e Narcotici anonimi. Gli ultimi due operano in stretta sinergia con il Servizio Dipendenze Patologiche. • Gestione del lutto: Dal 2007 i Comuni del Distretto Rubicone Costa, il Servizio Cure Palliative e Hospice- ambito di Cesena e dal 2011 il Distretto Cesena Valle Savio sostengono le attività del Gruppo AMA denominato Emily. I Volontari facilitatori del gruppo Emily sono formati dalle psicologhe consulenti dell'Istituto Oncologico Romagnolo e supportati mensilmente nelle loro attività con incontri di supervisione. Il gruppo Emily con i partecipanti si incontra a Villa Perticari a Savignano sul Rubicone il 1° e 3° giovedì di ogni mese dalle ore 21.00 alle ore 22.30. Il Gruppo Emily vive e cresce grazie al volontariato: comprende persone che mettendo a disposizione parte del loro tempo libero, sostenuti da sentimenti di solidarietà, vogliono collaborare, dopo adeguata formazione.
Destinatari	In generale, persone portatrici di un bisogno/problema/vissuto particolare e loro familiari e care giver.
Azioni previste	continuare a sostenere le varie attività di AMA già consolidate promuovendo ove possibile il raccordo con i servizi e accompagnando verso il consolidamento le esperienze più innovative e quelle che intercettano bisogni emergenti (es. meeting center, gioco d'azzardo...) nei Comuni della Valle del Savio;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl della Romagna, Asp del Distretto Cesena Valle Savio, Associazioni ed enti del terzo settore che operano nei vari campi descritti (demenze, disabilità affido e adozione, salute mentale, dipendenze, gestione del lutto)
Referenti dell'intervento	Dirigente dei Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio Direttore del Distretto Cesena Valle Savio
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € N.C.

23. PARTECIPAZIONE CIVICA E COLLABORAZIONE FRA SISTEMA PUBBLICO ED ENTI DEL TERZO SETTORE

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>Se da un lato si rileva una certa crisi dei modelli di partecipazione che tradizionalmente hanno caratterizzato l'identità sociale e culturale delle Comunità che compongono l'Unione Valle del Savio, centrati sulla presenza diretta delle persone ai momenti importanti di indirizzo e scelta fondamentali e alla relativa mobilitazione del consenso, crisi che si traduce anche in frammentazione e segmentazione delle relazioni "portanti" in seno a tali Comunità, dall'altra si assiste anche alla presenza di straordinarie iniziative civiche, caratterizzate da impegno sociale non generico ma finalizzato alla risoluzione di determinati problemi, alla collaborazione tra cittadini con la pubblica amministrazione su progetti specifici in un'ottica di reciprocità e di democrazia, di sensibilità pragmatica e di attenzione per i cosiddetti beni comuni.</p> <p>Costituisce quindi un obiettivo trasversale 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 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 auto-organizzazione di cittadini, anche in forma di comitati, dalle iniziative autonome e individuali alle risposte progettuali a bandi. 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 e soprattutto allo sviluppo socio-economico.</p>
Descrizione	<p>La partecipazione alla vita della comunità deve essere promossa 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 auto-organizzazione dei cittadini nella tutela dei beni comuni.</p> <p>Sul piano più operativo si intende procedere, aggiornando e valorizzando 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.</p> <p>In tale quadro rappresentano punto di riferimento imprescindibile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il nuovo Codice del Terzo Settore (DLGS 117/2017) il quale prevede che le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di interesse generale, assicurino il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento; • Il Piano Regionale di Contrasto alla Esclusione e alla Povertà e l'implementazione delle forme di collaborazione ivi previste in attuazione delle nuove misure Res-Rei; • Le metodologie consolidate in questi anni di co-programmazione e aggiornamento continuo delle funzioni di indirizzo all'attività del Governo Locale delle funzioni sociali attraverso la partecipazione attiva dei rappresentanti del Terzo Settore e dei Portatori di

	Interesse.
Destinatari	Le Comunità Locali dell'Unione Valle del Savio
Azioni previste	<p>Valorizzazione del Terzo Settore nei servizi di interesse generale mediante la co-progettazione e la programmazione condivisa</p> <p>Presidio strutturato e continuativo, in un'ottica di qualificazione e miglioramento, dei servizi di interesse generale complessivamente offerti alla cittadinanza, affinché nei diversi ambiti di intervento dell'Unione Valle del Savio e del Comune di Cesena siano pienamente valorizzati gli strumenti amm.vi previsti dal rinnovato impianto normativo previsto dal nuovo Codice del Terzo Settore (DLGS 117/2017) in materia di programmazione e progettazione condivisa (co-programmazione e co-progettazione), attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formazione continua degli operatori; - La realizzazione di promozione e realizzazione di percorsi di co-progettazione previsti nell'ambito della programmazione dei servizi sociali e socio-sanitari, TUTELA DELL'AMBIENTE E TERRITORIO, BIBLIOTECA MALATESTIANA, CULTURA E TURISMO; - Prosecuzione del percorso di valorizzazione dell'apporto della Coop.ne Sociale nella realizzazione dei servizi pubblici locali; - Adozione di linee-guida per la declinazione operativa degli strumenti amm.vi previsti dal nuovo Codice. <p>Valorizzazione del Terzo Settore nelle attività a rilevanza sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nell'attuazione del Reddito di solidarietà-RES, così come coordinato con la misura nazionale REI, con la previsione di una progettazione multidisciplinare sui progetti personalizzati a beneficio diretto delle persone che coinvolge più attori istituzionali e attraverso una collaborazione strutturata su base continuativa tra i servizi pubblici (sociali, sanitari e di area lavoro) e Terzo Settore; - nell'aggiornamento e nella riorganizzazione della rete di distribuzione di prodotti ed alimenti a beneficio delle famiglie in difficoltà, in particolare con le associazioni e le realtà che partecipano al Tavolo Povertà. [Mater Caritatis, C.R.I, Ass.ne San Vincenzo, Ass.ne Banco di Solidarietà, CAV, Ass.ne Campo Emmaus, Gruppo Famiglie "Casa Bella", Comunità Grazia e Pace, Centro per le Famiglie, Caritas Diocesana]; - per il miglioramento e la razionalizzazione del sistema di servizi mediante strumenti per fare "rete" tra associazioni e servizi sociali, valorizzando operativamente le peculiarità di ogni Ass.ne, anche attraverso lo scambio/condivisione di informazioni essenziali (on-line); - mediante il sostegno economico e strumentale alle attività e alle progettualità di significativa rilevanza sociale da queste promosse che favoriscano la prevenzione o l'eliminazione delle situazioni di determinati stati di bisogno, disagio ed emarginazione; - per l'implementazione e il consolidamento delle diverse esperienze di promozione della cittadinanza attiva già in essere sul territorio dell'Unione ("Estate attivi", "Servizio Civile Volontario", "Attiviamoci per Cesena", "Mettiamoci le mani", "Diamoci una mano", "Banca del Tempo"...).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Essenziale è che i presupposti culturali e gli strumenti regolativi previsti nel nuovo Codice del Terzo Settore (DLGS 117/2017) siano valorizzati trasversalmente ai settori e ambiti di intervento della Pubblica Amm.ne in un'ottica di attenzione alle funzioni che trasversalmente riguardano l'interesse generale.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti del terzo settore, Organismi di partecipazione e rappresentanza dei cittadini, Portatori di Interesse, Adolescenti e giovani come potenziali protagonisti del servizio civile, nazionale e regionale e ogni cittadino potenzialmente coinvolgibile nelle altre esperienze di partecipazione attiva.
Referenti dell'intervento	Dirigente dei Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio
Risorse non finanziarie	Sedi, spazi, locali e beni immobili della Pubblica Amm.ne, attrezzature e strumentazioni audio-informatiche, partecipazione degli operatori pubblici a sostegno delle attività del Terzo Settore

Totale preventivo 2018: € 192.000,00

- Unione di comuni (Unione dei comuni Valle Savio):192.000,00 €

24. CONSOLIDAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI E SVILUPPO DELLA RETE PUBBLICO-PRIVATA

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

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

Razionale	<p>I servizi di area sociale e sanitaria si confrontano oggi con una realtà complessa e fortemente mutata. 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 multimorbidità. Sono tutti elementi che i servizi si trovano oggi a dover affrontare e che al tempo mettono in luce aspetti di fragilità e vulnerabilità del sistema stesso.</p> <p>La precarizzazione contrattuale crescente negli organici dei servizi sociali, sempre più sottoposti a complessi vincoli istituzionali nazionali, la mancanza di sostituzione degli operatori verso il pensionamento, la mancanza di ricambio generazionale, contribuiscono infatti ad un'accentuazione della frammentazione delle azioni che vengono messe in campo ed alla difficoltà ad investire nell'innovazione e nel lavoro di rete tra operatori di diverse aree, i quali rimangono piuttosto schiacciati sulla gestione delle situazioni emergenziali.</p> <p>La fragilità, le differenti età e appartenenze culturali delle persone e dei nuclei che oggi si rivolgono ai servizi sanitari e sociali richiede un'attenzione e una capacità di valutazione del bisogno e di accompagnamento verso i servizi che solo il soggetto pubblico può garantire in maniera capillare, inclusiva delle differenze, omogenea e non filtrata da interessi di appartenenza. Questa funzione deve quindi rimanere in capo al soggetto pubblico e presidiata da operatori esperti e adeguatamente formati, che abbiano uno sguardo sul sistema generale dei servizi e sull'offerta territoriale.</p> <p>D'altro canto a livello locale il percorso di programmazione, di cui si dà ampia documentazione al Cap. 5, pone in evidenza come nella rappresentazione dei locali "portatori di interesse" sia soprattutto la Comunità Locale, intesa come fitta rete di connessioni e relazioni tra persone e gruppi che vivono questo territorio come fosse una sorta di "fine comune", pur considerato il senso di solitudine che pervade l'esperienza di molti, il supporto migliore possibile. Prima ancora del sistema dei servizi sono il mantenimento del mutuo-aiuto (naturale) tra persone e la valorizzazione del sistema di relazioni sociali a costituire le sfide prioritarie per la popolazione. Trasversale a tutti i gruppi di lavoro emerge la necessità di ripensare il welfare uscendo dai tradizionali schemi legati alla categorizzazione per tipologia di utenza (minori, famiglie e disabili ...ecc). Il filo conduttore pare essere la personalizzazione degli interventi, ossia la costruzione condivisa con l'utente di servizi cuciti "su misura" e la creazione di legami e ponti innovativi tra le persone e le generazioni: chi ha tempo perché fuori dal tessuto produttivo (tendenzialmente giovani, profughi, disoccupati ed anziani) sia parte integrante e attiva del welfare locale anche mediante l'istituzione di nuove forme di premialità economica.</p> <p>In tale frangente l'efficientamento e il miglioramento della qualità del sistema dei servizi non può più essere unicamente relegato alla definizione di standard riscontrabili su base burocratica o amministrativa ma anche mediante l'introduzione di modalità di aggiornamento</p>
------------------	--

	<p>partecipate di tali riferimenti, ossia vissute e implementate insieme ai cittadini protagonisti. In tale frangente la formazione continua degli attori a vario titolo coinvolti (operatori, volontari, care givers ...ecc) deve diventare lo strumento per la rimotivazione continua e l'aumento della consapevolezza diffusa. E' sentita anche la necessità di raggiungere un maggiore efficacia mediante la lettura e l'intercettazione di nuove necessità che i cittadini rappresentano e che attualmente faticano a trovare punti di riferimento nella rete dei servizi.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>La sfida con cui deve misurarsi l'organizzazione dei servizi territoriali trova nella necessità di personalizzazione degli interventi, ossia nella costruzione condivisa con l'utente di servizi cuciti "su misura", l'indirizzo di sviluppo prioritario a cui attenersi, almeno per il prossimo triennio, con almeno una duplice criticità in netta controtendenza rispetto a tale indirizzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'inadeguatezza dell'organico impiegato nei Servizi Sociali, sia per motivi di precarizzazione contrattuale negli organici dei servizi sociali sempre più sottoposti a complessi vincoli istituzionali nazionali, sia per la mancanza di sostituzione degli operatori verso il pensionamento che tantomeno di introduzione di nuove figure; • L'introduzione da parte del legislatore europeo e nazionale di nuovi adempimenti che pur promuovendo maggiore efficienza, trasparenza, riservatezza ed equità nell'attività della Pubblica Amm.ne attraverso la definizione di standard riscontrabili su base burocratica o amministrativa, di fatto ostacolano pesantemente la possibilità di personalizzazione degli interventi sociali. <p>Il Servizio Sociale Territoriale (SST) ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. attraverso un complesso di interventi finalizzati a garantire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la valutazione, la ricerca, la progettazione e l'accompagnamento in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno e la promozione di nuove risorse sociali nonché a realizzare interventi per la promozione e lo sviluppo del capitale sociale della comunità.</p> <p>Il modello organizzativo e gestionale di ambito distrettuale del Servizio sociale territoriale già da tempo applicato nel distretto Cesena Valle Savio, coerente con il dettato e l'attuazione della L.R. 21/2012 e della L.R. 12/2013, nonché con le linee guida regionali (DGR 1012/2014) è quello di un servizio che, dallo sportello sociale fino al servizio sociale professionale, costituendo lo snodo più vicino alle comunità locali, può meglio di altri relazionarsi collaborare e co-costruire con i cittadini, le istituzioni e la comunità di cui fa parte.</p> <p>A seguito della costituzione dell'Unione dei Comuni "Valle del Savio" con diversi atti deliberativi tra il 2014 ed il 2015 si è completato l'allineamento dell'organizzazione del nuovo Ente alle modifiche derivanti dal conferimento in Unione della funzione di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini. La suddivisione a livello macro del Settore Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni "Valle del Savio" vede la presenza di quattro servizi che accolgono le istanze dell'intero territorio distrettuale: amministrativo-casa, anziani e persone con disabilità, minori e famiglie, programmazione sociale e socio-sanitaria (al cui interno si situa anche l'ufficio di piano distrettuale).</p> <p>Le attività rivolte ai cittadini sono quindi ben ancorate ai contesti territoriali, anche attraverso gli sportelli sociali, per garantire la prossimità al territorio e la possibilità di integrazione del Servizio con il Distretto ed i diversi attori e servizi locali (inclusi, per quanto riguarda l'accesso, gli altri punti/sportelli quali Centri per le famiglie, Punti anziani, ...) costituendo una rete che va dall'accesso alla presa in carico fino all'erogazione. Tale rete costituisce di fatto l'offerta garantita in maniera omogenea sul territorio distrettuale, è ed cofinanziata da Enti Locali, Regione E/R e Stato.</p> <p>Come già evidenziato nella sez. 4 dedicata alla Povertà, le Linee guida regionali (DGR 1012/2014) già auspicavano la presenza di almeno un assistente sociale (AS) ogni 5.000 abitanti in tutti gli ambiti distrettuali. Lo stesso obiettivo, o meglio vincolo, è oggi proposto dal piano povertà a livello nazionale quale livello essenziale, il che, declinato a livello distrettuale vedrebbe un minimo territoriale assestarsi a 23,35 Assistenti Sociali (116.777 abitanti nel distretto al 01/01/2017 "fratto" 5.000). L'attuale dotazione organica per i servizi in gestione associata (escludendo le A.S. per i servizi più marcatamente sanitari "in capo all'AUSL", Centro Salute Mentale, Sert, Consultori, ecc) vede già rispettata la prima priorità, con seguente situazione:</p> <p>SERVIZI UNIONE</p> <p>Marginalità : 3 (Assistenti sociali)</p> <p>Povertà (PON): 2 (Assistenti sociali)</p> <p>Anziani (compreso 2 AS per dimissioni protette):10 (Assistenti sociali)</p> <p>Persone con disabilità: 4 (Assistenti sociali)</p> <p>Minori e famiglie (esclusa una figura professionale non ancora coperta): 10 (Assistenti</p>

	<p>sociali) Totale : 29 (Assistenti sociali) Il quadro del personale "tecnico" va integrato col personale amm.vo impegnato nelle attività di programmazione (ufficio di Piano), di coordinamento e direzione, contabili, di segreteria prettamente amm.ve e altro che assommano a nr. 31. Dei nr. 60 operatori complessivamente impiegati, nr. 12 lavorano con contratto a tempo determinato.</p>
Destinatari	<p>Il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari dell'Unione Valle del Savio e i relativi operatori che vi operano professionalmente e cittadini che a vario titolo ne beneficiano</p>
Azioni previste	<p>Promozione del Servizio Sociale Territoriale L'attività e la funzione del Servizio Sociale Territoriale deve essere costantemente promossa alle famiglie e alla cittadinanza mediante azioni specificatamente dedicate. E' fondamentale che il Servizio Sociale Territoriale sia conosciuto per le funzioni di supporto e accompagnamento che può effettivamente mettere in campo e siano superati pregiudizi e aspettative fuorvianti. Superamento del precariato A partire dalle criticità riscontrate nella dotazione organica dei SST avviare una più definita riorganizzazione di livello distrettuale del SST in particolare promuovendo il graduale superamento del precariato; Integrazione tra servizi - Sviluppare una maggiore integrazione con i servizi di area formativo/lavorativa e delle politiche abitative, per l'attuazione della L.R. 14/2015, della DGR politiche abitative ed il sistema RES-REI (L.R. 24/2016); - Promuovere l'integrazione della rete degli sportelli sociali con gli altri sportelli specialistici ed informativi a carattere tematico; Co-costruzione dei percorsi assistenziali Attivare sempre di più la co-costruzione dei percorsi assistenziali con gli altri servizi coinvolti, le famiglie e i diretti destinatari degli interventi anche valorizzando le opportunità introdotte dall'applicazione del budget di salute; Metodo del lavoro di comunità 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; Formazione, confronto attivo e collaborazione "sui casi" Consolidare le esperienze di formazione, confronto attivo e collaborazione "sui casi" realizzate in questi anni insieme ai soggetti del Terzi Settore, in particolare in area povertà ed emarginazione sociale</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Il SST dovrà sempre più connotarsi come punto della rete che si integra e collabora con servizi di area sanitaria, socio sanitaria, Uffici Scolastici Territoriali, Istituti scolastici, Servizi Educativi rivolti all'infanzia, servizi per il lavoro, Enti e Uffici preposti alle politiche abitative, servizi giuridici. Il sistema integrato dei servizi deve essere in grado di ascoltare ed accogliere le richieste dei cittadini e indirizzarle verso i percorsi più adeguati ai bisogni emersi.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari dell'UVS e i relativi operatori che vi operano professionalmente, la rete dei volontari e operatori del Terzo Settore che collabora col SST</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dirigente Settore Servizi Sociali Unione</p>
Risorse non finanziarie	<p>Infrastrutture della Pubblica Amm.ne utilizzate ad uffici e sedi, arredi, attrezzature e strumentazioni audio-informatiche.</p>

Totale preventivo 2018: € 1.693.255,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **481.131,00 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **91.033,00 €**

- Unione di comuni (*Unione dei Comuni Valle del Savio*):**703.605,00 €**

- Gestione associata (*quota Unione dei Comuni Valle del Savio per la gestione associata dei servizi sociali socio sanitari-
distretto Cesena Valle Savio*):**417.486,00 €**

25. ACCOGLIENZA E CURA DEI 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

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

Razionale	<p>I servizi segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali sia psicopatologiche e che necessitano di risposte complesse dell'intera rete dei servizi poste 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 (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>
Descrizione	<p>La popolazione nel distretto è pari a 116.777 residenti (cap 1.1.1. "quadro demografico) di cui 18.756 bambini e ragazzi (0-18 anni) all'interno di 11.687 nuclei familiari residenti. Sono circa 702 i bambini e ragazzi seguiti, per problematiche di vulnerabilità sociale e sanitaria. 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".</p>
Destinatari	<p>Bambini e ragazzi che si trovano in situazione di disagio grave e vulnerabilità, minori che vivono in contesti familiari disfunzionali e multi-problematici e per questo a rischio evolutivo. Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.</p>
Azioni previste	<p>Nuovi strumenti per il lavoro integrato</p> <p>L'emergente necessità di far fronte a bisogni complessi nell'area della tutela all'infanzia ha reso necessario ridefinire il coinvolgimento e i rapporti di collaborazione "sui casi" dei servizi sociali e sanitari . Tali servizi, seppur da tempo leggano in maniera integrata i bisogni, i mutamenti</p>

	<p>sociali e relazionali espressi dalle famiglie, si stanno dotando di nuovi protocolli per la presa in carico integrata di bambini e ragazzi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un protocollo operativo che delinea il percorso della presa in carico integrata di minori a rischio di pregiudizio o danno; • un protocollo di ambito in giuridico amministrativo per accompagnare al meglio anche da questo punto di vista la realizzazione delle progettualità individualizzate. <p>Punto comune e di partenza di entrambi i percorsi (tecnico e amm.vo) è la costituzione dell'equipe di valutazione multidimensionale che autorizza gli interventi proposti dall'Equipe territoriale.</p> <p>Aggiornamento della funzione di tutela pubblica</p> <p>I già richiamati mutamenti sociali pongono anche una necessità di attenzione al ruolo della tutela pubblica posta in capo all'Unione dei Comuni per i soggetti più vulnerabili e deboli. Emerge quindi la necessità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ riqualificare i rapporti fra Ente Locale e Autorità giudiziaria e di meglio definire le funzioni di "tutore pubblico" (nella figura del Presidente dell'Unione o suo delegato); ☒ introdurre la figura del "tutore volontario" introdotta con legge 47 /2017. Il tutore Volontario è un privato/a cittadino/a che decide di svolgere il compito di rappresentanza legale del minore che non ha adeguati riferimenti parentali, promuovendo il suo benessere psico – fisico attraverso i percorsi di educazione e integrazione, in stretta sinergia con i servizi socio –sanitarie ed educativo del territorio . Con tale nuova figura il territorio esprime la responsabilità comunitaria della cura verso le persone più fragili e svantaggiate . <p>In tale scenario sarà necessario prevedere la collaborazione dell'ufficio del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl della Romagna ambito di Cesena dipartimento cure primarie – Dipartimento Salute Mentale e NPI- Unione dei Comuni Valle Savio, Terzo settore, Pubblica Istruzione (servizio galassi) Asp cesena Valle Savio Comune di Cesena Pari opportunità
Referenti dell'intervento	Responsabile Servizio Area minori e famiglie
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 1.073.000,00

- Unione di comuni (*Unione dei comuni Valle Del Savio*):**1.073.000,00 €**

26. INTEGRAZIONE TRA SCUOLE E RETE DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

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

Razionale	<p>I bambini e i ragazzi trascorrono la maggior parte del tempo a contatto con adulti nelle strutture scolastiche piuttosto che in qualunque altro luogo fuori dall'ambiente familiare. Il ruolo svolto dalla scuola e quindi dalle insegnanti, centrale nel percorso di crescita, può, pertanto, diventare canale privilegiato per rilevare il disagio dei più piccoli. Gli insegnanti che operano in queste strutture sono direttamente chiamati a mettere in campo competenze emotive e cognitive importanti, tenendo sempre presente che il bambino ha bisogno di raccontare e di essere creduto, affinché possa instaurare un legame di fiducia con adulti rappresentativi di sani modelli di crescita sociale e culturale. Quindi occorre adottare nei confronti dei bambini un atteggiamento di empatia e fiducia cercando di cogliere gli elementi di sofferenza e/o disagio che il bambino può manifestare. Ma quand'è che il disagio è tale da dover essere comunicato al servizio sociale? E come parlarne? Esistono buone prassi di comunicazione? E quando invece c'è l'obbligo di rivolgersi all'autorità giudiziaria?</p> <p>Al contempo la scuola, in particolare quella dell'infanzia rivolta ai più piccoli, assume funzione di riferimento per le famiglie, soprattutto quelle più giovani in quanto contesto naturale di partecipazione e socializzazione, dove i neo-genitori ritrovano il tempo e la possibilità per il confronto "tra pari" sulla gestione e l'organizzazione del proprio menage familiare: ambito di scambio e diffusione spontanea di buone prassi, piccoli accorgimenti e all'occorrenza aiuto reciproco, utile al miglioramento della qualità di vita delle famiglie e alla diffusione di comportamenti solidali.</p>
Descrizione	<p>In tali premesse trova naturale sviluppo l'attività istituzionale tesa alla promozione e manutenzione dei rapporti e degli strumenti di dialogo e collaborazione tra il sistema dei servizi territoriali rivolti a persone e famiglie e il mondo dei servizi scolastici. Rapporto che si articola sui due ambiti di necessità già indicati in premessa, ossia la necessità che Il rapporto tra Servizi Sociali e Istituzione scolastica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in materia di prevenzione ed emersione di situazioni di disagio sia improntato alla collaborazione costante, alla fiducia ed informazione reciproca; - possa alimentare, rinforzare e contribuire a diffondere atteggiamenti e comportamenti solidali.
Destinatari	Famiglie con figli, studenti
Azioni previste	<p>Il Centro di Documentazione Educativa (CDE)</p> <p>Consolidamento dell'attività del Centro di Documentazione Educativa "Gianfranco Zavalloni", del Comune di Cesena, quale punto di riferimento di programmazione e organizzazione dell'integrazione tra sistema dei Servizi territoriali e Istituzione scolastica. In tal senso il CDE è già punto di supporto per la realizzazione di percorsi formativi e iniziative di prevenzione condotte all'interno delle scuole (vedasi scheda nr. 19). Quattro le direttive di azione del CDE, servizio "ponte" fra scuola e territorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inclusione dei ragazzi con disabilità.

	<p>2. Integrazione multiculturale.</p> <p>3. Prevenzione e promozione di stili di vita corretti.</p> <p>4. Formazione, qualificazione, aggiornamento.</p> <p>Linee guida per la tutela dell'infanzia</p> <p>La scuola, per la quotidianità dei contatti con gli allievi rappresenta un fondamentale contesto di osservazione e vigilanza avendo la possibilità di cogliere segnali di sofferenza e di disagio che i minori manifestano con i loro comportamenti. La scuola, inoltre, oltre ad avere un rapporto costante con il minore, svolge un delicato compito di stimolo e raccordo tra i bisogni dei ragazzi e quelli dei genitori al fine di supportare la famiglia nel proprio compito di cura e di favorire un intervento congiunto a fronte del manifestarsi di segnali di malessere del minore. Per questo è necessario aggiornare e promuovere con continuità le linee guida che orientano la collaborazione tra istituzioni scolastiche, servizi territoriali e organi che tutelano l'infanzia al fine di intercettare precocemente situazioni di rischio o pregiudizio mediante incontri di approfondimento o formazione;</p> <p>Accordi per l'acquisizione e la condivisione di informazioni</p> <p>Anche al fine di alimentare la continuativa attività di analisi e ricerca condotta in seno all'Osservatorio sulle povertà e i diritti dei bambini (vedasi scheda nr. 16) è necessario creare le condizioni di facilitazione e piena legittimità affinché le istituzioni scolastiche possano fornire informazioni rilevanti in loro possesso, utili a rilevare gli aspetti salienti che caratterizzano la famiglie, la Comunità Locale e soprattutto le nuove generazioni.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche educative e scolastiche, di prevenzione contrasto alle dipendenze e al gioco d'azzardo, di tutela e attenzione nei confronti dei minori
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Scuole locali di ogni ordine e grado, Settore Pubblica Istruzione del Comune di Cesena in particolare il Centro di Documentazione Educativa (CDE), Servizi Sociali dell'Unione Valle del Savio
Referenti dell'intervento	Responsabile servizio famiglia e minori dell'Unione dei Comuni Valle del Savio
Risorse non finanziarie	Equipe professionale (finanziata con il FSE- PON -Avviso 3) formata da due assistenti sociali e da un'educatrice professionale dedicata esclusivamente all'accoglimento delle domande e all'implementazione, in collaborazione con gli assistenti sociali del t

Totale preventivo 2018: € **N.C.**

27. RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA NASCITA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE CURE E AUMENTARE LA SICUREZZA PER I CITTADINI/PER I PROFESSIONISTI

Riferimento scheda regionale

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

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

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

	<p>Terapia Intensiva Neonatale (TIN)</p> <p>Nel Distretto presso l'Ospedale Bufalini di Cesena è presente un punto nascita Hub con Terapia Intensiva Neonatale (TIN), che assiste neonati di peso superiore ai 750 gr., che pratica trattamenti in ipotermia, ma privo di chirurgia pediatrica, e con 2 posti letto di Terapia Intensiva pediatrica. Nel 2016 il reparto ha effettuato 1.938 parti.</p>
Destinatari	Donne in gravidanza, neonati e le loro famiglie.
Azioni previste	<p>Nel territorio del Distretto Cesena-Valle savio nel triennio 2018-20 si attueranno le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adeguamento delle strutture Hub e Spoke alle nuove modalità organizzative, con particolare attenzione al mantenimento delle competenze professionali; • fornire adeguata e costante informazione alle coppie per far comprendere il significato e l'importanza dell'orientamento verso una specifica struttura per il parto o per la presa in carico in caso di gravidanza a rischio; • presa in carico delle donne dopo il parto a sostegno dell'allattamento e delle problematiche psicosociali.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl Romagna
Referenti dell'intervento	<p>Dipartimento Salute Donna, Infanzia e Adolescenza Forlì-Cesena</p> <p>Ostetricia e Ginecologia Cesena</p> <p>Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Cesena</p> <p>Pediatria e Consultorio Familiare Cesena</p> <p>Medici ed ostetriche UU.OO Ostetricia e Consultori familiari</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **N.C.**

28. MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E DEI RICOVERI PROGRAMMATI NEL TERRITORIO DELLA AUSL DELLA ROMAGNA

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

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

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

<p>Azioni previste</p>	<p>CUP unificato romagnolo</p> <p>Completamento del processo di realizzazione della procedura informatica che consenta di disporre di un CUP unificato romagnolo, fruibile tramite le modalità sportelli CUP, FArmacup, Cuptel, Cupweb;</p> <p>Ambiti di garanzia delle prestazioni</p> <p>ridefinizione condivisa degli ambiti di garanzia delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale ridefinendo - coerentemente con gli assetti organizzativi aziendali e la rete geografica dei fornitori pubblici e privati accreditati livelli territoriali nei quali si intende garantire la prenotazione delle prestazioni di primo accesso entro gli standard regionali. Si prevede a tal fine una definizione di quali prestazioni verranno garantite a livello distrettuale, piuttosto che provinciale o aziendale;</p> <p>Massimo decentramento possibile della offerta</p> <p>sviluppo e revisione, coerentemente con l'azione di cui al punto precedente, dei percorsi di garanzia, ovvero dell'assetto produttivo aggiuntivo rispetto alla ordinarietà che consenta di adeguare "in progress" la offerta alla domanda, tenendo conto del massimo decentramento possibile della offerta. In particolare per tale aspetto si continuerà e potenzierà il contributo della rete produttiva del privato accreditato;</p> <p>Incremento delle capacità produttive pubbliche</p> <p>mantenimento e/o sviluppo delle azioni rivolte ad incrementare le capacità produttive pubbliche attraverso azioni integrate e coordinate che prevedano la programmazione di attività pubblica in regime di Simil ALPI, la produzione nei fine settimana in particolare per la tecnologia pesante (RMN e TAC), la acquisizione di specialisti ad hoc da dedicare al contenimento dei tempi di attesa;</p> <p>Revisione dei percorsi di day service ambulatoriale</p> <p>organica revisione dei percorsi di day service ambulatoriale orientata sia al percorso di prima diagnosi, che alla presa incarico di pazienti con patologia croniche particolarmente complesse; in ogni caso, azioni di promozione della presa in carico da parte dello specialista di tutte le prescrizioni necessarie al completamento del percorso diagnostico senza rinvio al MMG;</p> <p>Agende"interne"</p> <p>ampliamento e messa a sistema di un setting di agende"interne" ad uso esclusivo dello specialista che ha in carico il paziente per il completamento ai fini diagnostici qualora necessario nelle fattispecie per le quali non sono previsti percorsi di day service;</p> <p>Linee guida per la appropriatezza della prescrizione di prestazioni urgenti differibili</p> <p>completamento del programma già avviato di redazione di linee guida per la appropriatezza della prescrizione di prestazioni urgenti differibili, in raccordo con MMG/specialisti pubblici estendendolo, nel triennio, anche alle classi di priorità D (primo accesso);</p> <p>Preso incarico delle patologie croniche</p> <p>sviluppo e/o completamento, presso tutte le case della salute della presa incarico delle patologie croniche oggetto di percorsi diagnostico terapeutici ambulatoriali per Broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete tipo 2, scompenso cardiaco. Tale approccio consentirà di evitare al paziente di accedere ai propri controlli tramite cup e pertanto, oltre a non gravare inutilmente sui tempi di attesa, potrà beneficiare di percorsi personalizzati in ordine ai tempi ottimali di effettuazione delle prestazioni;</p> <p>Sviluppo dell'informativa agli utenti</p> <p>ulteriore sviluppo dell'informativa agli utenti finalizzata alla responsabilizzazione in caso di impossibilità di fruire della prestazione, alle relative modalità di disdetta e agli spetti sanzionatori;</p> <p>Sanzioni</p> <p>completamento informatico degli strumenti informatici utili alla gestione del percorso sanzionatorio in caso di mancata disdetta.</p> <p>Ricoveri programmati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - completamento della definizione dei criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni come indicato negli obiettivi di budget 2017-2018 per le UU.OO. chirurgiche aziendali; - implementazione dell'informatizzazione del sistema di monitoraggio delle liste di attesa su tutti gli ambiti aziendali, utilizzando un unico programma - centralizzazione della pre-ospedalizzazione in tutti i presidi aziendali; - aumento dei volumi di attività programmando sedute operatorie in SIMIL-attività in
-------------------------------	--

	<p>libera professione intramuraria (ALPI);</p> <ul style="list-style-type: none"> - attuazione piano di committenza verso il privato accreditato; - predisposizione di strumenti informativi per i pazienti
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Sono coinvolti nel monitoraggio stato di avanzamento delle azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - enti locali nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e sanitaria ed i comitati di distretto per gli aspetti di valenza e/o peculiarità di valenza locale - le parti sociali - le rappresentanze dei cittadini nell'ambito del Comitato Consultivo dell'AUSL Romagna e delle relative sottoarticolazioni distrettuali e/o provinciali
Referenti dell'intervento	<ul style="list-style-type: none"> -Responsabile dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (RUA), di valenza aziendale -Responsabile dell'accesso ai ricoveri programmati (RUA) di valenza aziendale
Risorse non finanziarie	<p>1) specialistica ambulatoriale</p> <p>Personale dell'azienda USL della Romagna di tipo sanitario, amministrativo e tecnico – informatico, coinvolto a vario titolo nel processo relativo alla valutazione del mix quali - quantitativo della offerta delle prestazioni</p>

Totale preventivo 2018: € N.C.

29. ACCESSO AI PERCORSI PER L'EMERGENZA e PER L'URGENZA

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

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

Razionale	Il sistema di Pronto Soccorso e di Emergenza Territoriale, rappresenta il punto di snodo del sistema a garanzia di accesso alle cure in base alla gravità della problematica clinica. La risposta clinico assistenziale è commisurata al livello di gravità. Tale risposta prevede percorsi preferenziali per le patologie ad alta complessità urgenti-emergenti tempo-dipendenti, e percorsi per le patologie croniche e/o a bassa complessità in interfaccia con le strutture territoriali, in coerenza con il Chronic Care Model.
Descrizione	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO E DEI PERCORSI IN EMERGENZA URGENZA: Valorizzare il ruolo centrale del Pronto Soccorso (PS) quale punto di snodo del sistema a garanzia e certezza di accesso alle cure in base alla gravità delle problematiche cliniche. Favorire la rapidità di intervento per i quadri clinici complessi urgenti-emergenti tempo dipendenti e i percorsi per le patologie croniche e/o a bassa complessità in interfaccia con le strutture territoriali (socio-sanitarie). Implementare flussi informativi a sostegno dei flussi informativi regionali nonché a garanzia della continuità assistenziale dell'utente.
Destinatari	Pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso il Terzo Settore
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione del sistema di monitoraggio dell'iperafflusso e sovraffollamento (Overcrowding) in PS, attraverso l'adozione dell'indice NEDOCS quale strumento di decisione delle strategie di intervento (letti aggiuntivi nei reparti, risorse aggiuntive in PS, definizione di percorsi specialistici per "acuti", rimodulazione delle attività, con eventuale limitazione di quelle elettive, reperimento di strutture per lungodegenza e continuità assistenziale, con possibilità di invio anche da PS, etc) e del sistema di monitoraggio del fenomeno di boarding, ovvero del tempo d'attesa per il ricovero dei pazienti, stabilendo diverse strategie di risposta. Implementazione del modello di "bed management" in tutti i contesti ospedalieri quale risposta alla gestione dei flussi ospedalieri. • Adozione di strumenti di comunicazione ai cittadini che orientino in modo appropriato l'accesso all'intero sistema, attraverso il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e delle strutture di cerniera socio sanitarie. In particolare: <ol style="list-style-type: none"> 1) Attivazione di percorsi per le urgenze (U) con accesso diretto agli specialisti su invio del MMG per quadri clinici predefiniti 2) Attivazione di percorsi per ricoveri urgenti "non da PS" che garantiscano tempestività ed appropriatezza nell'accesso al ricovero per pazienti valutati ambulatorialmente 3) Attivazione di percorsi per le urgenze dedicati a specifiche patologie/gruppi di pazienti e gestiti direttamente dalle Unità Operative specialistiche mediante l'accesso diretto o attraverso modalità di collegamento (es. telefonico) dei pazienti con i centri specialistici a cui sono già in carico, come oncologia, nefrologia, pneumologia. 4) Definizione di protocolli concordati con Case Residenze Anziani (CRA) e altre strutture

	<p>di cure primarie/cure intermedie in relazione alle problematiche più frequenti quali: IVU (infezioni vie urinarie) , cadute, fine vita etc.</p> <p>5) Definizione di modalità che favoriscano la possibilità di dimissione dalle UUOO di degenza verso i contesti domiciliari o socio-sanitari ;</p> <p>6) Implementazione della procedura aziendale PA109 Accoglienza e la presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso rev. 0 del 09-10-2017, attraverso il percorso di formazione Regionale dei formatori aziendali, che a caduta formeranno tutti gli operatori coinvolti della rete sanitaria e sociale del territorio;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dell’appropriatezza e l’efficacia della presa in carico dei pazienti cronici, attraverso la costruzione di percorsi di invio diretto dei MMG, ai percorsi di Day Service; • Implementazione del nuovo programma aziendale unico per le strutture di pronto soccorso e punti di primo intervento, integrati all’emergenza territoriale, ai software dei principali servizi, e alla cartella clinica integrata, al fine di tracciare e monitorare i percorsi in emergenza urgenza, a garanzia anche del debito informativo regionale nonché a garanzia della continuità assistenziale del paziente; • In collaborazione con il Servizio Di Prevenzione protezione Aziendale, mappatura dei rischi di violenza verso gli operatori, e definizione di strategie strutturali e organizzative atte al contenimento dei rischi. Monitoraggio, valutazione degli eventi attraverso l’applicazione della procedura aziendale PA 95 PA095 Prevenzione e gestione della violenza da terzi a danno degli operatori aziendali
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Terzo Settore, MMG, Case della Salute e Servizi Sociali
Referenti dell'intervento	Direttore Sanitario e Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **N.C.**

30. PRENDERSI CURA ATTRAVERSO LA TECNOLOGIA – PCAT – SOLUZIONI DI TELEMEDICINA PER IL SETTING DOMICILIARE

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>L'ICT (Information and Communications Technology) può aiutare a promuovere, con gli strumenti tecnologici di cui dispone, la partecipazione attiva alla società dell'informazione attraverso la pianificazione e il sostegno di una serie di iniziative fra vari settori. In questo ambito si fa riferimento in particolare ai Servizi di Telemedicina nelle aree disagiate del nostro territorio e si tratta di fornire ai pazienti, in particolare quelli residenti nelle aree più disagiate, un migliore accesso alle cure, alla qualità dell'assistenza, alla appropriatezza delle prestazioni e favorendo nel contempo la crescita della consapevolezza, autonomia e responsabilizzazione.</p>
Descrizione	<p>Il progetto prevede attraverso il ricorso a tecnologie di fornire cure a pazienti nel contesto domiciliare, raccordandosi e sviluppando il Progetto Regionale di Telemedicina (Deliberazione della Giunta regionale n. 648/2015.)</p>
Destinatari	<p>Prioritariamente pazienti affetti dalle patologie croniche: Diabete mellito, Scemenso Cardiaco; Broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO - senza tuttavia escludere altre situazioni in cui la tecnologia può risultare di grande supporto.</p>
Azioni previste	<p>In linea con il progetto Regionale, si intende operare attraverso le Case della Salute, individuate come centro erogatore dei Servizi di Telemedicina. In particolare si prevede di identificare un locale da adibire ad "Ambulatorio di Telemedicina", collocato preferibilmente nell'ambulatorio infermieristico della cronicità.</p> <p>Tale ambulatorio verrà dotato delle tecnologie necessarie per garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ monitoraggio dei pazienti dotati di tecnologie domiciliari e/o personali, in maniera: continua, programmata ed on demand con la finalità di prevenire eventi acuti con necessità di ospedalizzazione; ☐ integrare i dati pazienti con il contesto specialistico ospedaliero di riferimento; ☐ sfruttare soluzioni tecnologiche integrate e distribuite a livello regionale.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Integrare attraverso le tecnologie Ospedale e Territorio attenuando i condizionamenti determinati da vincoli geografici e temporali; rendere più efficiente la rete assistenziale costituita da MMG, PLS, Case della Salute, OSCO, ADI.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Comuni, Comunità Montane, Farmacie</p>
Referenti dell'intervento	<p>Gruppo Referenti Aziendali: Referente Dipartimento Cure Primarie Distrettuale</p>

	MMG o Infermiere coordinatore della CDS Referente Sistemi Informatici Referente Ingegneria Clinica
Risorse non finanziarie	Supporto di volontari provenienti in particolari dalle associazioni di pazienti interessati, donazioni di attrezzature da associazioni benefiche.

Totale preventivo 2018: € N.C.

31. CALENDARIO VACCINALE E ATTIVITÀ DI SUPPORTO E MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>Le vaccinazioni rappresentano uno degli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive e sono uno strumento essenziale per la salute, soprattutto per l'infanzia e per i soggetti più deboli. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire il controllo di alcune importanti malattie infettive. L'intervento vaccinale da sempre è considerato uno degli interventi sanitari più costo efficaci che agisce positivamente sulla salute sia del singolo che della collettività. Le strategie vaccinali della Regione Emilia-Romagna sono sempre state premianti, avendo ottenuto la riduzione o la scomparsa delle malattie infettive prevenibili con la vaccinazione. Tuttavia negli ultimi anni si è registrato un calo nelle adesioni ai programmi vaccinali con una diminuzione delle coperture vaccinali al di sotto del 95%, percentuale di vaccinati che garantisce la miglior protezione a tutta la popolazione. Nel 2017 lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) che prevede l'introduzione di nuove vaccinazioni nel calendario vaccinale nazionale, accanto ad azioni che vanno ad implementare la qualità e l'efficienza del processo vaccinale. la Regione Emilia-Romagna ha introdotto all'interno della legge n. 19/2016 "SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA. ABROGAZIONE DELLA L.R. N. 1 DEL 10 GENNAIO 2000", il comma 2 dell'articolo 6 che prevede quale requisito di accesso ai servizi educativi e ricreativi pubblici e privati l'aver assolto da parte del minore gli obblighi vaccinali prescritti dalla normativa vigente. Il 7 giugno 2017 è stato emanato il Decreto-legge n. 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" che estende l'obbligo ad un numero maggiore di vaccinazioni e alla fascia di età 0-16 anni, coinvolgendo, oltre ai servizi educativi per l'infanzia, anche le scuole dell'infanzia e la scuola dell'obbligo. Tale decreto dovrà essere trasformato in legge entro il 6 agosto 2017.</p>
Descrizione	<p>Nel periodo di vigenza del piano si implementeranno le nuove vaccinazioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 e si attueranno tutte le misure previste dalla legge 119/2017- Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale- che ha introdotto l'obbligatorietà delle vaccinazioni per i minori 0-16 anni, attraverso un piano di recupero dei minori parzialmente o totalmente non vaccinati.</p> <p>Le vaccinazione previste sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. anti-poliomielitica 2. anti-difterica 3. anti-tetanica 4. anti-epatite B 5. anti-pertosse 6. anti-Haemophilus influenzae tipo B 7. anti-morbillo 8. anti-rosolia

	<p>9. anti-parotite 10. anti-varicella.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>I minori tra 0 e 16 anni e le loro famiglie</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>Nel Distretto Cesena-Valle Savio nel prossimo triennio 2018-20 si intende sviluppare le azioni dettagliate di seguito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione nuove vaccinazioni dei minori: Dal 2017 è stata introdotta in tutti i Distretti la vaccinazione antimeningococco B per tutti i nuovi nati e la vaccinazione antiHPV, che prima era riservata alle femmine, è stata estesa anche ai maschi dodicenni. Dal 2018 oltre a questi vaccini si attuerà la vaccinazione antivaricella (obbligatoria per i nuovi nati dal 2017) al 13° mese, in concomitanza con la vaccinazione morbillo-parotite-rosolia e la vaccinazione di tutti i nuovi nati (a partire dai nati nel 2018) con il vaccino antirotavirus. Per tutte le vaccinazioni, sia obbligatorie sia raccomandate si attua la chiamata attiva delle famiglie dei minori al compimento dell'età target. • Implementazione nuove vaccinazioni degli adulti: dal 2017 è stata introdotta la vaccinazione contro lo pneumococco della coorte dei sessantacinquenni che prevede la somministrazione del vaccino coniugato 13valente al compimento dei 65 anni e la somministrazione del vaccino 23valente l'anno successivo. Secondo le indicazioni regionali la vaccinazione è affidata ai medici di Medicina Generale che la effettuano nei propri studi in concomitanza con la vaccinazione antiinfluenzale. Il Servizio Igiene e sanità Pubblica ogni anno invierà a tutti i soggetti della coorte dei 65enni una lettera per illustrare la proposta di vaccinazione e invitare i cittadini a richiederla al proprio MMG. Ai MMG verranno consegnati i vaccini necessari alla vaccinazione dei propri assistiti Il DSP monitorerà l'andamento delle vaccinazioni sia a scopo epidemiologico che per gestire le consegne evitando sprechi . Dal 2017 in occasione dei richiami della vaccinazione antidiftotetica il servizio Igiene Pubblica proporrà il vaccino antipertosse. Analogamente si attuerà la vaccinazione antipertosse delle donne in gravidanza per proteggere il neonato nei primi mesi di vita, prima cioè di poter ricevere la vaccinazione. Dal 2018 per la coorte dei 65enni si introdurrà anche la vaccinazione anti Herpes Zoster. Anche in questo caso i cittadini saranno invitati attivamente con lettera alla vaccinazione che verrà eseguita presso gli ambulatorio de servizio Igiene e sanità pubblica senza necessità di prenotazione CUP della vaccinazione. • Recupero degli inadempienti alle vaccinazioni obbligatorie: la L.119/2017 ha reso obbligatorie 9 vaccinazioni (10 per i nati dal 2017 in poi) e tale obbligo si applica a tutti i minori nell'età della scuola dell'obbligo (0-16 anni). Questo ha richiesto la predisposizione di un piano di recupero di coloro che, all'entrata in vigore della legge, risultavano parzialmente o totalmente inadempienti. Il piano, portato avanti dal 2017 in tutti gli Ambiti territoriali dalle UO pediatria di Comunità con il coordinamento del DSP, ha avuto l'obiettivo di assicurare il recupero degli inadempienti senza gravare di obblighi burocratici di certificazione le famiglie: <ul style="list-style-type: none"> o Bambini iscritti ai nidi e ai servizi per l'Infanzia : I servizi vaccinali hanno ricevuto gli elenchi degli iscritti dai gestori e hanno segnalato agli stessi gestori lo stato vaccinale dei bambini (idoneo/non idoneo). I bambini che risultavano non in regola hanno ricevuto un invito a vaccinarsi con appuntamenti programmati tra il 25 settembre e il 31 ottobre 2017. o Bambini in età di scuola dell'Infanzia: i servizi vaccinali hanno inviato a casa di tutti i bambini una lettera contenente o l'attestazione di regolarità dello stato vaccinale o un appuntamento per la regolarizzazione con appuntamenti programmati tra il 25 settembre e il 31 ottobre 2017. o Minori iscritti alla scuola dell'obbligo: Le scuole hanno inviato gli elenchi degli iscritti e i servizi vaccinali hanno invitato alla vaccinazione coloro che risultavano non in regola con appuntamenti programmati tra il 31 ottobre 2017 e il 28 febbraio 2018. <p>Per i soggetti che non si sono presentati al primo invito sarà inviato un invito ad un colloquio informativo con raccomandata R/R a cui farà seguito l'appuntamento per la vaccinazione. Coloro che non si presenteranno alla vaccinazione dovranno ricevere una diffida a regolarizzare la loro posizione e, qualora questo non dovesse succedere si contesterà la violazione della norma sull'obbligo vaccinale applicando la relativa sanzione amministrativa.</p> • Riordino attività vaccinale: L'impatto delle novità introdotte dal PNPV e dalla L.119 sull'obbligo vaccinale è molto importante e la piena attuazione dei nuovi obiettivi vaccinali non potrà essere sostenibile in assenza di un riordino complessivo dell'attività vaccinale in ambito romagnolo che ricomprenda anche la revisione delle sedi vaccinali con la concentrazione dell'attività in un numero limitato di sedi, dotate di ampie fasce di apertura in modo da ottimizzare l'impiego delle risorse professionali. L'introduzione di questi nuovi vaccini determina, infatti, un aumento importante dell'attività vaccinale che deve essere

	<p>attentamente pianificato per evitare che si generino ritardi nelle chiamate con conseguenti ricadute sul livello di protezione della popolazione. Nel territorio romagnolo , come nel resto del nostro paese, comincia a delinarsi il problema della carenza di pediatri sul mercato del lavoro con le conseguenti difficoltà di reperimento dei professionisti che peggiorerà nei prossimi anni. I pediatri sono infatti indispensabili per mantenere la piena operatività delle Unità operative di pediatria e neonatologia e dei punti nascita nonché per assicurare la pediatria di libera scelta secondo gli standard dettati dalla normativa vigente. Ad oggi anche i servizi vaccinali destinati ai minori di 18 anni che vengono assicurati dalle UO di Pediatria di Comunità abbisognano di pediatri. E' pertanto evidente che la difficoltà a reperire pediatri per sostituire chi va in pensione ha delle ricadute anche sull'attività vaccinale rivolta all'infanzia, ricadute che devono essere contrastate con soluzioni organizzative efficaci. Questo problema richiede di introdurre delle strategie organizzative basate fondamentalmente su tre pilastri:</p> <p>A. Valorizzare al massimo l'autonomia dei professionisti del comparto, infermieri e Assistenti sanitari, nell'attività vaccinale. Questo processo è avviato in tutti gli Ambiti territoriali secondo le indicazioni della Direttiva Regionale 256/2009. In questo modo è possibile, quando le condizioni strutturali lo consentono, attivare in contemporanea più ambulatori gestiti da professionisti del comparto, supervisionati da un solo medico;</p> <p>B. Aumentare l'integrazione delle Unità Operative di Pediatria di Comunità con quelle di Igiene e Sanità Pubblica;</p> <p>C. Concentrare l'attività vaccinale in un numero limitato di sedi per evitare la dispersione delle risorse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Commissione Vaccini dell'Azienda USL della Romagna: Il fatto che alcuni ambiti territoriali della Romagna registrino tassi di copertura vaccinale della popolazione infantile tra i più bassi in Emilia Romagna, determina la necessità di presidiare il tema vaccinale con particolare attenzione e impegno, cercando il coinvolgimento di tutte le componenti sanitarie coinvolte e della società civile. Si ritiene opportuno istituire la Commissione vaccini dell'Azienda USL della Romagna, composta da esperti di fama ed esponenti della società civile impegnati sul tema, con l'obiettivo di coordinare strategie vaccinali adeguate e implementare idonei piani di comunicazione. La commissione, da istituire con Delibera del Direttore Generale, sarà presieduta dal Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica e composta da: <ul style="list-style-type: none"> - rappresentanti medici e infermieristici dei servizi vaccinali dell'Azienda USL della Romagna (Pediatria di Comunità e Igiene e Sanità Pubblica) - rappresentanti di Medici di Medicina generale e Pediatri di Libera Scelta di ciascun Ambito territoriale - esperti di chiara fama della tematica vaccinale e delle sue implicazioni comunicative - uno o più rappresentanti dei Comuni designati dalla CTSS - uno o più rappresentanti degli Ordini dei Medici <p>La Commissione avrà una serie di compiti precisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. elaborare strategie efficaci per migliorare le coperture; 2. fornire indicazioni per raggiungere gli obiettivi indicati dal Piano nazionale della Prevenzione vaccinale e dal Piano regionale della Prevenzione 2015-2018; 3. formulare proposte per l'avvio di campagne di comunicazione destinate a target specifici; 4. monitorare l'andamento delle coperture vaccinali e svolgere attività di ricerca per comprendere le ragioni della disaffezione dalle vaccinazioni e individuare soluzioni; 5. curare la manutenzione e l'aggiornamento del sito web aziendale dedicato ai vaccini.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche scolastiche</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Comuni, Uffici scolastici provinciali</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Ausl Romagna Direttore Igiene e Sanità pubblica Cesena Pediatria e Consultorio Familiare Cesena</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € **N.C.**

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
2	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	All'interno del percorso programmatorio dei programmi annuali PDZSBS
3	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	3.2.A Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	Anno 2018: almeno 1 iniziativa
4	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale	Avvio gruppo di lavoro inter-professionale per condividere il modello di comunità ospedale territorio	31/12/2017	predisposizione procedura nucot e istruzioni operative specifiche distrettuali	messa a regime procedura nucot e istruzioni operative specifiche distrettuali	messa a regime procedura nucot e istruzioni operative specifiche distrettuali	
5	4 Budget di salute	Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	4.2 Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Testuale	Pubblicazione bando Azienda Usi Romagna per servizi richiesti dal dsm	31/12/2017	conclusione percorso di aggiudicazione gara e avvio contratti	NC	NC	
6	4 Budget di salute	Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	4.5 (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	S N	N	31/12/2017	S	S	S	
7	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	5.1.A Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	40	31/12/2017	40	40	40	
9	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	30	31/12/2017	30	30	30	
10	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	3	31/12/2017	3	3	3	Trattasi di iniziative solo ASP: 1 Convegno; 2 corsi formazione per Ass.ti familiari
12	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	Numerico	2	31/12/2017	2	2	2	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
13	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi domiciliari in abitazioni per il Dopo di Noi art. 5 lettera b) DM 23.11.2018	6.2.B N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2017	Numerico	15	31/12/2017	17	19	21	
14	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie programmi di abilitazione e sviluppo competenze art. 5 lettera c) DM 23.11.2019	6.2.C N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2018	Numerico	25	31/12/2017	4	4	4	Situazione al 31/12/2017: 9+16
15	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2020	6.2.D N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2019	Numerico	19	31/12/2017	19	19	19	2017: Finanziato adeguamento struttura residenziale ANFFAS presso la quale 19 persone disabili gravi hanno effettuato fine settimana per l'autonomia abitativa
16	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2021	6.2.E N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2020	Numerico	2	31/12/2017	4	4	4	
17	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	Definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014	6.3 N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti	S N	S	31/12/2017	S	S	S	Siglato Protocollo tra Comune di Forlì, Uff. di Piano del Rubicone, Assiprov e Tribunale
18	8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	N. enti di Terzo settore coinvolti in percorsi di umanizzazione, promozione del benessere in carcere e di reinserimento sociale e lavorativo	8.6 N. enti di Terzo settore coinvolti	Numerico	8	31/12/2017	8	8	8	Inserire il numero di Associazioni del tavolo povertà.
19	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	60	31/12/2017	60	55	52	La previsione è che le azioni messe in atto portino una parte delle persone senza dimora a stabilizzare la propria condizione abitativa, ma allo stesso tempo persistono gli effetti della crisi economica che solo ora sta iniziando a chiudersi. E' prevedibile che ci saranno ancora nuove prese in carico di persone senza dimora sconosciute dai Servizi. Per apprezzare una flessione nel numero totale dei senza dimora in carico ai Servizi occorrerà attendere almeno 1 o 2 anni.
20	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S N	N	31/12/2017	N	N	N	
21	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	12.4.B N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	S N	S	31/12/2017	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
22	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	2	31/12/2017	2	2	2	-Casa delle donne (aggregazione e attività associazionismo femminile) -Centro donna (servizi specifici erogati per utenti di altre lingue e culture e provenienza extracomunitaria)
23	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS	15.1 Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
24	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	15.4.A N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
25	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico	10/800	31/12/2017	NC	NC	NC	2017: 10 donne con "maternità difficili" su 800 gravide seguite dal consultorio. La presa in carico integrata si avvicina al 100% delle aventi bisogno. 2018, 2019, 2020: NON SIGNIFICATIVO, difficile stimare una previsione
26	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	
27	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S N	N	31/12/2017	N	N	S	
28	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	S N	N	31/12/2017	N	N	S	
29	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	S	31/12/2017	S	S	S	
30	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	18.1 Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	Situazione 2018: 1 corso di formazione

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
31	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S N	N	31/12/2017	S	S	S	
32	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	2	31/12/2017	2	2	2	
33	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	Presenza di due progetti dedicati alla domiciliarità: 1-servizio di tutoring 2-servizio supporto assistenza domiciliare	31/12/2017	Continuazione dei 2 servizi	Continuazione dei 2 servizi	Continuazione dei 2 servizi	I due servizi attualmente presenti continueranno per tutto il triennio 2018-2020
34	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON	22.5.A N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	3	31/12/2017	0	0	0	Negli anni 2018-2019-2020, si mantengono le 3 assunzioni effettuate prima del 31/12/2017
35	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con la quota dedicata del Fondo Povertà	22.5.B N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0	
36	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	23.5.A N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	Numerico	6	31/12/2017	25	30	35	Si riportano i dati relativi ai progetti portati in Equipe dalle AA.SS del DSM * Prima Equipe Leg. 14 tenuta il 19/12/2017 ** Numero progetti portati in Equipe (25 gennaio 2018 – 14 giugno 2018)
37	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	23.5.B N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
38	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	27.1 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	S N	N	31/12/2017	S	S	S	
39	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari	27.2.A N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	0	31/12/2017	110	220	NC	
40	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi	27.2.B N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	NC	31/12/2017	NC	NC	NC	NON SIGNIFICATIVO, dati non disponibili
41	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	27.3 N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	ANNO 2018, 2019, 2020: 1 CORSO DI FORMAZIONE
42	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	27.4 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	S N	N	31/12/2017	S	S	S	Analisi del materiale informativo in essere e revisione/semplificazione
43	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	27.5 N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	S N	N	31/12/2017	S	S	S	Programmazione di incontri fra il gruppo multidisciplinare e i pazienti e i familiari

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
44	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	27.6 N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	S N	N	31/12/2017	S	S	S	
45	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	4	31/12/2017	4	4	4	
46	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	68	31/12/2017	70	70	70	
47	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.C N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	20	31/12/2017	25	25	25	
48	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	70	31/12/2017	70	70	70	
49	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	0	31/12/2017	3	3	3	
50	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	1) demenze 2) disabilità 3) affido familiare e adozione 4) salute mentale 5) dipendenze da alcool e gioco d'azzardo 6) gestione del lutto	31/12/2017	si prevede di mantenere il monitoraggio dei gruppi esistenti e di quelli nuovi che si costituiranno	si prevede di mantenere il monitoraggio dei gruppi esistenti e di quelli nuovi che si costituiranno	si prevede di mantenere il monitoraggio dei gruppi esistenti e di quelli nuovi che si costituiranno	
51	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.3 N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
52	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	29.4 Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
53	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S N	S	31/12/2017	S	S	S	Situazione di partenza: documento riordino ospedaliero approvato da CTSS il 9/01/2017
54	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Numerico	1	31/12/2017	2	3	3	
55	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Testuale	procedura di accesso PS per donne che hanno subito violenza	31/12/2017	Centri LDV e ricaduta locale percorso formativo regionale facilitatori	Mantenimento Centri LDV e ricaduta locale percorso formativo regionale facilitatori	Mantenimento Centri LDV e ricaduta locale percorso formativo regionale facilitatori	
56	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S N	S	31/12/2017	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
57	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	37.3 Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S N	S	31/12/2017	S	S	S	
58	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso	37.4 monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numerico	17	31/12/2017	18	20	20	

Capitolo 4

Sezione dedicata al tema povertà

Introduzione

La lunga crisi economica che cominciamo a lasciarci alle spalle ha indubbiamente prodotto un aumento ed una differenziazione dei bisogni di protezione sociale delle famiglie italiane negli ultimi anni. L'ISTAT ci dice che le persone in povertà assoluta sono passate da 1,8 milioni a quasi 5 milioni nel 2016, cioè dal 3,1% al 7,9% sulla popolazione residente. In regione il tasso di povertà relativa, che pone in evidenza le difficoltà economiche nella fruizione di beni e servizi delle famiglie, secondo i dati forniti da Istat, è passato dal 2,2% del 2009 al 4,5% nel 2016. Ma sebbene sia cresciuta, l'incidenza della povertà relativa in Emilia-Romagna è, rispetto al panorama nazionale, la più bassa dopo la Toscana (3,6%), poco al di sotto del valore medio del nord Italia (5,7%) e circa la metà del valore stimato per l'intero territorio nazionale, pari al 10,6%. In questo lasso di tempo l'incidenza della povertà è dunque aumentata ma si è anche modificata la platea dei poveri. Accanto ai "senza fissa dimora" ed agli stranieri con problemi di integrazione si aggiungono così le nuove povertà di famiglie mono genitoriali o numerose con figli minori, giovani disoccupati o con occupazioni precarie e discontinue, persone del cosiddetto "ceto medio" che a causa di un evento critico (perdita del lavoro, sfratto, separazione) si trovano a dover bussare alla porta dei servizi. Di conseguenza anche l'accelerazione data negli ultimi anni all'evoluzione normativa finalizzata al riordino delle prestazioni e del sistema di interventi per il contrasto alla povertà non ha precedenti nel nostro Paese. Soprattutto, anche grazie alle risorse messe a disposizione dai Fondi Strutturali Europei, che per la prima volta intervengono a favore delle politiche di inclusione sociale, è stato possibile impostare una strategia di sviluppo dei sistemi di welfare territoriale, a supporto delle misure di sostegno al reddito, nello spirito della legge 328/2000. La regia di queste "policy" è affidata al Servizio Sociale prevedendo l'integrazione della rete dei servizi e del pieno coinvolgimento del Terzo settore, delle parti sociali e di tutta la comunità. L'art. 13 comma 2 lettera d) del Dlgs 147/2017 prevede che i "Comuni coordinandosi a livello di ambito distrettuale, adottino atti di programmazione nella forma di una sezione specificatamente dedicata alla povertà nel piano di zona di cui all'articolo 19 della legge 328/2000".

Questa sezione contiene quindi, in coerenza con le indicazioni e gli standard contenuti nel Piano povertà nazionale e nel Piano povertà regionale, a livello di ambito territoriale la definizione degli specifici rafforzamenti su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà di cui all'articolo 7 comma 1 del Dlgs 147/17, finanziati attraverso quota del Fondo Povertà, integrato con risorse Programmi Operativi Nazionali - PON / FSE Inclusione, con specifico riferimento ai servizi per l'accesso e la valutazione ed i sostegni da individuare nel progetto personalizzato afferenti al sistema integrato di interventi e servizi sociali, di cui alla 328/2000 che includono:

- segretariato sociale, inclusi i servizi per l'informazione e l'accesso al REI/RES (punti per l'accesso/sportelli sociali);
- servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale;
- 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;

Analogamente viene evidenziata la complementarietà delle risorse del POR assegnate agli ambiti distrettuali per l'attuazione della LR 14/2015, con particolare riferimento al Piano integrato territoriale dei servizi pubblici, del lavoro, sociali e sanitari così come previsto nella DGR 73/2018.

Informazioni sulle misure di contrasto attivate e sulle caratteristiche nell'ambito distrettuale

SIA – Sostegno Inclusione Attiva: misura nazionale di contrasto alla povertà avviata su tutto il territorio nazionale basata su un sostegno economico rivolto a determinate tipologie familiari e subordinato all'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e/o lavorativa, predisposto dai servizi sociali dei Comuni/Unione, in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole ed i soggetti privati non profit. Destinatari della misura: famiglie con almeno un figlio minore o disabile e donne in stato di gravidanza accertata con soglia ISEE al di sotto dei 3.000 euro. I trasferimenti alle famiglie, sotto forma di carta di pagamento elettronica, vengono erogati bimestralmente dall'INPS tramite Poste Italiane e la carta, così come la carta acquisti ordinaria, può essere usata presso supermercati, negozi di

alimentari, farmacie e parafarmacie o ad es. per pagare le bollette della luce e del gas. Per ampliare la platea di beneficiari, il 16 marzo 2017 è stato successivamente emanato un nuovo decreto del MLPS sempre di concerto con il MEF che, a partire dal 30 aprile, ha allargato le maglie del SIA rendendo i criteri di accesso alla misura meno selettivi.

PON inclusione: Per il finanziamento del SIA, vengono stanziati apposite risorse del PON Inclusione, a valere sul Fondo Sociale Europeo (in questo territorio attraverso la partecipazione ad un bando non competitivo le risorse stanziati sono state ottenute ed indirizzate all'orientamento e rafforzamento del personale dedicato). Viene in tal modo riconosciuto l'onere gestionale e organizzativo della messa in opera di una politica così complessa, supportandola con specifiche risorse per l'attivazione dei beneficiari al di là di quanto previsto per i trasferimenti monetari rivolti alle famiglie.

RES -Reddito di solidarietà: Il Reddito di Solidarietà (operativo dal mese di settembre 2017) consiste in un sostegno economico, erogato nell'ambito di un progetto di attivazione sociale e di inserimento lavorativo concordato, finalizzato a superare le condizioni di difficoltà del richiedente e del relativo nucleo familiare attuato attraverso l'integrazione con le misure di contrasto alla povertà attive a livello nazionale estendendo in un'ottica universalistica i beneficiari del SIA nella nostra regione a tutti i nuclei con ISEE sotto ai 3000 euro. L'imminente estensione della platea dei beneficiari del REI (dal 1° luglio 2018 decadranno infatti i requisiti collegati alla composizione del nucleo familiare richiedente) comporterà una evoluzione anche del RES.

REI - Reddito di Inclusione: viene introdotto con il decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017, quale livello essenziale delle prestazioni. In linea con lo spirito della legge 328/2000 i servizi, e non solo le erogazioni monetarie, diventano quindi livelli essenziali da prevedere e salvaguardare. La nuova misura può essere richiesta dai cittadini a partire dal 1° dicembre 2017, mentre il SIA cessa il 1° novembre, anche se di fatto continua ad essere erogato ai beneficiari in corso fino alla naturale scadenza del beneficio, salvo richiesta espressa di passare al ReI, se di maggior favore. In continuità con il SIA anche il ReI prevede l'abbinamento di un contributo economico, erogato sempre sotto forma di carta di pagamento elettronica, con un progetto di attivazione sociale e/o lavorativa, la cui regia è demandata ai servizi sociali dell'Unione in rete con gli altri attori del comparto lavoro, scuola e servizi specialistici. Il beneficio economico può essere concesso per un periodo di 18 mesi, non più 12 come il SIA, e sarà necessario che trascorrono almeno 6 mesi dall'ultima erogazione prima di poterlo richiedere nuovamente. La carta, oltre a consentire acquisti in tutti i supermercati e negozi convenzionati, può anche essere usata per prelevare contante fino ad un limite massimo pari alla metà del contributo mensile spettante, pratica non ammessa per il SIA. Fermo restando il possesso dei requisiti economici, il ReI è compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa; viceversa, non è compatibile con la contemporanea fruizione, da parte di qualsiasi componente il nucleo familiare, della NASpI (Nuova Assicurazione Sociale per l'Impiego) o di altro ammortizzatore sociale per la disoccupazione involontaria, così come avveniva per il SIA. La Legge di Bilancio 2018, prevede inoltre un significativo potenziamento del ReI: a partire dal 1° luglio 2018 non sarà più "categoriale", ma sarà rivolto a tutti coloro che, indipendentemente dalla tipologia familiare di appartenenza - e quindi dalla presenza di figli minorenni o disabili o di disoccupati ultracinquantenni - presenteranno i requisiti di natura economica necessari.

Per il finanziamento della nuova misura è previsto a livello nazionale l'attivazione di un apposito Fondo Povertà, la cui dotazione finanziaria sarà pari a circa 2 miliardi di euro per il 2018 per arrivare a 2 miliardi e 700 milioni nel 2020; una quota di tali risorse, oltre a quelle del PON Inclusione a valere sul Fondo Sociale Europeo, saranno inoltre specificatamente e strutturalmente destinate al rafforzamento dei servizi territoriali, a salvaguardia cioè dei livelli essenziali delle prestazioni previsti.

Legge Regionale 14/2015: finalizzata a promuovere e sostenere l'inserimento al lavoro, l'inclusione sociale e l'autonomia, attraverso il lavoro, delle persone in situazioni di "fragilità e vulnerabilità" definita come condizione, potenzialmente temporanea, caratterizzata dalla compresenza di problematiche afferenti alla dimensione lavorativa e sociale o sanitaria e si fonda sull'assunto che il lavoro, oltre a garantire autonomia economica, favorisca l'inclusione sociale rafforzando identità, autostima e senso di appartenenza ad una comunità. Pur non sovrapponibili le definizioni di fragilità e quella di povertà, sono certamente correlate in quanto la condizione di grave disagio economico spesso rappresenta causa o conseguenza di una situazione di fragilità.

Condizione per il riconoscimento di benefici è la valutazione multidimensionale della condizione delle persone, l'attivazione di équipe multi-professionali, la costruzione di un programma di intervento personalizzato, il rispetto degli impegni previsti da parte della persona presa in carico. Agli ambiti distrettuali è demandato il compito di definire, sulla base delle linee di programmazione regionali, il Piano integrato territoriale che, individua gli obiettivi, le priorità, le misure d'intervento e organizzazione delle équipe multi-professionali. Il Piano inoltre prevede modalità di coordinamento con quanto definito nei Piani di zona per la salute ed il benessere e i relativi programmi attuativi annuali ex L.R. 2/2003 e con il Piano annuale delle politiche attive a sostegno dell'inserimento lavorativo delle persone disabili. Il Piano ha una durata triennale e per il primo anno coincide con il Programma annuale. Il Piano-Programma è

oggetto di consultazione preventiva con le organizzazioni datoriali e sindacali più rappresentative a livello regionale individuate dalla Commissione Regionale Tripartita.

Appare evidente come queste misure, SIA/REI, RES, PON inclusione e LR 14/2015, siano parte integrante di una medesima architettura a contrasto alla povertà e a favore dell'attivazione lavorativa. Si tratta infatti di norme che introducono strumenti comuni, un nuovo modo di concepire i servizi, un modello integrato di lavoro per gli operatori professionali (attraverso equipe multi-professionali) ed un insieme di strumenti per costruire relazioni con i cittadini che rischiano di rimanere completamente esclusi dal mercato del lavoro e dalla società attiva.

Inoltre tra le soluzioni già in sperimentazione in questo territorio occorre citare la metodologia "**Housing first**", sistema innovativo di intervento che permette alle persone in situazione di estrema marginalità sociale di sperimentarsi in percorsi finalizzati al raggiungimento di autonomia e di un benessere psico fisico anche attraverso l'accoglienza in servizi di co-housing. Questo luogo di accoglienza in coabitazione si propone come uno spazio di transizione da situazioni marginali per persone fragili, senza fissa dimora, in uscita da strutture di protezione/cura/detenzione e dal vigente sistema di prima accoglienze per rifugiati e persone in carico al Servizio Sociale.

Le linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta hanno infine guidato la progettazione coordinata dalla Regione E/R, attraverso un bando non competitivo destinato a coniugare quanto previsto dall'Obiettivo Tematico "Inclusione sociale e lotta alla povertà" del Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione" del Fondo Sociale Europeo (FSE), che negli Assi 1 e 2 prevede di sostenere la riduzione della marginalità estrema nelle aree urbane attraverso il potenziamento dei servizi rivolti alle persone senza dimora, con il Programma Operativo I del Fondo di Aiuti Europei agli Indigenti (PO I FEAD), che prevede una specifica misura sulla deprivazione materiale delle persone senza dimora. Tale misura riguarda infatti la realizzazione di interventi a bassa soglia per rispondere ai bisogni materiali immediati delle persone senza dimora quali ad esempio la distribuzione di beni di prima necessità (sacchi a pelo, vestiario, kit per l'igiene personale) e di altri beni materiali all'interno di progetti più complessivi di accompagnamento finalizzati all'autonomia. Il progetto regionale, finanziato attraverso entrambi questi fondi e denominato "**INSIDE** - Interventi Strutturati e Innovativi per contrastare la grave emarginazione adulta senza Dimora in Emilia-Romagna", ha come partner attuatori i Comuni capoluogo (tra cui Forlì/Cesena); prevede, tra gli interventi, l'erogazione dei servizi di accoglienza non solo attraverso le strutture tradizionali a bassa soglia ma anche tramite la prosecuzione della positiva esperienza dell'Housing First. Il progetto INSIDE, che si concluderà a fine 2019, mira inoltre a sviluppare un sistema articolato di interventi a bassa soglia e di pronto intervento sociale, anche attraverso l'utilizzo delle unità di strada, nonché di forme di accoglienza e risposte abitative incentrate sull'approccio dell'empowerment e del lavoro di comunità, ed in forte connessione con il servizio sociale territoriale.

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

L'orientamento di quest'ambito distrettuale è di utilizzare la quota di Fondo povertà destinata al rafforzamento di interventi e servizi, in coerenza con gli standard /livelli essenziali delle prestazioni, così come previsti nel Piano povertà regionale e nel Piano povertà nazionale (avendo sostanzialmente rispettato le rimanenti priorità)

Rispetto all'utilizzo delle risorse del Fondi Povertà (nazionale e regionale) – quota servizi, l'ordine di priorità distrettuale nell'attuazione dei livelli essenziali di cui al Dlgs 147/17, come richiamati nel Piano regionale, è il seguente:

- Servizio sociale territoriale (1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti)
- Progetto personalizzato per i nuclei in cui si presenti una situazione di bisogno complesso e per i nuclei in cui si presenti una situazione di bisogno complesso e sia presente un bambino nei primi 1000 giorni di vita
- Punti di accesso/sportelli sociali

L'orientamento di quest'ambito distrettuale è di utilizzare la quota di Fondo povertà destinata al rafforzamento di interventi e servizi, in coerenza con gli standard /livelli essenziali delle prestazioni, così come previsti nel Piano povertà regionale e nel Piano povertà nazionale (avendo sostanzialmente rispettato le rimanenti priorità) nei **progetti personalizzati** di contrasto.

2) Sintesi delle scelte previste nell'avviso 3 PON/FSA Inclusione.

Il Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione" - del 17 dicembre 2014, è a titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali - Divisione II della Direzione Generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali - MLPS - nell'ambito della programmazione 2014-2020 relativa al Fondo Sociale Europeo (FSE).

L'Avviso pubblico n. 3/2016, adottato dalla Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali con Decreto Direttoriale del 03 agosto 2016, riguarda la presentazione di progetti da finanziare a favore di proposte di intervento per l'attuazione del Sostegno per l'Inclusione Attiva; l'articolo 12 del suddetto Avviso prevedeva l'istituzione di apposite Commissioni di Valutazione con il compito di analizzare le proposte progettuali presentate dagli Ambiti Territoriali sotto il profilo dell'ammissibilità e della valutazione di merito dei progetti secondo quanto previsto dai criteri e sub-criteri individuati all'art. 13 del suddetto Avviso 3/2016. Con PEC 3678/46 del 26/01/2017 codesta Unione, ovvero Ente capofila dell'Ambito Territoriale Distretto Cesena Valle Savio, ha trasmesso al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali la propria proposta di intervento territoriale secondo le modalità e la modulistica prevista dal più volte richiamato Avviso 3/2016. Con **Decreto Direttoriale n. 120 del 06/04/2017**, tra gli elenchi dei progetti ammessi a finanziamento proposti dalle Commissioni di valutazione, ai sensi del richiamato Avviso n. 3/2016, è stato approvato con il relativo finanziamento il progetto del Distretto Cesena Valle Savio per un importo complessivo pari ad **€ 273.027,00** (da utilizzare nel periodo 2016/2019). Inoltre così come indicato in via generale nel paragrafo 2 della Circolare n. 2 del 2 febbraio 2009, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, parti di attività progettuali saranno svolte da soggetti partner originariamente indicati come tali nel progetto o, comunque da soggetti tra i quali intercorre un vincolo associativo, come ad esempio, nel caso di specie, con **l'ASP del Distretto Cesena Valle Savio**. L'Unione dei Comuni Valle del Savio è comunque il solo soggetto che riceve i finanziamenti, anche a nome del partner di progetto (ASP) ed assicura che tutti i contributi ricevuti siano riassegnati per la loro parte ai suddetti partner. L'Unione dei Comuni Valle del Savio garantisce, che gli interventi destinati a beneficiare del cofinanziamento del PON concorrano al conseguimento dell'obiettivo generale del PON medesimo e dell'obiettivo specifico dell'Asse 1 - Regioni più sviluppate - "Sostegno a persone in povertà e marginalità estrema". Il progetto de quo prevede il rafforzamento del sistema SIA nazionale, sia nella fase di preassessment, che assessment/progettazione e presa in carico dei nuclei familiari ricadenti nella relativa misura, tramite **l'acquisizione di personale**. In particolare con le risorse del PON inclusione - avviso 3 - sono state assunte, anche tramite il partner ASP, **tre nuove figure professionali** (due assistenti sociali dedicate ed un educatore con competenze anche di counselling) a tempo pieno con contratto a tempo determinato.

3) Sintesi del Piano Integrato territoriale dei servizi pubblici, del lavoro, sociali e sanitari (vedasi successive schede allegate del Piano Integrato territoriale (PIT) e del Programma di attuazione annuale 2018)

Nel territorio del Distretto Cesena-Valle Savio, ed in generale nella Provincia di Forlì-Cesena, si riscontra il perdurare di una situazione occupazionale di particolare criticità per le persone in condizione di fragilità e vulnerabilità in cerca di lavoro: la crisi economica, ha infatti aggravato la condizione di marginalità di numerosi nuclei familiari, acuendone la distanza dal sistema produttivo e introducendo dinamiche di dipendenza dal sistema pubblico di sostegno.

Dal rapporto congiunturale sul lavoro dipendente (elaborato dall'Agenzia Emilia Romagna Lavoro relativo al terzo trimestre del 2017, basato sull'analisi dei flussi di lavoro dipendente (attivazioni, trasformazioni, cessazioni dei rapporti di lavoro registrati negli archivi del Siler - Sistema Informativo Lavoro Emilia Romagna- delle Comunicazioni obbligatorie CO dei centri per l'Impiego) si evidenzia, per la nostra provincia una crescita delle posizioni lavorative dipendenti e dunque un consolidamento del sentiero di recupero occupazionale imboccato da circa tre anni. Dopo il recupero dell'occupazione a tempo indeterminato nel 2015, 2016, nel 2017 è il lavoro a tempo determinato a caratterizzare il trend positivo. In aumento anche i flussi di lavoro intermittente. A livello settoriale continua la crescita nel terziario, compreso il comparto turistico e si rafforza anche il recupero delle posizioni lavorative in senso stretto.

A fronte però di questi segnali positivi la situazione occupazionale in generale e di quella in particolare, delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità in cerca di lavoro, nell'ambito del Distretto di Cesena-Valle Savio ed in generale nella provincia di Forlì-Cesena si conferma critica, in quanto la crisi economica degli anni precedenti continua ad aggravare la condizione di marginalità di numerosi nuclei familiari, acuendone sempre più la distanza dal sistema produttivo e introducendo dinamiche di dipendenza dal sistema pubblico di sostegno.

Il Piano Integrato Territoriale del distretto Cesena-Valle Savio (d'ora in poi denominato Piano) quindi promuove e sostiene attraverso l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, ovvero delle persone che vivono situazioni problematiche

affendenti la dimensione lavorativa e nel contempo la dimensione sociale o sanitaria (art. 2 L.R. 14/2015). Nello stesso, sviluppato coerentemente anche con le "Linee di programmazione integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociale e sanitario per il triennio 2018-2020" (approvate con DGR 73/2018) si declinano obiettivi, priorità e misure di intervento messe in atto congiuntamente, in questo distretto, dai servizi per il lavoro dell'Agenzia del lavoro della Regione Emilia-Romagna, dai servizi sociali dell'Unione dei Comuni Valle del Savio e dai servizi sanitari dall'Ausl della Romagna.

Per il **2018**, sul territorio distrettuale si disporranno in totale di **€. 644.840,00** suddivise tra risorse provenienti dalla Regione tramite il Fondo Sociale Europeo (€ 575.840,00) dalla quota di compartecipazione Unioni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato pari ad €. 58.000,00) e da risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionali (pari ad €. 11.000,00)

Con tali risorse, i principali obiettivi del piano si possono così riassumere

- Favorire l'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti in condizione di svantaggio e fragilità sociale sviluppando e/o consolidando pratiche e metodologie di interventi di rete;
- Sostenere il processo di integrazione territoriale delle politiche sociali, sanitarie e del lavoro (compreso la parte formativa);
- Sostenere e sviluppare un approccio multidimensionale ai bisogni complessi che presentano caratteristiche di natura lavorativa e sociale e/o sanitaria;
- Rafforzare la collaborazione e l'integrazione tra il sistema dei servizi pubblici (sociali, sanitari e del lavoro), il sistema produttivo locale, sia profit che non profit, ed i soggetti del terzo settore;
- Favorire l'ampliamento e lo scambio di competenze specialistiche nei suddetti servizi pubblici;
- Calibrare maggiormente i corsi di formazione nonché i tirocini alle attuali esigenze del mercato lavorativo, tramite un dialogo più stretto tra i servizi pubblici coinvolti, gli enti di formazione ed il tessuto produttivo delle imprese locali;
- Ridurre progressivamente le misure di sostegno sociale economico di natura "assistenziale" favorendo interventi ed azioni pro-attive, finalizzate all'acquisizione di competenze spendibili nel mercato del lavoro (formazione al/sul lavoro, ricerca attiva ...);
- Realizzare un sistema di monitoraggio integrato ed efficace del nuovo modello di intervento.

4) informazioni sull'organizzazione e sulle caratteristiche dei servizi per ambito distrettuale, incluse le professionalità impiegate

Le Linee guida regionali (DGR 1012/2014) già auspicavano la presenza di almeno un assistente sociale (AS) ogni 5.000 abitanti in tutti gli ambiti distrettuali. Lo stesso obiettivo, o meglio vincolo, è oggi proposto dal piano povertà a livello nazionale quale livello essenziale, il che, declinato a livello distrettuale vedrebbe un minimo territoriale assestarsi a **23,35 Assistenti Sociali** (116.777 abitanti nel distretto al 01/01/2017 "fratto" 5.000). L'attuale dotazione organica per i servizi in gestione associata (escludendo le A.S. per i servizi più marcatamente sanitari "in capo all'AUSL", Centro Salute Mentale, Sert, Consulitori, ecc) vede già rispettata la prima priorità, con seguente situazione:

Dotazione AS servizi in gestione associata Unione dei Comuni "Valle del Savio"

Servizi Unione	Assistenti sociali
Marginalità	3
Povertà (PON)	2
Anziani (compreso 2 AS per dimissioni protette)	10
Persone con disabilità	4
Minori e famiglie (esclusa una figura professionale non ancora coperta)	10
Totale	29

Le risorse ripartite a livello distrettuale verranno quindi utilizzate a favore dei progetti personalizzati per i nuclei in cui si presenti una situazione di bisogno complesso e per i nuclei in cui si presenti una situazione di bisogno complesso e sia presente un bambino nei primi 1000 giorni di vita

L'ultimo obiettivo (priorità) fissato dal Piano è infine il raggiungimento di una dotazione minima di punti di accesso e informazione quale livello essenziale. In questo distretto, anche in coerenza con il piano regionale, troviamo due punti di accesso e informazione presso il Comune di Cesena, sportello sociale e sportello PON, (cfr. piano regionale: *un punto di accesso ogni 40.000 abitanti per i comuni con popolazione superiore ai 40.000*) ed un punto di accesso e informazione presso i Comuni del distretto: Montiano, Mercato Saraceno, Sarsina, Bagno di Romagna e Verghereto (cfr. *un punto di accesso per ogni comune con popolazione inferiore ai 40.000 abitanti, prevedendo la necessaria flessibilità organizzativa in relazione alle esigenze della popolazione*).

Servizi, attività ed interventi di accoglienza persone in condizione di grave marginalità sociale:

Rete di accoglienza per emergenza profughi

Centro diurno "La Marmotta Rossa"

Centro comunale di prima accoglienza notturna

Progetto "Housing First"

Unità di strada "Via delle stelle"

Progetto Inside

Tavolo "delle Povertà"

5) Modello di governance realizzato distrettuale

Un sistema di contrasto alla povertà efficace richiede un forte coordinamento tra i vari attori coinvolti. Attuato sostanzialmente l'obiettivo del precedente Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR) 2008-2010 dell'integrazione degli interventi tra sanità e sociale e tra gli operatori del sociale e della sanità una seconda fase è passata attraverso l'introduzione della LR14/15, con la quale la Regione Emilia-Romagna ha esteso, per l'area della fragilità, il vincolo della gestione integrata anche ai servizi per il lavoro. Il nuovo Il Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR) 2017-2019 si pone come ulteriore impegno specifico anche la riflessione per la definizione di sedi tecniche e politiche di governo integrato delle politiche sociali e dell'abitare sia a livello regionale sia a livello distrettuale. Questa scelta consente una maggiore facilità di lavoro sia per quanto riguarda la programmazione degli interventi, che nella presa incarico e nella gestione dei servizi. Ciò risulta inoltre coerentemente in uno degli obiettivi principali sanciti PSSR 2017-2019 che conferma il ruolo strategico del Distretto, quale ambito capace di coniugare le varie specificità territoriali con un governo delle scelte efficace assieme ad un razionale uso delle risorse disponibili.

A livello del Distretto Cesena Valle Savio è quindi il Comitato di Distretto/Giunta Unione (assieme alla Commissione Welfare) con il coordinamento tecnico organizzativo dell'Uffici o di Piano ad assolvere alla funzione di articolazione della Rete della protezione e dell'inclusione sociale.

La LR 12/13, inoltre, all'art 1 già definisce gli ambiti distrettuali circoscrizioni territoriali nelle quali gli EE.LL. esercitano le funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari. La gestione associata è ripresa ed individuata come obiettivo strategico anche del nuovo PSSR 2017-2019, obiettivo già raggiunto da alcuni anni in questo territorio prima attraverso la Gestione Associata dei Servizi e successivamente con l'unione dei Comuni "Valle del Savio".

Il D.Lgs. 147/2017, infine, individua 3 Livelli essenziali delle prestazioni nella lotta alla povertà, puntualmente ripresi nel Piano Nazionale di contrasto alla Povertà:

1) INFORMAZIONE - ACCESSO, con funzioni di informazione, consulenza, orientamento e assistenza nella presentazione della domanda. Tali funzioni sono garantite dal sistema dei servizi sociali territoriali con la rete degli sportelli sociali che svolgono già funzioni di segretariato sociale.

2) VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, intesa come analisi preliminare e approfondita dei bisogni, nell'ambito del servizio sociale territoriale e in caso di bisogno complesso, in equipe multidisciplinari a composizione variabile, da calibrare in base alle singole situazioni del nucleo.

3) PROGETTO PERSONALIZZATO che dovrà ricomprendere la definizione degli obiettivi generali e dei risultati specifici attesi, l'insieme dei sostegni (servizi e interventi) messi a disposizione dei nuclei da parte dei servizi coinvolti e dai soggetti del terzo settore che collaborano all'attuazione del progetto e gli impegni assunti dai nuclei medesimi. In questo caso, sotto la regia del Servizio sociale territoriale si possono prevedere molteplici servizi/interventi a seconda del progetto definito e sottoscritto. Il servizio sociale territoriale, nelle sue componenti di Sportello sociale (assieme ai i punti di accesso e informazione) e Servizio Sociale Professionale, rappresenta lo snodo centrale per la attivazione e la

realizzazione delle misure di contrasto alla povertà. Dal momento dell'accesso si avvia il percorso di conoscenza, valutazione, progettazione condivisa, accompagnamento descritto nei documenti nazionali in maniera uniforme su tutto il territorio distrettuale.

L'avvio delle attività legate alle misure di contrasto (Sia, Res, Rei), con la previsione di una progettazione multidisciplinare che coinvolge più attori istituzionali, ha aumentato l'integrazione tra i diversi Enti e servizi di ambito distrettuale. Si è implementato un unico modello organizzativo di attuazione delle nuove misure di contrasto alla povertà con unica gestione coordinata a livello unitario in tutto il distretto; le informazioni, così come la raccolta delle domande, la presa in carico del nucleo e la progettazione sono affidate all'Unione dei Comuni "Valle del Savio". L'introduzione delle misure di contrasto alla povertà ha favorito positive implementazioni organizzative, con la possibilità di superare gli esistenti vincoli assunzionali. Con le risorse del PON inclusione - avviso 3 - sono state assunte tre nuove figure professionali (due assistenti sociali ed un educatore) a tempo pieno con contratto a tempo determinato.

6) modello organizzativo per l'attivazione, costituzione e funzionamento dell'equipe multi disciplinare

Nella strategia di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa delle persone beneficiarie delle misure in campo risulta cruciale la presa in carico da parte dei servizi per la predisposizione e realizzazione di un progetto personalizzato sulla base della valutazione del bisogno e basato su un patto tra persone beneficiarie e servizi. Il patto ben riassume la natura e le caratteristiche di queste strategie di intervento perché richiede da un lato la responsabilizzazione dei beneficiari nonché la previsione di condizionalità nell'erogazione delle misure di sostegno, dall'altro l'impegno dei servizi nell'offrire opportunità mirate alla capacitazione e all'inclusione sociale e lavorativa delle persone. Nell'iter specifico previsto per il ReI, il progetto viene predisposto dai servizi sociali dell'Unione che operano in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà e di inclusione sociale. Gli interventi e impegni specifici vengono individuati dagli operatori, sulla base di una valutazione di bisogni e risorse. La valutazione prende in considerazione diverse dimensioni come le condizioni personali e sociali, la situazione economica e lavorativa, il profilo di "occupabilità" e formazione, la condizione abitativa, nonché le reti familiari e di prossimità sociale.

Le equipe (Sia, Res, Rei e Legge 14) si svolgono a livello di ambito distrettuale ed hanno una medesima composizione tranne che per la LR 14/2015 in cui tendenzialmente sono presenti più operatori. In media l'equipe multidisciplinare si riunisce una volta al mese, convocata dal Centro per l'Impiego, dove fisicamente si tiene la riunione di equipe. Per quanto riguarda la LR 14/2015 sono invece i Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni che fanno da regia rispetto alle convocazioni dell'equipe. Si è iniziato a dialogare con costanza con il locale Centro per l'Impiego, ed al bisogno sono stati coinvolti, su input delle famiglie degli assistenti sociali responsabili dei casi, i servizi afferenti alla sanità, i servizi scolastici ed educativi nonché il terzo settore. Si è reso quindi possibile analizzare casi e successivamente costruire progetti che potessero fornire all'equipe di riferimento uno sguardo più ampio possibile rispetto ai punti di forza o di criticità in campo. Si riscontra una buona collaborazione tra servizi grazie all'attenta pianificazione delle riunioni di equipe ed al coordinamento di queste, pur senza un preciso protocollo formalizzato di ambito distrettuale, da parte di una figura di riferimento. Oltre il 75% dei nuclei beneficiari del SIA e del RES ha avuto un progetto personalizzato. Nel lungo periodo questa nuova organizzazione, sempre nel rispetto dei principi di adeguatezza, appropriatezza, non eccedenza e flessibilità, potrebbe portare cambiamenti ed innovazioni organizzative nel territorio di riferimento evitando eventuali duplicazioni e consentendo una maggiore consapevolezza di presa in carico globale da parte delle famiglie, incrementando le possibilità di tenuta nel tempo.

7) modalità e strumenti per la partecipazione e confronto con i soggetti del III° settore a livello distrettuale

In questi anni molto si è investito al fine di valorizzare e potenziare il lavoro con le reti ed il lavoro di comunità. Si tratta di un approccio metodologico che richiede senza dubbio un significativo investimento in termini di tempo e risorse umane e che comporta una maggiore complessità del lavoro, ma che restituisce anche una ricchezza altrimenti non ottenibile. Il presente Piano di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale, così come il Piano sociale e sanitario 2017-2019 della regione, richiamando anche il "Protocollo per l'attuazione del RES e delle misure a contrasto di povertà ed esclusione sociale in Emilia-Romagna", viene elaborato proprio attraverso il confronto tra istituzioni, terzo settore, volontariato, associazionismo, imprese sociali, professionisti della sanità e del sociale e sindacati, sottolineando come i soggetti pubblici siano sempre più chiamati ad attivare e facilitare un coinvolgimento ampio e qualificato da parte dei numerosi attori del territorio; così come a livello regionale, obiettivo locale è creare innovazione sociale, dare un valore aggiunto agli interventi, conseguire economie di scala, crescita della partecipazione e del protagonismo della comunità territoriale. Per rendere efficace questo approccio

occorre costruire veri e propri patti di collaborazione e/o progettazione, in cui ciascun soggetto, a partire dal proprio specifico mandato viene messo nella condizione di poter apportare il proprio contributo alla crescita e al benessere dell'intera comunità, costruendo assieme risposte e percorsi che rendano più efficace l'azione e più equo e razionale l'uso delle risorse. In quest'ottica di integrazione del ruolo e delle specificità del Terzo settore quale importante elemento di qualificazione del sistema distrettuale, già da diverso tempo in questo territorio è attivo il Tavolo Povertà che vede la partecipazione di: Associazione di carità "Mater Caritatis" Cesena, Croce Rossa Italiana sez. femminile Cesena, Associazione "Società San Vincenzo de Paoli" Cesena, Associazione di volontariato "Banco di Solidarietà" Cesena, Associazione "Centro Aiuto alla Vita" Cesena, Associazione "Campo Emmaus" Onlus Cesena, Gruppo Famiglie "Casa Bella", Coop. Sociale "Comunità Grazia e Pace".

8) Richiamo in sintesi delle schede attuative del Piano Sociale e sanitario regionale (PSSR) n. 22 e n.23 come da DGR n. 1423 del 02/10/2017

Scheda 19 - MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTÀ – SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA E REDDITO DI SOLIDARIETÀ (SIA/REI - RES):

Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta, come misura nazionale di contrasto si è dato il via alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva e del Reddito di inclusione-REI. La Regione Emilia-Romagna nel mese di dicembre 2016 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. Attraverso la legge regionale 24/2016 "*Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito*" che prevede l'istituzione del Reddito di solidarietà - RES - finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica.

La Regione Emilia-Romagna, anche in collaborazione con ANCI ER, dovrà supportare e coordinare i Comuni al fine di facilitare l'avvio del Reddito di Solidarietà su tutto il territorio regionale, garantendo il necessario coordinamento con l'attuazione del SIA/REI, da un lato, e dall'altro con l'attuazione della legge regionale 14/15 "*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 e che pertanto rappresenta l'infrastruttura delle misure di politica attiva del lavoro attivabili, se possibile ed opportuno, per promuovere il reinserimento delle persone beneficiarie del RES e del SIA/REI.

L'attuazione congiunta di queste 3 misure (SIA/REI, RES e LR 14/15), dovrebbe consentire di potenziare gli strumenti a disposizione delle istituzioni, degli operatori e delle organizzazioni per integrare le politiche sociali, sanitarie e del lavoro al fine di sostenere e supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie, anche attraverso la sperimentazione di strumenti innovativi. L'obiettivo è migliorare le competenze, potenziare le capacità e favorire l'occupabilità dei soggetti coinvolti; fornire loro gli strumenti per fronteggiare il disagio, rinsaldare i legami sociali e riconquistare gradualmente il benessere e l'autonomia.

A livello territoriale i Comuni e gli ambiti distrettuali, sulla base di una valutazione multidimensionale dei bisogni e delle potenzialità di ciascuna famiglia, dovranno garantire interventi personalizzati di: presa in carico, orientamento, monitoraggio e attivazione di interventi sociali in rete con altri servizi pubblici e privati del territorio. Alle possibilità concrete di rafforzare e qualificare l'organico attraverso la partecipazione ai bandi PON, va data continuità con la quota vincolata per i servizi d'inclusione sociale, parte della dotazione del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (REI).

Per il SIA i beneficiari sono i nuclei familiari con presenza di almeno un componente minorenni o di un figlio disabile, ovvero di una donna in stato di gravidanza accertata e con ISEE inferiore o uguale a 3000 euro; per il RES i beneficiari sono tutti i nuclei familiari, 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; per la Legge Regionale 14/15 i beneficiari individuati sono individui "fragili" così come definiti dallo strumento di valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità denominato "Indice di fragilità" (DGR 191/2016).

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

Scheda 20 - AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI - Lr 14/2015:

Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola

regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali. La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30/07/2015, 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."*

Questa legge si basa su alcuni punti:

- un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse di più servizi;
- la condizione di fragilità è condizione temporanea che può essere superata;
- il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate.

Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:

- 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.

La Giunta regionale ha già approvato numerosi atti per avviare le attività previste dalla legge e quindi dare attuazione alla stessa:

- con delibera n. 191/2016 è stato approvato lo strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità delle persone.
- con delibera n. 1230/2016 si è approvata la ridefinizione degli ambiti territoriali di riferimento dei Centri per l'impiego.
- con delibera n. 1229/2016 sono state approvate le linee di programmazione integrata previste all'articolo 4 della L.R. 14/2015 e il piano integrato territoriale
- con delibera n. 1441 del 12 settembre 2016 la Giunta regionale ha approvato una direttiva per la redazione degli accordi di programma distrettuali e approvato lo schema di accordo tipo;
- con delibera n. 1803 del 9 novembre 2016 sono state approvate tutte le proposte di accordo quadro e i relativi piani integrati territoriali presentate dagli ambiti distrettuali ai sensi dell'art. 4 della Legge regionale 14 /2015;
- con Decreto del Presidente n. 247 del 16 dicembre 2016 vi è stata l'approvazione degli Accordi di programma e dei Piani integrati previsti dall'art. 4 della L.R.14/2015;
- infine con delibera di Giunta Regionale n. 2324 del 21 dicembre 2016 è stato approvato l'invito a presentare operazioni per l'inserimento al lavoro, l'inclusione sociale e l'autonomia, attraverso il lavoro, delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità. Si tratta dell'avvio del procedimento giuridico – amministrativo che serve per finanziare le azioni inserite nel programma personalizzato di politiche attive del lavoro a disposizione dell'équipe territoriali;
- con delibera n.297 del 30/03/2017 sono state approvate le 38 operazioni una per ogni distretto;
- oltre alla redazione di tutti gli atti amministrativi è stato anche predisposto uno strumento informatico per la gestione di tutte le attività previste dalla legge .

A regime si avrà un modello multilivello sovrapponibile e integrabile a quello dei Piani di zona e quindi le attività da espletare saranno:

- linee di programmazione triennali regionali che definiscono gli obiettivi e le priorità degli interventi, le risorse disponibili, i criteri di riparto, le regole per l'accesso e la decadenza dei benefici, le competenze delle equipe territoriali;
- piano integrato territoriale triennale che individua gli obiettivi locali, le priorità, le misure di intervento e il modello organizzativo. Il Piano, coordinato o integrato con il piano di zona, viene approvato con accordo di programma che impegna le parti a erogare le prestazioni di propria competenza;
- programma annuale di attuazione distrettuale che definisce in modo specifico l'utilizzo delle risorse in funzione delle diverse tipologie di intervento.

A seguito della programmazione avviene da parte dell'équipe multi professionale la presa in carico integrata. Non si crea un nuovo, ulteriore servizio ma si riunisce una équipe multi professionale che, assieme alla persona, effettua l'analisi della situazione e predispose il programma personalizzato.

Il programma viene sottoscritto in forma di patto come assunzione degli impegni da parte dei servizi e della persona per la quale è formulato. Ogni programma è affidato ad un responsabile individuato all'interno dell'équipe.

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.

Capitolo 5

Processo per la realizzazione del Piano di zona

Premessa

La legge 328/2000- "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"- propone il metodo della programmazione integrata, da un lato, tra enti locali, azienda sanitaria e realtà del Terzo settore, dall'altro, tra servizi sociali, sanitari, educativi e della formazione/lavoro al fine di disegnare il sistema locale integrato di interventi e servizi sociali (art. 3), in coerenza con i livelli essenziali e uniformi della prestazioni definiti a livello nazionale (art. 9). I Comuni, singoli o tra loro associati, hanno il compito di assicurare alle persone e alle famiglie la fruizione di tali prestazioni e servizi e di valorizzare gli apporti che i diversi soggetti individuate nell'art.1 della legge (Enti locali, Regioni e Stato) potranno fornire. La legge individua tre specifici livelli programmazione e di integrazione per accompagnare e favorire l'intero processo: il livello nazionale, che elabora il piano triennale nazionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 18); quello regionale, a cui è affidata la stesura piano regionale (art. 18) e infine quello locale, relativo all'ambito territoriale determinato dalle singole Regioni (di norma il distretto socio-sanitario), all'interno del quale avverrà l'esercizio associato delle funzioni sociali, da parte dei comuni. Il piano di zona (art. 19) è lo strumento di questa programmazione locale triennale ad uso del territorio, che dovrà supportare la realizzazione e la messa in rete di interventi e di servizi e il loro potenziamento, in coerenza con i fabbisogni della popolazione di riferimento.

Il Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale 2018-20 del Distretto Cesena-Valle Savio si muove pertanto all'interno delle linee guida regionali, che sono state definite dal "Piano sociale e sanitario 2017-2019" della Regione Emilia Romagna¹. In particolare il Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019 ha evidenziato le seguenti 3 priorità e 5 aree di intervento trasversali:

PRIORITA':

1. Lotta esclusione e povertà
2. Distretto luogo strategico dell'integrazione
3. Sviluppare strumenti di prossimità e integrazione

AREE DI INTERVENTO TRASVERSALI:

1. Prossimità e domiciliarità
2. Riduzione delle disuguaglianze e promozione della salute
3. Promozione dell'autonomia delle persone
4. Partecipazione e responsabilizzazione dei cittadini
5. Qualificazione dei servizi

Il "Piano sociale e sanitario 2017-2019" della Regione Emilia Romagna ha inoltre introdotto uno strumento innovativo di declinazione operativa dei principi, delle priorità e delle aree trasversali: le "schede d'intervento"². Le schede definiscono nel dettaglio gli interventi da realizzare in ogni ambito distrettuale, individuano gli obiettivi e le azioni da sviluppare nell'arco di vigenza triennale del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione e trasversalità, e dettagliano destinatari e indicatori per la misurazione del risultato. Le schede sono divise per le 5 aree di intervento e in tutto sono 39: 5 di competenza esclusivamente regionale e 34 di competenza locale.

Nella definizione del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2018-20 del Distretto Cesena-Valle Savio, ci si è avvalsi pertanto di questa cornice generale di riferimento e di tutti gli strumenti disponibili, per riuscire a delineare un quadro realistico dei bisogni della realtà territoriale, partendo dai dati statistici e demografici a disposizione, integrati dai risultati di ricerche svolte ad hoc all'interno del territorio. Si è inoltre cercato di approfondire l'analisi dei bisogni consultando direttamente i vari soggetti pubblici e privati, che per le loro posizioni e ruoli sociali (operatori dei servizi, enti gestori, enti del terzo settore e sindacati..), possono essere considerati sicuramente dei testimoni significativi e membri di quella "comunità competente", che rappresenta un elemento imprescindibile per la programmazione e realizzazione dei servizi.

¹ Approvato dall'assemblea legislativa regionale con Delibera n. 120 del 12 luglio 2017, su proposta dalla Giunta regionale (delibera n. 643 del 15 maggio 2017).

² Approvate con Delibera di Giunta Regionale N. 1423 /2017- Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei piani di zona distrettuali per La salute e il benessere sociale.

Il processo di partecipazione locale

La metodologia utilizzata nell'elaborazione del Piano è stata quella di un percorso partecipato e concertato, che ha visto confrontarsi istituzioni pubbliche, terzo settore (volontariato, associazionismo, cooperative sociali..), professionisti del sociale e della sanità, sindacati e cittadini.

Il confronto con i diversi stakeholder del territorio è avvenuto con quattro modalità differenti:

1. incontri coi sindacati
2. incontri nei vari Comuni con associazioni di cittadini e realtà del Terzo settore
3. indagine con intervista agli operatori dei servizi sociali (assistenti sociali, educatori..)
4. Altri contesti di partecipazione continua: Tavolo povertà, Tavolo abilità diverse, Osservatorio "diritti dei bambini", Coordinamento accoglienza profughi, Tavoli di lavoro Prefettura "integrazione titolari di protezione internazionale", Rete "Comunità Accogliente..."

1. Gli incontri coi le Organizzazioni Sindacali

Così come previsto dalla L.R. 2/2003³ il percorso concertativo intrapreso ha rimarcato il ruolo di rappresentanza locale rivestito dalle Organizzazioni Sindacali nella programmazione ed implementazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio-sanitari territoriali. A tale scopo si sono svolti tre incontri improntati ad un ampio confronto partecipativo, che hanno registrato le diverse osservazioni di volta in volta emerse e la loro relativa successiva riproposizione nel percorso di condivisione più allargato (descritto nel paragrafo 2). Dopo il primo incontro rivolto ad un primo confronto sul metodo e sulle indicazioni e gli indirizzi regionali da riproporre a livello distrettuale⁴, si è passati nel secondo incontro ad una dettagliata analisi/confronto sul come siano mutati i bisogni ed i servizi dall'ultima programmazione triennale del 2008 ad oggi. Nel terzo e conclusivo incontro si è preso atto delle osservazioni di dettaglio formulate e si è condivisa l'esigenza di riproporre dettagliandole, nelle varie schede di intervento specifiche del presente Piano di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale 2018-2020. A titolo puramente indicativo, e non esaustivo, si riportano le sottolineature sulle necessità di:

- avanzare con il percorso per la casa della salute anche nel territorio cittadino cesenate
- prevedere un ampliamento dell'offerta dei posti residenziali per anziani per accompagnare i fenomeni demografici di invecchiamento previsti;
- rinnovare l'attenzione alle politiche di genere ed antidiscriminatorie;
- ampliare il coordinamento tra gli attori pubblici protagonisti delle politiche regionali e nazionali a contrasto della povertà e dell'esclusione sociale (L.R. 14/15, L.R. 24/16, Reddito di inclusione sociale nazionale- REI) 5;
- tenere alta l'attenzione sulle fragilità di minori, adolescenti, adulti ed anziani
- confermare il distretto come fondamentale nodo strategico territoriale.

Data	Luogo	Oggetto	OO.SS Confederali e Pensionati
08/02/2018	Sala Giunta - Comune Cesena	Indicazioni ed indirizzi distrettuali	CGIL-CISL-UIL
16/03/2018	Sala Nera - Comune Cesena	Analisi 2008/2018: bisogni mutati, servizi nuovi	CGIL-CISL-UIL
06/04/2018	Sala Nera - Comune Cesena	Confronto sulla programmazione dei servizi 2018 - 2020	CGIL-CISL-UIL

³ Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2 della Regione Emilia Romagna- "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

⁴ Paragrafo 3.3 del nuovo Piano Sociale e sanitario 2017-2019 approvato con Delibera Assembleare Regione Emilia Romagna il 12/07/2017 al n. 120.

⁵ Legge Regionale 30 luglio 2015, n. 14- "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari"; Legge Regionale 19 dicembre 2016, n. 24- "Misure di contrasto alla povertà e sostegno al reddito (RES)"; Reddito di inclusione sociale-REI, introdotto dal Decreto Legislativo n. 147 del 15 settembre 2017

2. Gli incontri nei Comuni e i laboratori tematici

Il confronto con la cittadinanza e gli stakeholder locali si è realizzato durante una serie di incontri pubblici svolti in tutti i comuni del distretto (si veda di seguito il calendario incontri) organizzati con lo scopo di consentire concretamente ad ogni territorio e realtà locale di fornire il proprio contributo.

Il processo di partecipazione, denominato "Una comunità di persone e di valori", ha preso avvio il 19 marzo 2018, con l'analisi dei bisogni nell'ultimo decennio, ed è terminato il 10 aprile 2018, con la restituzione alla cittadinanza e ai diversi stakeholder di quanto emerso nei vari incontri precedenti. Complessivamente le presenze ai vari incontri sono state circa 450.

2.1 Calendario incontri: "Una comunità di persone e valori"

Comune	Data/ora	Luogo	Oggetto	partecipanti
Cesena	19/03/2018 ore 17-19.30	Aula Magna Biblioteca Malatestiana	Analisi 2008/2018: bisogni mutati, servizi nuovi	110
Mercato Saraceno	20/03/2018 ore 18-20	Sala consiglio comunale	Incontro confronto sulla programmazione dei servizi nella Valle del Savio	45
Sarsina	22/03/2018 ore 17-19	Sala consiglio comunale	Incontro confronto sulla programmazione dei servizi nella Valle del Savio	21
Cesena	27/03/2018 ore 9.30-16.30	Complesso ex Comandini C.so U. Comandini n.7	Ascoltarsi e costruire: Mattina: interventi di operatori sociali, utenti, care givers Pomeriggio: laboratori tematici	120
			1. Bambini e famiglie	22
			2. Persone con disabilità	21
			3. Disuguaglianze	24
			4. Invecchiamenti	23
5. Vivere insieme	24			
San Piero in Bagno/ Bagno di Romagna	28/03/2018 ore 18-20	Sala consiglio comunale	Incontro confronto sulla programmazione dei servizi nella Valle del Savio	40
Cesena	10/04/2018 ore 17-19	Aula Magna Biblioteca Malatestiana	Verso il nuovo piano di zona: priorità, impostazione e linee guida	110

2.2 I laboratori tematici

Per ottenere una più completa e specifica panoramica dei bisogni della popolazione, il pomeriggio del 27 marzo 2018, si è deciso di organizzare 5 laboratori tematici condotti con la metodologia del focus group⁶:

1. Bambini e famiglie
2. Persone con disabilità
3. Disuguaglianze
4. Invecchiamenti
5. Vivere Insieme

Ogni laboratorio tematico è stato condotto da un conduttore-moderatore, aiutato da una osservatore-co-conduttore, entrambi operatori dell'ufficio di piano o dei servizi sociali dell'Unione dei comuni Valle Savio". Il conduttore aveva il compito di attivare la discussione con domande-stimolo, cercando di interferire il

⁶ Focus Group: tecnica di ricerca qualitativa psico-sociale. Si tratta di riunioni di breve durata (da 1,5 H a 2,5 H) cui prende parte un gruppo persone selezionate in base a criteri di campionamento (8-12 persone circa), chiamate a discutere, in profondità, su un certo tema, secondo una scaletta di domande/stimolo predisposta dai ricercatori. Il dibattito è diretto da un coordinatore/conduttore che ha anche il compito di promuovere l'interazione fra i partecipanti, nonché di coglierne e interpretarne gli orientamenti (Enciclopedia Treccani e Sabrina Corrao, *Il focus group*, Milano, Franco Angeli, 2005).

Laboratorio: PERSONE CON DISABILITA'

PERSONE CON DISABILITA'	
Parole	Frequenza
autodeterminazione	3
inclusione	3
difficoltà	3
bisogni	2
risposte	2
realizzazione di sé	2
ascolto	2
autonomia	2
continuità	2

"PERSONE CON DISABILITA"

- **Evocazione "frammentata" e complessa**
- Centralità del tema dell'autodeterminazione - autonomia- realizzazione di sé (nonostante le);
- che sembrano potersi realizzare se ci sono capacità di ascolto, di inclusione e di dare risposte ai bisogni.



Laboratorio: DISUGUAGLIANZE

DISUGUAGLIANZE	
Parole	Frequenza
ingiustizia	7
marginalità	4
povertà	3
differenze	3
emarginazione	3
discriminazione	2
opportunità	2
diversità	2

"DISUGUAGLIANZE"

- **Ambivalenza** del termine che evoca
- 1) situazioni/condizioni negative (ingiustizia, marginalità, povertà, ed emarginazione
- 2) elementi più positivi o "neutri" (come differenze, diversità, opportunità)



I 5 Laboratori

Parole totali	Frequenze totali
inclusione	7
solitudine	7
rispetto	7
ingiustizia	7
ascolto	6
fragilità	6
accoglienza	5
relazioni	5
comprensione	5
conoscenza	4
differenze	4
educazione	4
crescita	4
marginalità	4



3. Indagine: "La Voce degli operatori"

Uno degli obiettivi del percorso di programmazione partecipata era raccogliere le opinioni degli operatori dei servizi. A tal fine è stata predisposta una breve intervista semi-strutturata, in grado di raccogliere informazioni utili alla programmazione dei servizi sociali e socio-sanitari, a partire dalla conoscenza che gli operatori (assistenti sociali, educatori...) hanno dei bisogni degli utenti in carico e della loro famiglie, nonché dei loro cambiamenti.

L'intervista chiedeva di rispondere in maniera libera a 3 grandi domande, in particolare chiedeva a ogni operatore (assistente sociale, educatore,...) di descrivere sinteticamente:

1. i principali cambiamenti che riguardano le CARATTERISTICHE degli utenti seguiti/avuti in carico, negli ultimi 5 anni
2. i principali cambiamenti che riguardano i BISOGNI
 - degli utenti
 - delle loro famiglie
3. i servizi o le prestazioni sociali e socio-sanitari che dovrebbero essere POTENZIATI nei prossimi 3-5 anni, coerentemente con gli elementi di cambiamento descritti.

L'intervista è stata inviata per mail a 41 operatori, tra assistenti sociali, educatori ed operatori di sportello. In fase di analisi le varie risposte sono state analizzate distinte per le 4 aree di intervento degli operatori sociali (area minori-famiglia e marginalità adulta, persone con disabilità, anziani, povertà e sportello multi-utenza).

Di seguito sono sintetizzati i principali risultati, sia in termini di caratteristiche e numero di rispondenti, che di contenuti emersi per ogni domanda posta.

3.1 Caratteristiche di chi ha risposto all'intervista

<i>N. interviste inviate</i>	41
<i>N. rispondenti</i>	36
<i>Femmine</i>	32
<i>Maschi</i>	4
<i>Professione</i>	Assistente sociale: 25 Educatore: 3 Altra figura: 8
<i>Anni di esperienza lavorativa</i>	12,4 anni (dato medio) 2 mesi (minimo) 23 anni (massimo)
<i>Anni di esperienza lavorativa per l'Unione</i>	8,2 anni (dato medio)
<i>Tipologia di tenti maggioretti seguiti (nella carriera lavorativa)</i>	Bambini e adolescenti: 21 Adulti: 11 Anziani: 16 Persone adulte con disabilità: 8 Minori con disabilità: 5 Famiglie povere: 7 Multiutenza: 3 Altro: 1 (assistenti famigliari)

3.2 Cambiamenti che riguardano le CARATTERISTICHE degli utenti

La prima domanda dell'intervista chiedeva agli operatori di descrivere i principali cambiamenti nelle caratteristiche degli utenti negli ultimi 5 anni⁸. Analizzando le risposte è stato possibile individuare 5 cambiamenti nelle caratteristiche degli utenti, trasversali alle differenti diverse aree di competenza e di lavoro dei operatori (area minori- famiglia e marginalità adulta; area anziani, area persone con disabilità, area povertà).

1. Il primo e più frequente cambiamento che emerge rimanda sicuramente alla **condizione economica**: in linea con la condizione economica di questi ultimi anni, infatti, l'utente che accede oggi ai servizi sociali è più povero di quello che accedeva 5 anni fa (sia esso adulto, anziano, disabile o minore). Si tratta di una povertà economica, sempre più frequentemente, dovuta alla perdita del lavoro o alla riduzione delle ore lavorative.
2. Il secondo cambiamento è legato alla **cittadinanza**: rispetto al passato, sono aumentati infatti gli utenti stranieri, con progetti migratori di diversa natura (profughi, minori non accompagnati...). Inoltre le famiglie straniere sono caratterizzate da un elevato numero di figli (rispetto alle famiglie italiane), con la conseguente maggiore difficoltà nell'assicurare il benessere alla prole.
3. Un altro cambiamento nelle caratteristiche è legato al fatto che gli utenti di oggi si presentano con **bisogni più complessi** e con una elevata eterogeneità nei bisogni e nelle richieste.
4. Un quarto mutamento è legato alla loro **rete sociale**: gli utenti di oggi sembrano avere una rete sempre più ristretta, che li rende più fragili, isolati e soli rispetto al passato.
5. Quinta e ultimo cambiamento (che può essere anche interpretato come la conseguenza dei precedenti), è legato alla **componente psicologica e relazionale**: le persone che si presentano oggi ai servizi, infatti, sembrano più impaurite, talvolta non riescono a vedere un futuro diverso, appaiono arrabbiate, pretenziose/esigenti, talvolta arroganti. Mostrano scarsa fiducia nei servizi, collegata ad una incapacità di leggere un mondo di aiuti molto complesso, frastagliato e burocratizzato.

Accanto a questi grandi 5 cambiamenti trasversali ai diversi target, sono emersi anche alcuni cambiamenti tipici di specifici gruppi di utenti.

1. Gli utenti anziani e disabili sono:
 - "più vecchi" di qualche anno fa, ovvero più longevi;
 - portatori di bisogni sanitari più complessi e "gravi", legati ad esempio alle demenze, a deterioramenti cognitivi, alla disabilità acquisita, all'autismo, a malattie degenerative come le SLA, a problemi psichiatrici...
2. Gli utenti adulti, poveri, i minori e le famiglie sono oggi:
 - portatori di conflitti interni ai nuclei familiari e di relazioni/comportamenti problematici (in particolare tra adulti e genitori anziani; tra adulti e figli adolescenti/giovani);
 - utenti "nuovi" rispetto al passato, ovvero non conosciuti ai servizi (ad esempio uomini, persone adulte, italiani...).

⁸ "Pensando al tuo lavoro di operatore sociale (assistente sociale, educatore...) negli ultimi 5 anni, descrivi sinteticamente quali sono i principali cambiamenti che riguardano le CARATTERISTICHE degli utenti che hai seguito/avuto in carico".

3.3 Cambiamenti nei BISOGNI degli UTENTI e nei bisogni delle FAMIGLIE

La seconda domanda si concentrava sui cambiamenti nei bisogni delle persone che si rivolgono ai servizi rispetto al passato⁹. In particolare, per avere una conoscenza più approfondita, è stato chiesto di dividere i cambiamenti in due categorie:

- cambiamenti nei bisogni degli utenti
- cambiamenti nei bisogni delle loro famiglie.

In fase di analisi, vista l'eterogeneità delle risposte, è emersa la necessità di suddividerle in "bisogni materiali" e "bisogni relazionali". Di seguito vengono esposti i punti chiave di quanto emerso.

Cambiamenti nei BISOGNI di	
UTENTI	FAMIGLIE
Bisogni di tipo materiale	Bisogni di tipo materiale
<p>1) SOLDI: il bisogno di avere sostegno economico e sussidi di vario tipo è crescente e trasversale a tutte le tipologie di utenti. La condizione economica precaria è quindi la grande caratteristica presente, strettamente legata alla questione del lavoro.</p> <p>2) SERVIZI ASSISTENZIALI: i bisogni di tipo assistenziali sono l'altro elemento trasversale ai target di utenti. Vanno dalla richiesta dei servizi a domicilio, a quelli previsti dentro le strutture residenziali (per la popolazione anziana o disabile), passando per quelli di orientamento, consulenza e supporto educativo. Emerge anche la necessità di aumentare l'attenzione verso i bisogni assistenziali delle persone con disabilità acquisite.</p> <p>3) LAVORO: ritrovare lavoro per chi lo ha perso in seguito alla crisi o trovare un lavoro adeguato alle proprie condizioni (di donna con figli, di disabile, di disoccupato di lunga durata, di persona che vive momenti di difficoltà o fragilità...) è un bisogno diffuso tra utenti giovani e adulti, uomini e donne, italiani e stranieri, disabili e non. Se gli aiuti economici (sia temporanei che continuativi) possono sostenere le famiglie nella fasi di fatica o "emergenza", è però il lavoro lo strumento fondamentale, in grado di fare uscire da stati di povertà o impoverimento e di garantire emancipazione ed integrazione sociale più generale.</p>	<p>1) CASA: crescono le richieste di sostegno alle spese abitative e le problematiche intorno alla casa delle famiglie degli utenti (sfratti, morosità affitti/utenze, distacco utenze), in particolare delle famiglie con figli minorenni in carico ai servizi sociale e di quelle povere.</p> <p>2) SOLDI: il bisogno di supporti economici è particolarmente presente nella famiglie che hanno in carico persone non autosufficienti. In particolare nelle famiglie delle persone con disabilità, emergere come forte preoccupazione dei genitori su come assicurare l'indipendenza economica ai figli disabili; nelle famiglie che hanno in carico persone anziane si declina come richiesta di un aiuto economico per sostenere le spese assistenziali.</p> <p>3) SERVIZI ASSISTENZIALI: la necessità di servizi assistenziale è l'altro elemento che caratterizza i bisogni della famiglie dei non-autosufficienti. I familiari delle persone con disabilità esprimono forte preoccupazione sul "Dopo di noi" e sottolineano la mancanza di una figura sanitaria di riferimento; la famiglie degli anziani non autosufficienti tendono a chiedere servizi che possano sollevare il nucleo familiare dai compiti di cura (contributi per le assistenti familiari, assistenza domiciliare, posti in strutture residenziali..).</p>

⁹ "Pensando al tuo lavoro di operatore sociale (assistente sociale, educatore...) negli ultimi 5 anni, descrivi ora sinteticamente quali sono i principali cambiamenti che riguardano i BISOGNI degli utenti e delle loro famiglie.

<p>4) CASA: potersi permettere una casa è un bisogno emergente delle famiglie di oggi. Questo vuol dire per alcuni avere un posto stabile e dignitoso in cui abitare, per altri un posto economicamente sostenibile (con le utenze attive o a canone agevolato), per altri ancora un appartamento condiviso con altre persone, per superare momenti di crisi e con eventuali supporti mirati alla convivenza.</p>	
<p>Bisogni di tipo relazionale</p>	<p>Bisogni di tipo relazionale</p>
<p>1) INTEGRAZIONE e ORIENTAMENTO: gli operatori descrivono un mondo di utenti sempre più soli e/o isolati, con bisogno di essere ascoltati e orientati, sia nella decodifica dei loro bisogni, che nel mondo dei servizi. Quello di oggi è un bacino di utenti sempre più bisognosi di integrazione e inclusione sociale; che esprimono una richiesta e volontà trasversale di socializzazione.</p>	<p>1) SUPPORTO ALLA RELAZIONE DI CURA: le famiglie degli utenti risultano, da un lato sempre più ristrette e sprovviste di una rete parentale di riferimento, dall'altro quando è presente la rete è molto debole. Chiedono quindi di avere forme di supporto nelle relazioni familiari, nella gestione dei figli e della eventuale conflittualità (tra coniugi, genitori e figli, generazioni...). Le famiglie degli anziani necessitano di supporti per la cura (gruppi di auto-aiuto, consulenze, orientamento, informazione, supporto psicologico...), dal momento che sono o sempre più impegnate nelle cure stesse o impossibilitati a fornirla (per motivi lavorativi, distanza, scelta personale...).</p>

3.4 Servizi o prestazioni sociali e socio-sanitari da POTENZIARE

L'ultima domanda chiedeva di specificare, in maniera coerente con i cambiamenti descritti, i servizi e le prestazioni sociali e socio-sanitarie da potenziare nei prossimi 3-5 anni¹⁰.

In questo caso le necessità di potenziamento appaiono piuttosto diverse in base ai target di utenti.

ADULTI, MINORI e FAMIGLIE

Servizi da potenziare:

1. servizi legati alla **casa**: housing sociale, mediazione per la ricerca di affitti agevolati, forme di residenzialità agevolata, contributi affitti, housing first...
2. **supporto alle famiglie**: sostegno alla genitorialità con progetti specifici/personalizzati per ogni famiglia, sostegno psicologico per adulti emarginati e per famiglie con figli in età adolescenziale con rapporti conflittuali...
3. servizi specifici per la **fascia adolescenziale**: luoghi di aggregazione giovanile per favorire la socializzazione, supporto pomeridiano (ricreativo-scolastico) con aiuto compiti, servizi ludico-ricreativi, attività sportive...

ANZIANI

Servizi da potenziare:

1. sostegno a **domicilio** (aumentare l'assistenza domiciliare, assegno di cura, pasti al domicilio, periodi di sollievo)
2. sostegno ai **care giver** (sia familiari che "badanti", con erogazione di contributi e agevolazioni..)
3. **rete** con altri servizi (sanità, tribunali, INPS..)

PERSONE CON DISABILITA'

Servizi da potenziare:

1. servizi **diurni**: centri diurni socio-occupazionali, centri diurni socio-riabilitativi, centri ricreativi, servizi per il tempo libero, extrascolastici, centri estivi e servizi di avvicinamento al lavoro
2. servizi per le **disabilità acquisite** (sia gravi che meno gravi), che chiedono un adattamento degli attuali percorsi assistenziali e servizi già esistenti a questo particolare gruppo di persone

¹⁰ "Sulla base degli elementi che hai appena descritto, quali sono a tuo avviso i servizi o le prestazioni sociali e socio-sanitari che dovrebbero essere POTENZIATI nei prossimi 3-5 anni?"

Capitolo 6

Valutazione e monitoraggio

La valutazione ed il monitoraggio del Piano di zona rappresentano il completamento dell'intero processo di programmazione delle politiche sociali e socio sanitarie a livello distrettuale. Il modo con cui si attua la fase di "valutazione monitoraggio" richiede attenzione e scrupolosità in quanto significativamente incidente sulla effettiva riuscita degli interventi programmati. E' bene, quindi, specificare cosa si intende per monitoraggio e valutazione (glossario OCSE):

Monitoraggio: Funzione continua che utilizza la raccolta sistematica dei dati relativi ad indicatori stabiliti per fornire in corso d'opera, all'ente esecutore ed alle principali parti interessate, indicazioni sullo stato di avanzamento, sul conseguimento degli obiettivi e sull'utilizzazione dei fondi allocati.

Valutazione: L'apprezzamento sistematico e oggettivo su formulazione, realizzazione ed esiti di un progetto, programma o politica di sviluppo, che si effettua in corso d'opera o dopo il completamento delle attività previste. Essa si propone di esprimere un giudizio sulla rilevanza e il raggiungimento degli obiettivi, su efficienza, efficacia, impatto e sostenibilità. Per valutazione si intende anche il processo di determinazione del valore e dell'importanza dei possibili effetti indotti da un'attività, politica o programma. Trattasi della formulazione di un giudizio, nel modo più sistematico e oggettivo possibile, su un intervento di sviluppo pianificato, in fase di realizzazione o già completato.

Come noto, il "Piano sociale e sanitario 2017-2019" della Regione Emilia Romagna ha introdotto le "schede d'intervento" che definiscono nel dettaglio gli interventi da realizzare in ogni ambito distrettuale, individuano gli obiettivi e le azioni da sviluppare. Ogni scheda si compone, inoltre, anche di una parte di indicatori obbligatori a compilazione distrettuale di varia natura (testuale, numerico e S/N). Ciascuna scheda richiede la "situazione di partenza" e gli obiettivi annuali da raggiungere per il triennio 2018-20.

La struttura dedicata alla programmazione del distretto Cesena-Valle Savio si muoverà, quindi, all'interno di questo scenario. Occorrerà investire risorse ed energie nel monitorare e valutare i progetti/azioni descritte nelle schede al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi minimi programmati. A livello ottimale inoltre si dovrebbe cercare di svolgere questa funzione, non solo limitandosi a verificare la realizzazione o meno delle azioni ma anche, se tali azioni, siano state condotte con i seguenti criteri (glossario OCSE):

- **Efficacia:** La misura in cui gli obiettivi di un intervento di sviluppo, tenuto conto della loro importanza relativa, sono stati raggiunti o si prevede che possano essere raggiunti. Nota: termine utilizzato anche come misura aggregata (o come giudizio) del merito o del valore di un'attività, ovvero la misura in cui un intervento ha raggiunto, o si prevede possa raggiungere, i propri principali obiettivi in maniera efficiente e sostenibile e con un impatto positivo in termini di sviluppo istituzionale.
- **Efficienza:** "La misura dell'economicità con cui le risorse (fondi, competenze tecniche, tempo, ecc.) sono convertite in risultati.
- **Rilevanza:** intesa come capacità del piano di rispondere alle problematiche sociali più importanti dell'ambito territoriale anche se non evidenti per coloro che lo hanno stilato. "Il grado in cui gli obiettivi di un intervento sono coerenti con le esigenze dei beneficiari, i bisogni e le priorità di un territorio. Nota: in retrospettiva, la questione della rilevanza spesso consiste nello stabilire se gli obiettivi di un intervento o la sua struttura siano ancora appropriati in considerazione dei cambiamenti avvenuti nel contesto.
- **Adeguatezza:** nella formulazione intesa come corretta, chiara, completa e aggiornata elaborazione delle diverse parti del Piano: da quella concernente la descrizione del sistema d'offerta a quella relativa al profilo dei servizi, alla descrizione del profilo demografico e socio economico, all'analisi delle differenze interne ai diversi territori, l'individuazione di priorità e strategie, l'enucleazione di alcuni obiettivi...etc...
- **Coerenza interna:** tra analisi dei problemi, proposte e strategie individuate, sistema d'offerta preesistente, andamenti demografici, soluzioni relative a meccanismi di coordinamento intra e inter-istituzionali, coerenza tra budget disponibile e risorse prevedibili per l'implementazione.
- **Pertinenza:** si riferisce alla correttezza delle metodologie proposte in relazione al livello di conoscenze sviluppate dalla comunità scientifica e al tipo di problematiche da risolvere.

**7. QUADRO RIEPILOGATIVO FINANZIAMENTO SPESA
PREVISTA PROGRAMMA ATTUATIVO 2018**

QUADRO RIEPILOGATIVO FINANZIAMENTO SPESA PREVISTA PROGRAMMA ATTUATIVO 2018

Tipologia finanziamento	Aree di intervento							Totale
	Famiglia e minori	Immigrati e nomadi	Anziani	Disabili	Povert�, disagio e adulti senza dimora	Multiutenza	Dipendenze	
Programma gioco d'azzardo patologico							€ 65.258,00	€ 65.258,00
Altri fondi statali - pubblici		€ 2.988.411,00						€ 2.988.411,00
Fondo Sociale Europeo - PON SIA/REI-Avviso 3 -					€ 101.093,00			€ 101.093,00
Fondo Sociale Europeo - PON Inclusione - Avviso 4					€ 253.754,00			€ 253.754,00
Fondo Sociale Europeo - POR - LR 14/2015					€ 575.840,00			€ 575.840,00
Quota Fondo povert� nazionale D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2					€ 288.164,00			€ 288.164,00
Quota Fondo povert� regionale					€ 148.387,00			€ 148.387,00
Gestione Associata (Unione - AUSL)			€ 318.917,00	€ 2.174.055,00		€ 417.486,00		€ 2.910.458,00
LR 29/1997 (autonomia ed integrazione disabilit�)				€ 15.000,00				€ 15.000,00
Programma "Dopo di Noi" L. 122/16				€ 171.698,00				€ 171.698,00
Unione di Comuni Valle del Savio	€ 1.510.414,00	€ 486.986,00	€ 1.871.100,00	€ 78.200,00	€ 408.608,00	€ 1.159.605,00		€ 5.514.913,00
Regione - F.do sociale locale						€ 481.131,00		€ 481.131,00
Stato - F.do sociale locale	€ 10.000,00				€ 434.459,00	€ 91.033,00		€ 535.492,00
Stato altri finanziamenti					€ 70.126,00			€ 70.126,00
Regione altri finanziamenti	€ 13.234,00			€ 41.840,00	€ 45.523,00	€ 401.984,00		€ 502.581,00
Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRNA)			€ 8.554.799,00	€ 3.077.112,00				€ 11.631.911,00
Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNNA)			€ 674.804,00	€ 378.568,00				€ 1.053.372,00
AUSL - Fondo Sanitario Regionale ad integrazione FRNA			€ 3.524.355,00	€ 669.625,00				€ 4.193.980,00
Ausl altri progetti				€ 165.000,00	€ 11.000,00		€ 29.149,00	€ 205.149,00
Comuni Unione						€ 66.665,00		€ 66.665,00
Compartecipazione utenti			€ 9.000.000,00	€ 600.000,00				€ 9.600.000,00
TOTALE	€ 1.533.648,00	€ 3.475.397,00	€ 23.943.975,00	€ 7.371.098,00	€ 2.336.954,00	€ 2.617.904,00	€ 94.407,00	€ 41.373.383,00

