

Piano di Zona per la salute e il benessere sociale

2018-2020

ATTUATIVO 2019

DISTRETTO DI SAN LAZZARO DI SAVENA

UNIONE VALLI SAVENA IDICE

(Comuni di Loiano, Monghidoro, Monterenzio, Ozzano Dell'Emilia, Pianoro)

COMUNE DI SAN LAZZARO DI SAVENA

Tavolo di Concertazione 6 maggio 2019

**Sottoscritto in Comitato di Distretto il 6 maggio 2019 (n. prot verbale
19727/2019)**



**Ufficio di Piano Distrettuale
San Lazzaro di Savena**

tel 051/6228103 fax 051/6228283
e-mail ufficiodipiano@comune.sanlazzaro.bo.it

INDICE

pag. 1	Fotografia del territorio
pag. 5	Schede intervento
pag. 187	Piano economico finanziario
pag. 194	Indicatori distrettuali e locali

FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

PROFILO DEMOGRAFICO DEL DISTRETTO

a cura UFFICIO DI PIANO

Residenti del Distretto dal 2004

ANNO	N.ABITANTI
2004	70937
2005	71650
2006	71987
2007	72657
2008	73489
2009	74787
2010	75394
2011	76050
2012	76614
2013	76842
2014	76881
2015	77107
2016	77363
2017	77815
2018	78.029

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Totale residenti per Comune di residenza - 1-1-2018

Comune di residenza	Loiano	Monghidoro	Monterenzio	Ozzano dell'Emilia	Pianoro	San Lazzaro di Savena	Totale
Loiano	4.291	.	.	.	.	.	.
Monghidoro	.	3.702	.	.	.	.	.
Monterenzio	.	.	6.124	.	.	.	.
Ozzano dell'Emilia	.	.	.	13.842	.	.	.
Pianoro	.	.	.	.	17.515	.	.
San Lazzaro di Savena	.	.	.	.	.	32.555	.
Totale	.	.	.	.	.	.	78.029

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Totale residenti per fasce d'età 1-1-2018

	0-17	18-64	<65
Loiano	629	2601	1061
Monghidoro	474	2194	1034
Monterenzio	972	3863	1289
Ozzano dell'Emilia	2402	8365	3075
Pianoro	2691	10199	4625
San Lazzaro di Savena	5030	18820	8705
Totale	12198	46042	19789

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Totali residenti per fasce d'età e sesso 1-01-2018

	0-17		18-64		<65	
	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi
Loiano	304	325	1256	1345	570	491
Monghidoro	227	247	1056	1138	555	479
Monterenzio	452	520	1928	1935	669	620
Ozzano dell'Emilia	1159	1243	4232	4133	1687	1388
Pianoro	1286	1405	5169	5030	2535	2090
San Lazzaro di Savena	2397	2633	9677	9143	4981	3724
Totale	5825	6373	23318	22724	10997	8792

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Totali residenti per fasce d'età 1-01-2018

	0-2	3-5	6-17	18-64	65-74	75-84	<85
Loiano	92	110	427	2601	535	380	146
Monghidoro	63	61	350	2194	474	346	214
Monterenzio	123	147	702	3863	679	442	168
Ozzano dell'Emilia	360	365	1677	8365	1547	1129	399
Pianoro	346	439	1906	10199	2273	1642	710
San Lazzaro di Savena	679	780	3571	18820	4048	3320	1337
Totale	1663	1902	8633	46042	9556	7259	2974

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Totali residenti stranieri per fasce d'età e sesso 1-01-2018

Comune di residenza	0-17	18-64	<65	RESIDENTI STRANIERI	FEMMINE	MASCHI
Loiano	79	282	12	373	200	173
Monghidoro	75	262	12	349	202	147
Monterenzio	150	548	30	728	382	346
Ozzano dell'Emilia	189	636	28	853	478	375
Pianoro	253	1127	47	1427	823	604
San Lazzaro di Savena	508	2056	93	2657	1538	1119
Totale	1254	4911	222	6387	3623	2764

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Totale residenti stranieri per fasce d'età 1-01-2018

Comune di residenza	0-2	3-5	6-17	18-64	65-74	75-84	<85
Loiano	18	20	41	282	8	4	0
Monghidoro	13	13	49	262	9	0	3
Monterenzio	25	33	92	548	27	3	0
Ozzano dell'Emilia	37	32	120	636	18	6	4
Pianoro	57	64	132	1127	35	11	1
San Lazzaro di Savena	107	113	288	2056	69	18	6
Totale	257	275	722	4911	166	42	14

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Totali famiglie per Comune di residenza 1-01-2018

Comune di residenza	Numero di famiglie
Loiano	2.069
Monghidoro	1.843
Monterenzio	2.845
Ozzano dell'Emilia	6.247
Pianoro	7.940
San Lazzaro di Savena	15.185
Totale	36.129

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Totale famiglie per componenti 1-01-2018

Comune di residenza	1 compon.	2 compon.	3 compon.	4 compon.	5 compon.	6 o più compon.	Totale
Loiano	861	1.202	996	832	235	123	4.249
Monghidoro	856	1.022	777	608	240	119	3.622
Monterenzio	1.069	1.778	1.428	1.240	385	153	6.053
Ozzano dell'Emilia	2.155	3.804	3.675	3.044	745	354	13.777
Pianoro	2.799	4.960	4.344	3.648	1.080	539	17.370
San Lazzaro di Savena	5.628	9.494	8.037	6.496	1.900	819	32.374
Totale	13.368	22.260	19.257	15.868	4.585	2.107	77.445

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Criterio di ripartizione utilizzato per l'ultimo anno per i progetti dell'Unione Savena Idice e Comune di San Lazzaro di Savena per azioni di contrasto alla povertà 1-01-2018

CRITERIO 2:1:2							
come da programma 2.4 DGR 855/2013							
	0-17	0-17 x 2	18-64	<65	<65 x2	popolazione pesata	2018%
Unione	7168	14336	27222	11084	22168	63726	57,9243
San Lazzaro di Savena	5030	10060	18820	8705	17410	46290	42,0757
totale	12198	24396	46042	19789	39578	110016	100

1. CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Ausl di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;

Razionale	Le Case della Salute sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita, prevenzione e cura della comunità locale. Per definirle non sono sufficienti i muri, è necessario vi sia anche un approccio esplicito rivolto a una costante collaborazione e integrazione orizzontale nella presa in carico. Le case della salute si connotano per il superamento del modello di presa in carico biomedico verso un approccio bio-psico-sociale. Pertanto, il modello assistenziale prevede lo sviluppo di una comunità professionale in cui la pratica costante della medicina di iniziativa permetta di intercettare precocemente l'insorgere del bisogno, sviluppando le competenze degli ambulatori della cronicità e la rete aziendale per la presa in carico delle situazioni più complesse integrata con la rete dei servizi sociali territoriali. Sono sedi per eccellenza dell'organizzazione e erogazione delle attività che caratterizzano le Cure Intermedie, dei team multi-professionali territoriali, dove si pratica il metodo del lavoro integrato multidisciplinare e trasversale, per la presa in carico continuativa delle patologie croniche, evolutive, progressivamente invalidanti, attraverso strumenti di lavoro interdisciplinari quali, ad esempio, i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Sono anche le sedi per eccellenza in cui si progettano e si attuano interventi a carattere preventivo curando il coinvolgimento della comunità locale, per la quale devono diventare punto di riferimento. L'Azienda USL di Bologna prevede di sviluppare le Case della salute quali articolazioni organizzative territoriali cui è affidato il compito di coordinare i servizi dei livelli di assistenza primaria, le Cure Intermedie, il Sistema socio-sanitario e la rete dei servizi sociali, secondo le indicazioni del Distretto di riferimento. Per adempiere a questo compito, le CdS devono : 1. Supportare i Distretti nell'analisi dettagliata dei bisogni della popolazione affidatale dal distretto; 2. Sempre in collaborazione con i Distretti, individuare le reti professionali utilizzate dai cittadini verificando le relazioni tra i diversi nodi inclusi quelli collocati presso il livello ospedaliero territoriale di riferimento; 3. sviluppare un approccio di accesso e presa in carico del cittadino basato su interventi di: - promozione della salute ed attività di prevenzione individuale e collettiva; - rafforzamento del coordinamento (mono e multidisciplinare) all'interno delle reti professionali locali, anche mediante l'adozione di strumenti di condivisione delle informazioni rilevanti; - definizione e verifica di specifici percorsi di cura ed assistenza (PDTA e coordinamenti disciplinari) volti a garantire la massima continuità assistenziale in condizioni di appropriatezza organizzativa; 4. sviluppare strumenti di condivisione progettuale e gestionale con le organizzazioni attive nella comunità al fine di coinvolgere i diversi gruppi di popolazione interessati a iniziative
------------------	---

	di medicina di iniziativa (collegamenti con i gruppi di volontariato, con i gruppi di auto aiuto, con i centri per anziani autogestiti e “ingaggio” delle nuove generazioni). Si propone quindi una idea di Casa della Salute quale centro di responsabilità dei livelli di assistenza primaria che comprende anche il piano delle cure informali e della della comunità che si “prende cura”, delle Cure Intermedie, del Sistema socio-sanitario, in grado di rispondere alla committenza distrettuale mediante soluzioni organizzative a rete che, nelle aree rurali e montuose, si appoggiano anche su strutture fisiche dedicate, mentre nelle aree urbane a più alta densità di offerta possono, almeno in una prima fase, prescindere. Per questi ambiti territoriali si individua in primo luogo una comunità professionale che si riorganizza intorno ai cittadini/pazienti per garantire servizi di più alta qualità e non solo abitare la stessa struttura. La costituzione delle CdS deve quindi prioritariamente mirare a definire comunità professionali stabili, affiatate, competenti e autorevoli. Queste comunità comprendono tutti i professionisti pubblici e privati che si occupano su base locale dei livelli di assistenza definiti in premessa e che afferiscono al livello ospedaliero di riferimento territoriale, alle attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione dei cittadini con problemi di salute, con particolare riferimento alle patologie croniche ed alle condizioni di fragilità e disabilità. Si tratta di comunità multi-professionali e multidisciplinari, nelle quali ogni disciplina e professione, negli spazi che si aprono per la innovazione e lo sviluppo della assistenza territoriale, può trovare opportunità di crescita. Anche i professionisti del Servizio Sociale Territoriale dell’Ente Locale sono a pieno titolo parte della comunità professionale della Casa della Salute ed operano in team con i professionisti sanitari, tanto nella realizzazione dei progetti individualizzati di vita e di cura che nell’attivazione delle risorse della comunità locale.
Descrizione	Nel documento PATRO si definisce come, nell’AUSL di Bologna, ogni ambito territoriale di 60.000-80.000 abitanti sia omogeneo e come per ciascun ambito sia necessario programmare una Casa della Salute Principale ed il conseguente progressivo adeguamento dell’offerta a un set di servizi di base (vedi PATRO), con livelli qualitativi e di integrazione, omogenei su tutto il territorio. Dal punto di vista orografico, il Distretto di San Lazzaro è caratterizzato da due zone molto diverse fra loro; questo elemento comporta condizioni di vita diverse legate al territorio, che incidono anche sulla fruibilità dei servizi. Per garantire omogeneità di offerta e equità di accesso, nella progettazione si è ritenuto perciò di tenere conto di tali differenze. Per questo motivo, sebbene nel Distretto di San Lazzaro la popolazione sia di poco superiore ai 77.000 abitanti, sono previste due Case della Salute principali, una a San Lazzaro, collegata con la Casa della Salute di Ozzano e con la sede di Monterenzio, l’altra a Loiano, collocata all’interno dell’Ospedale e collegata alla Casa della Salute di Pianoro e alla sede di Monghidoro. Per ciascuna Casa della Salute saranno individuati il Responsabile organizzativo e il Responsabile clinico con funzioni di indirizzo, verifica e garanzia dell’integrazione fra le figure della Csa della Salute e di collegamento con i PDTA ed i Coordinamenti disciplinari. Nella CdS saranno individuati altresì il Coordinatore Infermieristico per l’assistenza Domiciliare e Ambulatoriale, per la Fisioterapia, NPIA (Neuro Psichiatria Infanzia e Adolescenza), Pediatria territoriale, Consultorio, SERT. Rimane centrale in questo modello, la figura del Medico di Medicina Generale. Nel "sistema" Case delle Salute, infatti, è di importanza strategica la partecipazione dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS). Pertanto l’impegno a sviluppare il loro coinvolgimento è obiettivo fondamentale sul quale si stanno impegnando l’AUSL e il Distretto.
Destinatari	Assistiti Azienda USL
Azioni previste	Casa della Salute a San Lazzaro La Casa della Salute a San Lazzaro, collegata con la CdS di Ozzano e la sede di Monterenzio, è connotata da limiti strutturali, in termini di spazi disponibili, che non rendono semplice il pieno sviluppo delle attività previste. L’impossibilità di individuare una sede più adeguata in tempi ragionevolmente brevi impegna quindi nella costruzione prevalente di reti interprofessionali per superare tali limiti.

L'AUSL e il Distretto di San Lazzaro si impegnano alla valutazione delle possibilità di estensione e ampliamento di spazi della sede per realizzare gli obiettivi del programma di riassetto.

Per la specialistica ambulatoriale di base si stanno sviluppando azioni verso l'autosufficienza territoriale facilitando la presenza di specialisti dell'AOSP e costruendo percorsi di presa in carico per le attività hub con l'AOSP ma anche con l'AUSL, in particolare per le branche di Cardiologia, Oculistica, ORL e Odontoiatria.

Entro l'anno 2018 è prevista l'implementazione del Progetto Gastropack, che si basa sulla collaborazione tra MMG, specialista gastroenterologo, professionisti sanitari.

Obiettivo del progetto è di garantire appropriatezza e efficacia dell'intervento, attuando un percorso completo e assistito che viene proposto e interamente programmato per il cittadino fino alla diagnosi e all'eventuale intervento terapeutico, senza che quest'ultimo debba preoccuparsi di prenotare le prestazioni necessarie.

Il progetto è importante e strategico per il metodo di lavoro introdotto, che richiede - e quindi sviluppa - la relazione e la collaborazione continuativa fra MMG e specialisti e personale sanitario.

Se la verifica dei risultati del progetto sarà positiva, ci si impegnerà ad avviare e implementare progetti analoghi in branche specialistiche diverse, ad esempio con i Cardiologi.

Si prevede inoltre lo sviluppo delle attività dell'ambulatorio per le cronicità, obiettivo reso particolarmente sfidante a causa della necessità di individuare spazi adeguati.

Da gennaio è attivo un ambulatorio di dietologia per garantire attività a carattere preventivo, consulenziale e di presa in carico.

Si prevede lo sviluppo di attività di consulenza geriatrica per rispondere adeguatamente all'importante aumento delle grandi sindromi geriatriche e delle patologie degenerative dell'anziano in genere.

Sempre nell'ottica dello sviluppo delle attività della Casa della Salute è programmata la introduzione della figura dello Psicologo, oggi non presente.

Si intende inoltre attivare e garantire la presenza dell'assistente sociale, figura strategica nell'ambito dei processi di presa in carico integrati.

Infine, è in via di progettazione l'implementazione, entro il 2018, di attività ambulatoriale per la presa in carico dei cittadini che necessitano di cure palliative precoci. Casa della Salute a Loiano

La Casa della Salute di Loiano è collegata con la CdS di Pianoro e la sede di Monghidoro, accolta all'interno dell'Ospedale e adiacente a una CRA in cui sono disponibili 25 posti per anziani non autosufficienti.

Si intende operare per offrire ai cittadini residenti in quest'area una stabilizzazione progressiva dei servizi verso l'equità d'accesso.

Si concorda sullo sviluppo ed il mantenimento dell'offerta specialistica ambulatoriale, nell'ottica di rendere autosufficiente per le prestazioni di base un territorio lontano dai centri sanitari più complessi. Come già segnalato, si rilevano particolari difficoltà nell'avvicendamento degli specialisti, che - se insediati - appena possibile lasciano la sede per siti più vicini alla città oppure se di nuova nomina, rifiutano la destinazione. In analogia con l'impegno assunto nella proposta relativa al riordino dell'Ospedale Simiani, il Distretto richiede il massimo impegno dell'AUSL per superare detta criticità, anche definendo soluzioni innovative.

Si sta consolidando la presenza dell'assistente sociale già inserita da circa un anno: figura strategica nell'ambito dei processi di presa in carico integrati, così come previsto nelle Case della Salute.

Entro l'anno 2018 è prevista l'implementazione del Progetto Gastropack, che si basa sulla collaborazione tra MMG, specialista gastroenterologo, professionisti sanitari.

Obiettivo del progetto è di garantire appropriatezza e efficacia dell'intervento, attuando un percorso completo e assistito assistenziale che viene proposto e interamente programmato per il cittadino fino alla diagnosi e all'eventuale intervento terapeutico, senza che quest'ultimo debba preoccuparsi di prenotare le prestazioni necessarie.

Il progetto è importante e strategico per il metodo di lavoro introdotto, che richiede - e quindi sviluppa - la relazione e la collaborazione continuativa fra MMG e specialisti e personale sanitario.

	Se la verifica dei risultati del progetto sarà positiva, ci si impegnerà ad avviare e implementare progetti analoghi in branche specialistiche diverse, ad esempio con i Cardiologi. E' in via di progettazione l'incremento e l'implementazione entro il 2018, di attività ambulatoriale per la presa in carico dei cittadini che necessitano di cure palliative precoci. Si prevede lo sviluppo delle attività di consulenza geriatrica per rispondere adeguatamente all'importante aumento delle grandi sindromi geriatriche e delle patologie degenerative dell'anziano in genere. Si concorda lo sviluppo delle attività dell'ambulatorio per le cronicità, azione strategica per garantire continuità di presa in carico di quei cittadini che saranno inseriti nel circuito delle Cure Intermedie. Come per la Casa della Salute di San Lazzaro, è stata progettata l'introduzione della figura dello Psicologo e lo sviluppo di percorsi di presa in carico in collaborazione con MMG e Dipartimento di Salute Mentale. Da gennaio è attivo un ambulatorio di dietologia per garantire attività a carattere preventivo, consulenziale e di presa in carico. Si prevede di ripristinare l'attività ambulatoriale di fisioterapia entro il 2018. Partecipazione attiva della comunità In aggiunta a quanto già previsto sopra, l'AUSL e il Distretto si impegnano a sviluppare la partecipazione dei cittadini e delle associazioni che li rappresentano, già molto attive in questo territorio, coinvolgendoli ogni anno, anche con la collaborazione del CCM, in azioni per sviluppare attività di assistenza solidale e familiare e per promuovere iniziative che affrontano temi quali corretti stili di vita, la prevenzione in genere, con particolare riferimento alle patologie più rappresentate nel territorio, l'educazione al corretto uso dei farmaci, ponendo particolare attenzione al coinvolgimento partecipativo dei Medici di Famiglia e Pediatri di Libera Scelta.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le attività a prevalente componente sociale vedranno il coinvolgimento degli amministratori locali e dei servizi sociali dei comuni.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti locali Unione dei Comuni Comitato di Distretto UdP CCM Servizi Sociali territoriali Associazioni di cittadini Volontariato
Referenti dell'intervento	UOC Cure Primarie Coordinatore DATER UASS Distretto

2.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	Azienda Usi di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	Applicare gli standard nazionali previsti dalla Legge 135/2012 e dal DM 70/2015, contestualizzandoli alla realtà regionale (DGR 2040/2015).
Descrizione	Riorganizzazione delle attività ospedaliere in: Ospedali distrettuali e Ospedali con funzioni specializzate in area metropolitana. Le attività fondamentali del livello ospedaliero con funzioni distrettuali riguardano i servizi di Pronto soccorso e di Emergenza, l'area medica comprensiva delle competenze internistiche, geriatriche, riabilitative e organizzata per intensità di cura, l'area chirurgica generale e specialistica per gli interventi di media e bassa complessità, l'area materno- infantile. Alcune strutture ospedaliere, oltre a svolgere un ruolo come presidi con funzioni distrettuali per un determinato bacino d'utenza di riferimento, assolvono anche funzioni di alta specializzazione per ambiti territoriali più vasti, funzioni che richiedono tecnologie e competenze di secondo livello (ad esempio: Cardiologia con emodinamica interventistica, Neurochirurgia, Rianimazione pediatrica e neonatale etc...). Si tratta degli ospedali di grandi dimensioni, nella nostra provincia Ospedale Maggiore, IRCCS Istituto della Scienze Neurologiche Bellaria, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna e Ospedale di Imola, con funzioni di riferimento per l'area metropolitana. Riorganizzazione delle attività territoriali Il territorio bolognese, sulla base delle caratteristiche geografiche e sociali, viene ridefinito in ambiti territoriali omogenei di circa 60-80.000 abitanti, a ciascuno dei è garantito un set di servizi "di base" sufficientemente esteso, con standard qualitativi elevati ed integrati con l'offerta dei grandi ospedali, che concentrano la propria attività sulle funzioni di secondo e terzo livello. Si ottengono così 15 ambiti di popolazione con bisogni di salute e caratteristiche logistiche territoriali omogenei con 15 comunità professionali e 15 Case della salute corrispondenti. Nelle Cure Intermedie sono ricomprese le attività di presa in carico a lungo termine della popolazione anziana, l'assistenza domiciliare, gli ambulatori infermieristici, la rete delle cure palliative, le attività della geriatria territoriale, gli Ospedali di Comunità (OSCO) ed i letti tecnici assimilabili agli OSCO presso gli altri presidi ospedalieri, i PCAP (Punti di Coordinamento della Assistenza Primaria) e la CEMPA (Centrale Metropolitana Post Acuzie), le attività del DSM-DP che comportano una presa in carico a lungo termine, domiciliarietà, semiresidenzialità, residenzialità etc...
Destinatari	Assistiti Azienda USL
Azioni previste	I Distretti hanno definito i loro programmi attuativi della riorganizzazione sviluppando tre dimensioni: territoriale, cure intermedie ed ospedaliera, dettagliando per gli specifici

territori le azioni che devono essere messe in atto. Per il Distretto di San Lazzaro i documenti sono stati approvati dal comitato di Distretto del 2/10/2017.

Proposta di riordino per l'Ospedale Simiani a Loiano

L'Ospedale di Loiano è un Presidio collocato in una zona relativamente distante dai presidi a maggiore complessità per il quale, mantenendo l'attuale dotazione di posti letto, si differenzierà la tipologia dell'offerta adeguandola al bisogno rilevato, sviluppando quindi la potenzialità di presa in carico dei pazienti con bisogni assistenziali di bassa complessità, lasciando al contempo inalterata l'attuale vocazione per le patologie acute dell'area della medicina interna e per il trattamento dei pazienti con necessità di lungodegenza.

- Saranno mantenute 24h/die le attuali funzioni di Punto di Primo Intervento e di Emergenza territoriale con auto medica e ambulanze integrate nella Rete dell'Emergenza Territoriale.

- Saranno mantenute le funzioni di ricovero per il trattamento dei casi acuti dell'area di medicina con gli attuali 12 p.l. .

- Per i ricoveri in lungodegenza saranno disponibili 10 p.l.

- Saranno riconvertiti 10 posti letto di Lungodegenza in 10 p.l. per le Cure Intermedie, per coprire il fabbisogno stimato nell'area di afferenza all'Ospedale di Loiano.

Il modello organizzativo assistenziale per i letti per le Cure Intermedie si caratterizzerà come segue:

a) la responsabilità clinica-terapeutica dei pazienti accolti nei letti per le Cure Intermedie, sarà affidata a medici specialisti del reparto, che garantiranno una presenza quotidiana e la reperibilità in caso di necessità;

b) la parte assistenziale sarà coordinata da un responsabile infermieristico, il paziente sarà affidato a un infermiere di riferimento adeguatamente formato, (Infermiere Primary), con funzione di case manager;

c) sarà inserito un fisioterapista, che garantirà una presenza quotidiana con l'obiettivo di attuare interventi volti alla ricerca della massima capacità funzionale del paziente e al reinserimento nell'ambiente di vita, consulenze agli operatori per la prevenzione danni da immobilizzazione, counselling e educazione terapeutica al paziente e al suo caregiver, facilitazione della continuità riabilitativa ospedale/ territorio e del rientro al domicilio attraverso la predisposizione di un eventuale accesso domiciliare. L'introduzione della figura del fisioterapista, quindi di un'unità assistenziale (1 risorsa, pari a 36 h/settimana), consentirà di potenziare al contempo l'offerta di interventi domiciliari, sempre nell'ottica di garantire continuità di presa in carico. Infatti, una volta programmata la presenza quotidiana in reparto, le ore residue della risorsa potranno essere utilizzate per interventi a domicilio.

d) gli obiettivi assistenziali di tali percorsi sono:

- fornire assistenza e cure adeguate, al fine di raggiungere una condizione clinica e funzionale tale da permettere la gestione al domicilio;
- contrastare il declino funzionale e cognitivo del paziente;
- migliorare la qualità della vita attraverso la gestione di situazioni di cronicità e vulnerabilità, in contesti assistenziali più vicini al setting domiciliare e ritardare l'istituzionalizzazione definitiva;
- ridurre l'ospedalizzazione a lungo termine;
- garantire l'attività di riattivazione funzionale;
- ridurre i ricoveri inappropriati;
- favorire l'empowerment della famiglia, del care-giver e del paziente;
- migliorare la continuità di risposta ospedale/territorio.

e) modalità d'accesso:

- dal domicilio o da Struttura residenziale
- pazienti in dimissione da Ospedale

In alcuni casi già noti al Servizio assistenza domiciliare, previ accordi con il Team di Cure Intermedie, potranno essere direttamente accolti pazienti provenienti dal PPI.

f) letti per le Cure Intermedie e Medici di Medicina Generale (MMG):

è indispensabile facilitare e consolidare il rapporto dei professionisti coinvolti, con i MMG, attori fondamentali dalla decisione di invio ai letti per le C.I., al periodo di permanenza fino alla scelta di rilascio.

La proposta di riassetto sarà sperimentata per 12 mesi, con l'obiettivo di misurarne sia l'efficacia che l'appropriatezza ma anche il livello di adeguatezza della risposta ai bisogni.

CURE INTERMEDIE E CASE DELLA SALUTE nel Distretto di San Lazzaro

Lo snodo fondamentale delle Cure Intermedie è rappresentato dalle Case della Salute, sarà nella Casa della Salute che verrà agita la "governance" delle Cure Intermedie con il Team di Cure Intermedie (TCI).

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	La riorganizzazione, co-progettata nei Comitati di Distretto, è sottoposta all'approvazione della CTSS.																												
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizi Sociali dei Comuni Comitati Consultivi Misti Azienda Ospedaliero Universitaria IRCCS Rizzoli Associazioni dei cittadini																												
Referenti dell'intervento	DCP Dipartimento Medico DATER UASS																												
Novità rispetto al 2018	RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA Azioni da sviluppare: 1. Ripuntualizzare le discipline incluse nelle reti Hub&Spoke, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, rispetto a bacini di utenza, unità operative, assetto della rete. Anche nell'anno 2018 particolarmente intenso è stato il lavoro svolto in tema di revisione della architettura dei servizi. In linea con quanto definito dalla DGR n.2040/2015, si sono consolidate le linee organizzative relative alle seguenti aree: A livello aziendale:Medica: potenziamento della geriatria territoriale ed evoluzione dell'area internistico - geriatrica ospedaliera. In particolare nel corso dell'anno sono state sviluppate le funzioni di gestione dei periodi di sovraffollamento delle aree internistiche dell'ospedale Maggiore attraverso lo sviluppo del bed management e dei meccanismi flessibili di gestione dei posti letto. La disciplina di geriatria ha visto un forte potenziamento della sua vocazione sull'ortogeriatrics (che è stata notevolmente potenziata) e di connessione con le strutture di cure intermedie (vedi punto 4)Chirurgica: riorganizzazione della rete Chirurgica Ospedaliera. Il programma medio-bassa complessità è stato sviluppato attraverso il potenziamento delle sedute operatorie allocate nelle piattaforme spoke (Ospedali di S Giovanni e Bazzano). Il modello ha consentito di conseguire gli obiettivi regionali in tema di contenimento dei tempi di attesa. La piattaforma chirurgica di Porretta-Vergato è stata potenziata attraverso la nomina del Direttore di Struttura Complessa ed l'implementazione delle sedute di day surgery ed ambulatoriali presso l'ospedale di Vergato. E' stato inoltre attivato il programma di chirurgia malassorbitiva, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, con raddoppio delle sedute operatorie destinate alla chirurgia bariatrica, al fine di ridurre la lista di attesa e consentire una maggior fruibilità delle strutture pubbliche per la cura dell'obesità. Emergenza revisione dell'assetto della rete dell'emergenza specialmente nelle aree di montagna. Progettualità connessa anche con lo sviluppo delle cure intermedie (vedi punti 3 e 4) La tabella seguente riassume le funzioni ospedaliere ad oggi organizzate in rete Interaziendale. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Progetto</th><th>Ambito attività</th><th>Istituto giuridico utilizzato per la creazione</th><th>Aziende coinvolte</th><th>Azienda Capofila</th><th>Stato avanzamento progetto</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LUM</td><td>Funzioni cliniche/di supporto</td><td>Cessione ramo d'azienda</td><td>AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola</td><td>AUSL Bologna</td><td>Esecutivo</td></tr> <tr> <td>Chirurgia Vascolare</td><td>Funzioni cliniche</td><td>Assegnazione temporanea</td><td>AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi AUSL Imola</td><td>AOU S.Orsola-Malpighi</td><td>Esecutivo</td></tr> <tr> <td>Pneumologia Interventistica</td><td>Funzioni cliniche</td><td>Assegnazione temporanea</td><td>AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi</td><td>AOU S.Orsola-Malpighi</td><td>Esecutivo</td></tr> </tbody> </table>					Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico utilizzato per la creazione	Aziende coinvolte	Azienda Capofila	Stato avanzamento progetto	LUM	Funzioni cliniche/di supporto	Cessione ramo d'azienda	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna	Esecutivo	Chirurgia Vascolare	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi AUSL Imola	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo	Pneumologia Interventistica	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo
Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico utilizzato per la creazione	Aziende coinvolte	Azienda Capofila	Stato avanzamento progetto																								
LUM	Funzioni cliniche/di supporto	Cessione ramo d'azienda	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna	Esecutivo																								
Chirurgia Vascolare	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi AUSL Imola	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo																								
Pneumologia Interventistica	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo																								

Medicina Nucleare	Funzioni cliniche/di supporto	Assegnazione temporanea	AUSL AOU Malpighi	Bologna S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo
Medicina del Lavoro	Funzioni cliniche/di supporto	Assegnazione temporanea	AUSL AOU Malpighi IOR	Bologna S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo
Malattie infettive	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL AOU Malpighi	Bologna S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo
Dipartimento interaziendale di Anatomia Patologica (ad attività integrata)	Funzioni cliniche/di supporto	Dipartimento interaziendale	AUSL AOU Malpighi IOR AUSL Imola	Bologna S.Orsola-Malpighi	-	Esecutivo in fase sperimentale
- Patologia molecolare		Assegnazione temporanea	AUSL AOU Malpighi	Bologna S.Orsola-Malpighi	-	Fase progettuale
- Allestimenti istologici		Assegnazione temporanea	AUSL AOU Imola	Bologna	AUSL Bologna	Esecutivo
- Allestimenti citologici		Assegnazione temporanea	AUSL AOU Imola	Bologna	AUSL Imola	Esecutivo
Dermatologia	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL AOU Malpighi	Bologna S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo
Genetica Medica	Funzioni cliniche/di supporto	Assegnazione temporanea	AOU Malpighi AUSL Imola AUSL Bologna	S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo
SIMT AMBO	Funzioni cliniche/di supporto	Cessione ramo d'azienda	AUSL IOR	Bologna	AUSL Bologna	Esecutivo
Chirurgia Toracica	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL AOU Malpighi	Bologna S.Orsola-Malpighi	AUSL Bologna	Attivata convezione per coordinamento nelle more del completamento della fase progettuale.
Chirurgia bariatrica	Funzione clinica	Convenzione per affitto piattaforma Bentivoglio da parte di equipe AOU	AUSL AOU Malpighi	Bologna S.Orsola-Malpighi	-	Esecutivo
Neurochirurgia pediatrica	Funzioni cliniche	Da definire (ma penso sia assegnazione temporanea)	AUSL AOU Malpighi	Bologna S.Orsola-Malpighi	AUSL BO/ISNB	Attivata convezione per coordinamento nelle more del completamento della fase progettuale.
NeuroMET	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL AOU Malpighi	Bologna S.Orsola-Malpighi	AUSL BO/ISNB	In corso di definizione

Chirurgia generale	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Bologna	Esecutivo
Rete urologica	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Imola	Esecutivo
Chirurgia senologica	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Imola AOU S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo
Ortopedia Bentivoglio	Funzioni cliniche	Utilizzo piattaforma da parte di IOR (ortopedici IOR mentre anestesisti e comparto AUSL BO). Regolato con accordo specifico.	AUSL Bologna IOR	IOR	Esecutivo
Week surgery Budrio	Funzioni cliniche	Utilizzo piattaforma da parte di AOU (medici AOU mentre anestesisti e comparto AUSL BO). Regolato con accordo specifico.	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi	AOU S.Orsola-Malpighi	Esecutivo

2. Adeguare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza postacuzie), migliorando il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere (es. indice di occupazione dei posti letto), incrementando il passaggio dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, e rafforzando l'introduzione di modelli innovativi territoriali (ospedali di comunità).

L'obiettivo di adeguamento della dotazione di posti letto agli indicatori di cui al DM 70/2015 è stato conseguito secondo quanto indicato nella DGR 2040/2015 che ha definito l'obiettivo di ridurre 225 posti letto ospedalieri a livello provinciale rispetto alla dotazione dell'anno 2015.

L'Azienda USL di Bologna ha contribuito all'obiettivo riducendo 130 posti letto attraverso le seguenti azioni: riconduzione di attività di ricovero diurno in attività ambulatoriale; ridisegno della rete di chirurgia generale con organizzazione delle diverse piattaforme ospedaliere sulla base della complessità dei casi clinici da trattare e gestione unica delle liste di attesa; conversione di posti letto ospedalieri in posti letto tecnici di cure intermedie.

3. Attuare una riorganizzazione della rete ospedaliera che tenga conto dei volumi di attività e degli esiti di salute, rendendo compatibile questa riorganizzazione per le situazioni logistiche più complesse come gli Ospedali di montagna che devono essere valorizzati nel contesto della rete

Gli Ospedali di Porretta, Vergato e Loiano sono stati oggetto di un importante riassetto organizzativo sinteticamente riassumibile come segue: Il potenziamento dell'assetto della Chirurgia Generale di Porretta attraverso l'incremento di organico medico e la nomina del Direttore di Struttura Complessa; il trasferimento delle attività di ricovero ordinario di Ortopedia dall'Ospedale di Vergato all'Ospedale di Porretta al fine di sfruttare le opportunità organizzative del blocco operatorio (attivabile 24 ore al giorno 7 giorni su 7). Presso l'ospedale di Vergato sono state mantenute le attività di day surgery ed ambulatoriali. La struttura complessa di ortopedia è stata inoltre potenziata attraverso la nomina del Direttore di struttura Complessa; l'attivazione di 10 posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Vergato; l'attivazione di 10 posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Loiano; il potenziamento dei servizi di Emergenza Urgenza presso l'ospedale di Vergato attraverso l'acquisizione e la formazione del personale medico ed infermieristico e l'attribuzione gestionale completa al Dipartimento di Emergenza; il potenziamento delle attività di elisoccorso notturno attraverso la messa in opera della tecnologia NGV (Night Vision Goggles, visori a intensificazione di luce posizionati sui caschi dei piloti) che consente anche di utilizzare basi di decollo e atterraggio non illuminate, garantendo standard di sicurezza elevati, specialmente in occasione di interventi su patologie tempo dipendenti.

potenziamento delle attività ambulatoriali e di day surgery di Vergato con implementazione della disciplina di chirurgia maxillo facciale, potenziamento delle attività riabilitative presso l'ospedale di Vergato con 3 posti letto di lungodegenza dedicati alla riabilitazione funzionale con due palestre dedicate ai pazienti ricoverati nei reparti medici, di lungodegenza e nei letti di cure intermedie.

4. Rafforzare i meccanismi di interfaccia con i servizi territoriali sanitari e socio sanitari al fine di garantire un utilizzo più appropriato della rete ospedaliera

Sono stati messi in atto una serie di interventi, avviati a partire dal periodo estivo, finalizzati a sviluppare modelli di gestione dei pazienti cronici per promuovere, quando appropriati, percorsi di cura e di presa in carico domiciliare o territoriale. Obiettivi specifici di tali interventi sono la riduzione dei ricoveri ospedalieri evitabili e/o gli accessi in PS potenzialmente inappropriati di anziani fragili, non autosufficienti, con/senza disturbi della sfera cognitivo-comportamentale tramite la predisposizione e l'applicazione di modelli di valutazione del paziente, applicabili al paziente fin dalla fase di accesso al PS, al fine di definire, ed attivare tempestivamente, percorsi assistenziali e setting di cura adeguati sul territorio.

Nello specifico: Mantenimento della domiciliarità nei pazienti che accedono al PS dell'Ospedale Maggiore: l'intervento ha previsto l'attivazione della figura dell'Infermiere di Continuità (IdC) presso i letti OBI di PS e Medicina di Urgenza dell'Ospedale Maggiore per individuare precocemente il profilo di pazienti arruolabili in un percorso di mantenimento della domiciliarità già dal PS/Medicina d'Urgenza, evitando il ricovero ospedaliero. La riammissione alla rete territoriale prevede la possibilità di attivazione e accesso diretto ai servizi della rete socio-sanitaria territoriale dopo valutazione multidisciplinare da parte dell'IdC/Assistente Sociale, Medico di PS, coinvolgimento del Geriatra del Team Cure Intermedie e dei famigliari e/o caregivers. A tal fine è stata garantita la presenza dell'Assistente Sociale tramite integrazione delle attività del servizio già presente in ospedale con quelle del Pronto Intervento Sociale (PrIS) del Comune di Bologna. Potenziamento dell'offerta di assistenza socio-sanitaria domiciliare: l'intervento consiste nel potenziamento ore settimanali di assistenza socio-sanitaria al domicilio, con attivazione fast (entro 48 h) a seguito di segnalazione. Aumento disponibilità di posti letto temporanei presso le CRA dei Distretti: sono stati messi a disposizione di tutti i Distretti posti letto aggiuntivi di "pronto accesso" presso le CRA per accogliere temporaneamente pazienti con condizioni di fragilità socio-sanitaria in attesa della attivazione dei percorsi di presa in carico territoriale/domiciliare presso il Distretto di residenza. Strutturazione di percorsi fast per prestazioni richieste dalle CRA: sono stati definiti ed attivati percorsi facilitati di primo livello per prestazioni che non trovano risposta all'interno delle CRA, quali radiologia tradizionale (RX torace e ossa), cateterismo vescicale, sostituzione non programmabile di CVC, pick e/o midline, refertazione ECG, al fine di evitare ove possibile l'accesso al PS per l'effettuazione di tali prestazioni. Collaborazione dei Medici Geriatri a supporto delle attività del Team di Cure Intermedie: è stata attivata su più sedi aziendali un'offerta di visite geriatriche, garantite a 7 giorni dalla richiesta, erogate dalla Geriatria Territoriale per pazienti con problematiche cognitive - comportamentali o altre condizioni di fragilità. Le agende sono prenotabili prioritariamente da PS/OBI/Medicina d'Urgenza dell'Ospedale Maggiore nell'ambito dei percorsi di riammissione diretta alla rete di assistenza territoriale. Sono altresì possibili invii da parte dei Medici delle CRA, Medici di Medicina Generale e Medici Ospedalieri. È stato inoltre avviato, dal Programma Cure Intermedie, un punto di ascolto telefonico per i famigliari di pazienti cronici e/o con disturbi cognitivi-comportamentali per fornire supporto educazione sanitaria/o terapeutica in relazione ai bisogni espressi. L'attività di consulto telefonico è stata altresì garantita ai Medici di Medicina Generale ed ai Medici Ospedalieri per gestione dei pazienti con disturbi del comportamento/demenza. È stata potenziata l'attività di visita domiciliare da parte dei Medici del Programma Aziendale Cure Intermedie. Infine, è in via di consolidamento un Progetto dedicato alla popolazione anziana fragile che prevede il supporto clinico nelle CRA del territorio della AUSL di Bologna da parte dei Medici Geriatri Territoriali ed Ospedalieri sia dell'Azienda USL che dell'AOU di Bologna. Il progetto prevede la collaborazione di Geriatri con il personale sanitario delle CRA con l'obiettivo di intercettare bisogni clinici e assistenziali che possono essere soddisfatti nelle strutture stesse, limitando gli invii in PS e gli eventuali ricoveri ospedalieri. La presenza integrata di geriatri ospedalieri e territoriali all'interno delle CRA contribuisce inoltre a fornire anche un supporto culturale, formativo e psicologico ai famigliari e agli operatori sanitari e assistenziali, che aiuti a garantire e sostenere le decisioni cliniche appropriate. Rimodulazione/potenziamento della rete delle Cure Palliative: è stata ampliata la fascia oraria di attività della Centrale di Coordinamento/Punto Unico di Accesso, nonché è stato assicurato, da parte della Rete Cure Palliative, il supporto all'Assistenza Domiciliare e le attività di consulenza presso gli Ospedali Aziendali e l'AOU. Integrazione delle attività del Numero verde e-Care per il sostegno alla fragilità con quelle del Team di Cure Intermedie/PCAP e Servizi Sociali: il Servizio e-Care dispone di un Numero Verde e-Care, attivo tutto l'anno, rivolto all'utenza con problematiche di fragilità sociale e socio-sanitaria. Il servizio ha in carico pazienti segnalati dai servizi sociali, sanitari e sociosanitari che ricevono, in particolare in estate in concomitanza con ondate di calore, una telefonata di monitoraggio della condizione psicofisica e compilazione di un dossier dell'utente. Il Servizio, se

	intercetta situazioni critiche, segnala il caso ai competenti Servizi Sociali per la specifica presa in carico. A partire dall'estate 2018 si è provveduto ad attivare un flusso informativo che ha garantito il raccordo tra il Servizio e-Care e la figura dell'IdC presso il PS-OBI-Medicina d'Urgenza dell'Ospedale Maggiore tramite reciproca segnalazione dei casi meritevoli di presa in carico da parte dei Servizi Sociali e/o di attivazione del monitoraggio telefonico. Estensione attività Punto di Coordinamento Assistenza Primaria (PCAP): già dall'estate 2018 si è proceduto ad una estensione della fascia oraria nell'ambito del Distretto di Bologna al fine garantire le funzioni proprie del PCAP durante tutto l'arco temporale in cui, contemporaneamente, è attiva la presenza dell'Infermiere di Continuità presso l'Ospedale Maggiore. Sono in corso le valutazioni per procedere analogamente anche presso altri PCAP distrettuali. Estensione fasce orarie di attività dell'Assistenza Domiciliare: è in fase di avvio una rimodulazione organizzativa che prevede la presenza in servizio degli Infermieri dell'Assistenza Domiciliare in servizio attivo nella giornata del sabato al fine di garantire la continuità assistenziale e la presa in carico domiciliare dei pazienti dimessi dall'ospedale in tale giornata. Contestualmente è prevista la possibilità di attivazione dei Medici di Continuità Assistenziale qualora fosse necessaria, su segnalazione dell'Infermiere Domiciliare, una visita medica al domicilio. 5. Sviluppare la valutazione sulle esperienze dell'organizzazione dei reparti per intensità di cura Tutti gli ospedali del Presidio Ospedaliero hanno, nel tempo, sviluppato diverse esperienze di organizzazione per intensità di cura al fine di coniugare al meglio gli obiettivi della sicurezza, dell'efficacia, della qualità dell'assistenza e dell'efficienza dei processi, articolando le unità operative sulla base della gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale. Nello sviluppo di tali modelli organizzativi si è convenuto, in relazione alle esperienze condotte, sulla necessità di temperare le esigenze di allocazione dei pazienti nel giusto setting assistenziale con l'opportunità di mantenere l'unitarietà della continuità clinica e di evitare un numero eccessivo di trasferimenti dei pazienti nelle diverse aree. Più in particolare nell'ambito del Presidio Ospedaliero di Bologna sono stati implementati modelli diversi, anche in relazione alle diverse complessità organizzative degli Ospedali. L'Ospedale di Porretta è organizzato secondo un modello per intensità di cure che riguarda tutte le aree ospedaliere (chirurgiche e mediche) con allocazione dei pazienti sulla base del livello di complessità assistenziale. Negli Ospedali di Vergato e di Loiano sono stati attivati letti tecnici di cure intermedie il cui accesso è governato dal Team delle Cure Intermedie, team multiprofessionale (Infermiere, Medico, Fisioterapista, Assistente Sociale) con funzione di intercettazione del caso, valutazione multiprofessionale e multidimensionale, identificazione del setting di cura e del progetto di presa in carico più coerente alle necessità assistenziali del paziente e della famiglia. Tali nuove aree hanno consentito di realizzare un vero modello di organizzazione per intensità di cura realizzando uno stretto collegamento funzionale – operativo fra l'area delle acuzie, la lungodegenza e l'area delle cure intermedie. L'implementazione di nuove aree dedicate alle cure intermedie consentiranno di estendere tali modelli anche ai grandi ospedali cittadini, anche se presumibilmente con modalità organizzative e relazionali diverse in relazione alla diversa complessità degli specifici contesti.
--	--

3.Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	ambito territoriale aziendale con declinazione distrettuale
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	Rispondere ai bisogni assistenziali complessi e di lungo periodo modificando l'attuale sistema di offerta centrato sull'assistenza in regime di acuzie e prestata in strutture ospedaliere, mettendo in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa sia a livello "orizzontale", con la creazione di team multi professionali (modelli a rete multiprofessionali), che "verticale" (sistemi assistenziali integrati con l'ospedale), Le Cure intermedie rappresentano un'area strategica per le attività di presa in carico e accompagnamento di fragili, cronici, disabili e non autosufficienti, ricomprendendo in questo livello le attività di presa in carico a lungo termine degli anziani. Si definiscono sulla base della epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, che garantiscano, per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale, assicurata dai professionisti riuniti in Team multiprofessionali (Infermieri, medici di medicina generale, fisioterapisti, assistenti sociali etc).
Descrizione	Le Cure intermedie rappresentano l'insieme di servizi e attività che riguardano la transizione dei pazienti dall'ambito ospedaliero al domicilio (inteso anche come posto di residenza abituale con la famiglia e possibilmente definitiva) e parallelamente da una competenza esclusivamente clinica (tipica della fase acuta) ad una presa in carico di carattere multiprofessionale e contraddistinta da attività prevalentemente assistenziali. Il concetto si applica all'assistenza sia di pazienti post acuti che richiedono supporto in fase di riabilitazione in strutture territoriali, poiché sottoposti al rischio di nuovo ricovero, sia a pazienti cronici stabilizzati, prevalentemente assistiti sul territorio, che corrono il rischio di ospedalizzazione se non adeguatamente monitorati. Si caratterizzano come un sistema di servizi gestito in maniera integrata da organizzazioni sanitarie e sociali, collocato a ponte fra l'assistenza primaria ed il livello ospedaliero, in grado di collegare tra loro diverse aree del sistema di assistenza sanitaria e sociale (servizi di comunità, ospedali, MMG, operatori del sociale) e così come definito nel documento aziendale "Cure Intermedie e Ospedali di Comunità nell'Azienda USL di Bologna", approvato dalla CTSS ricomprendono le seguenti attività: • assistenza domiciliare; • ambulatori infermieristici; • rete delle cure palliative; • geriatria territoriale; • servizi socio-sanitari • letti tecnici assimilabili agli OSCO presso i presidi ospedalieri; Ospedali di Comunità (OSCO);

	Gli Ospedali di comunità sono strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non possono ricevere a domicilio. Si accede alle Cure intermedie previa valutazione della unità valutativa multidimensionale (team delle cure intermedie TCI) Viene redatto il Piano di assistenza individualizzato (PAI) prima dell'accoglienza nelle SCI .
Destinatari	Pazienti non acuti Adulti over 18 (anziani/disabili) Pazienti prevalentemente anziani con multimorbidità provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili con condizioni che richiedono assistenza infermieristica continuativa o programmabili Pazienti che necessitano di ri-attivazione motoria o riabilitazione Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, comunque non meritevoli di ricovero presso ospedale per acuti Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi Pazienti e caregiver che necessitano di formazione/educazione/addestramento prima dell'accesso a domicilio
Azioni previste	Dare gradualmente seguito agli obiettivi e alle azioni contenute nel documento PATRO e nel documento aziendale sulle Cure intermedie e ospedali di comunità In ogni distretto: • realizzare in ogni Distretto un punto di coordinamento unico TCI (composto da infermieri, assistente sociale medico clinico e altri professionisti di volta in volta necessari) presso ognuna delle 15 CdS programmate ; • prevedere la realizzazione di letti territoriali in ogni distretto derivandoli da: posti letto aggiuntivi negli ospedali di prossimità, dalla riconversione di posti letto di lungodegenza in letti tecnici di OsCo presso Ospedali distrettuali, dalla rimodulazione in Case di Cura accreditate o CRA, di posti letto con modalità assistenziali e di gestione tipiche dell'OsCo.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Co- progettazione ufficio direzione distrettuale e uffici di piano, partecipazione di CCM, associazioni di pazienti, associazioni di volontariato; successiva approvazione Comitato di distretto; coinvolgimento dei Servizi Sociali nel percorso assistenziale individuale (PAI).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni Azienda ospedaliera, Universitaria Rizzoli , ASP CRA Ospedalità privata
Referenti dell'intervento	DCP Dip. Medico DATER UASS

4. Progetto Home Care Premium

Riferimento scheda regionale

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

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune San Lazzaro di Savena, capofila
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;C;

Razionale	Il Distretto di San Lazzaro di Savena aderisce al Progetto "Home Care Premium", gestione INPS-ex INPDAP. L'Istituto INPS ha, tra i propri scopi istituzionali, l'erogazione di prestazioni sociali in favore dei dipendenti e dei pensionati pubblici e dei loro familiari. Tra le differenti modalità di intervento INPS ha scelto di destinare le risorse al sostegno della non autosufficienza e al supporto della disabilità.
Descrizione	Il Progetto "Home Care Premium" prevede l'attivazione di uno Sportello dedicato alle tematiche e problematiche afferenti la non autosufficienza propria e dei familiari. Inoltre, il Progetto "Home Care Premium" prevede l'erogazione delle seguenti prestazioni: - Prestazione prevalente: corrisponde all'erogazione di un contributo economico mensile per il rimborso di spese sostenute per l'assunzione di un assistente familiare; - Prestazione integrativa: consiste nell'attivazione di servizi domiciliari o semiresidenziali a sostegno del caregiver; - Sostegno alla non autosufficienza: corrisponde al contributo per gli anziani non autosufficienti in struttura
Destinatari	Utenti, pensionati o dipendenti della gestione INPS-EX INPDAP, o i familiari di primo grado, non autosufficienti; Il beneficiario è residente nel Distretto di San Lazzaro di Savena.
Azioni previste	Le Azioni previste sono: 1. Attività di informazione e consulenza familiare in merito alle tematiche e problematiche afferenti la non autosufficienza propria e dei familiari; 2. Attività di informazione delle diverse tipologie di servizi offerti dal progetto: - Percorso di assunzione/regolarizzazione badante o assistente familiare; - Erogazione di servizi a carattere domiciliare e/o semiresidenziale per anziani; - Percorsi individualizzati e specialistici per minori e adulti; - Sostegno agli anziani inseriti in struttura. 3. Attività di sostegno e di supporto al familiare, il caregiver; 4. Attività di valutazione dello stato di bisogno e di monitoraggio dei progetti attivi; 5. Attività di rendicontazione delle attività rese dal Distretto.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	1. Interventi di integrazione con i Servizi Sociali del Distretto (area anziani, minori e adulti disabili); 2. Interventi di integrazione collegati con il Terzo Settore, quale soggetto erogatore dei servizi.

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	I soggetti coinvolti nel Progetto “Home Care Premium” sono: - I singoli Comuni; - L’Asp; - Il Terzo Settore.
Referenti dell'intervento	I referenti sono: - L’Ufficio di Piano: dott. Paride Lorenzini (Responsabile UdP) e as.s. Laura Giuliani; - L’Asp “Laura Rodriguez”: Teresa Calzolari e Diletta De Angelis.

5. Ufficio tutele metropolitano

Riferimento scheda regionale

- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	Comune di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Creare un Ufficio di ambito Metropolitano, a coordinamento delle realtà distrettuali ed eventuale supporto giuridico specialistico, in tema di Tutela, Curatela ed Amministrazione di sostegno.
Descrizione	Le recenti modifiche normative in materia di filiazione (l. 219/12, D.lgs 154/13) e l'utilizzo sempre più diffuso dei moderni modelli a protezione giuridica delle persone prive in tutto o in parte di autonomia, quale l'Amministrazione di Sostegno (l. 06/04), introducono da un lato nuovi diritti in materia di minori, famiglia e tutela dei soggetti deboli, anche maggiorenni, e dall'altro nuove complessità giuridiche per gli Enti Locali che direttamente, o a mezzo di deleghe all'AUSL, Unioni di Comuni ovvero ASP risultino titolari di tali prese in carico, da cui discendono doveri di legge e conseguenti responsabilità, tanto dell'Amministrazione quanto dei singoli professionisti coinvolti. La necessità degli Enti titolari delle funzioni socio-sanitarie di raccordarsi il più possibilmente a livello unitario, nel nostro caso a livello di Città Metropolitana, nel creare nuove prassi amministrative e procedurali e di raccordo con le AAGG competenti e degli organi di Garanzia, è pertanto attuale: in particolare, nel caso in cui gli utenti in carico siano interessati anche da una Pubblica Tutela o Curatela o comunque si trovino in situazioni di particolare disagio per cui potrebbero risultare futuri beneficiari, siano essi minori, adulti o anziani, di quelle che vengono chiamate dal Legislatore "forme di protezione giuridica" e quindi, tutela, curatela o amministrazione di sostegno.
Destinatari	Bambini e ragazzi con problematiche complesse, adulti, anziani e disabili
Azioni previste	Il modello che si va a descrivere, tiene conto di tutte queste esigenze, affidando al nascente Ufficio Tutele Metropolitano le seguenti funzioni*: 1) Coordinare a livello Metropolitano un tavolo tecnico in materia di Tutela, Curatela e Amministrazione di Sostegno, di cui potranno fare parte, su indicazione degli Enti aderenti, le diverse figure interne o esterne (es consulenti legali, esperti giuridici, funzionari esperti in materia) che nei singoli Enti se ne occupano, al fine di : a) favorire tra gli Enti dell'Area Metropolitana la costituzione di procedure uniche e semplificate nei rapporti tra servizi socio-sanitari nominati Tutori o Curatori nonché in materia di Amministrazione di Sostegno e Autorità Giudiziarie coinvolte;

	b) promuovere un raccordo tra servizi socio-sanitari territoriali, per condividere buone prassi in materia giuridica e amministrativa sui temi della tutela, curatela ed amministrazione di sostegno; c) promuovere approfondimenti, eventi formativi e confronti su temi e questioni di interesse comune sui temi della tutela, curatela ed amministrazione di sostegno o comunque di particolare interesse per i servizi socio-sanitari; d) promuovere in particolare protocolli e soluzioni condivise a livello metropolitano su temi di interesse comune, tra cui rapporti e adempimenti nei confronti delle Autorità Giudiziarie, responsabilità professionale dell'assistente sociale, diritto di accesso ai documenti sociali e sanitari, competenza sugli oneri per ricoveri sociali; e) rapportarsi con l'Ufficio del Garante Regionale per l'infanzia e l'adolescenza sui temi delle tutele e delle curatele dell'Area Metropolitana; f) raccordarsi con la rete nazionale degli Uffici Tutele e con le progettualità connesse, anche internazionali; g) promuovere quanto in sede normativa è rivolto a valorizzare il volontariato sui temi legati alla Tutela volontaria e all'Istituto dell'Amministrazione di Sostegno, anche nei casi oggi demandati alle Pubbliche Amministrazioni. 2) Garantire un supporto giuridico agli operatori socio-sanitari in materia di famiglie, minori e tutela dei soggetti deboli, anche maggiorenni, tra cui i disabili e anziani, in casi tipici o tipizzabili nei quali manchi ancora la nomina a Tutore o Curatore ma che di solito precedono l'apertura di forme di protezione giuridica o comunque di procedimenti giudiziari volti a valutarne la necessità, nonchè afferenti la tutela dei professionisti coinvolti in interventi socio-sanitari di particolare complessità. Il supporto potrà riguardare anche i consulenti, interni o esterni, dei singoli territori. In particolare: a) interventi d'urgenza ai sensi dell'art. 403 cc; b) interventi sociali in presenza di sospetti reati commessi o subiti dai minorenni; c) responsabilità professionale dell'assistente sociale e diritto di accesso ai documenti sociali d) competenza sugli oneri per ricoveri sociali; e) interpretazione di un provvedimento giudiziario o comunque aspetti processuali o procedurali. 3) Garantire un supporto giuridico, in presenza di una Pubblica Tutela o Curatela ovvero di procedura per Amministrazione di Sostegno, in materia di famiglie, minori e tutela dei soggetti deboli, anche maggiorenni, tra cui i disabili e anziani, nonchè afferenti la tutela dei professionisti coinvolti, attraverso consulenze al bisogno, formazioni e supervisioni. Il supporto potrà riguardare anche i consulenti, interni o esterni, dei singoli territori. 4) Garantire un supporto alle attività giuridico-amministrative, in presenza di una Pubblica Tutela, chieste ai singoli Enti nominati quale Pubblico Tutore o Curatore tra cui il sostegno nel creare nuove modalità, anche telematiche, nella relazione con le Autorità Giudiziarie competenti. Sostenere e promuovere inoltre il moderno Istituto dell'Amministrazione di Sostegno ed il raccordo con le Autorità Giudiziarie preposte, attraverso modalità efficienti ed efficaci, in particolare di tipo telematico. Il supporto potrà riguardare anche i consulenti, interni o esterni, dei singoli territori *****
--	---

	In una prima fase iniziale, quella di Bambini e ragazzi con problematiche complesse, adulti, anziani e disabili, l'Ufficio Tutela Metropolitano garantirà a tutti i Distretti le funzioni del paragrafo 1 (Coordinare a livello Metropolitano un tavolo tecnico in materia di Tutela, Curatela e Amministrazione di Sostegno). Mentre, ai singoli Enti richiedenti garantirà anche un supporto giuridico specialistico per le funzioni del paragrafo 2, 3 e 4, ma solo per il target dei soggetti minorenni e nei limiti massimi indicativi complessivi di: - n.ro 100 consulenze giuridiche annuali agli operatori socio-sanitari per casi complessi ma non ancora in tutela o curatela; - n.ro 200 consulenze giuridiche annuali agli operatori socio-sanitari per casi in tutela o curatela; - n-ro 200 consulenze giuridiche annuali a supporto del tutore o curatore. In un secondo momento potranno essere presi, tra i singoli Enti, anche in base all'organico dell'Ufficio Tutela Metropolitano, estensioni graduali per i moduli 2, 3 e 4 a target di utenza ulteriori (disabili, adulti e anziani). * il documento approvato dalla CTSS " Progetto per la costituzione presso il Comune di Bologna dell'UFFICIO TUTELE METROPOLITANO" diventa parte integrante della presente scheda.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Coordinamento dell'Ufficio di supporto della CTSS Metropolitana di Bologna Enti locali, Azienda Usl
Referenti dell'intervento	Chris Tomesani, Dario Vinci – Comune di Bologna
Novità rispetto al 2018	Il progetto non è ancora stato attivato. Si prospetta la partenza nel corso dell'annualità 2019, a seguito dell'approvazione dell'Accordo attuativo della Convenzione Quadro per la collaborazione istituzionale fra Città metropolitana, Unioni e singoli Comuni dell'area bolognese per la Costituzione dell'Ufficio Tutela Metropolitano" alla seduta della CTSSM del

Totale preventivo 2019: **46,00 €**

Altre risorse- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **46,00 €**

6. Riconoscimento ruolo caregiver

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di San Lazzaro di Savena- Unione Savena Idice- AUSL
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	L'indagine "Passi D'Argento" inerente la "qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più " mostra" che il 94% delle persone nonautosufficienti, disabili e/o fragili, riceve aiuto nelle attività che non riesce a svolgere autonomamente (100% nei disabili gravi). I caregiver famigliari esistono perché una quota della popolazione è costituita da persone non autosufficienti, con disabilità o fragili, e i caregiver famigliari si prendono cura di loro e li supportano in quelle attività che non possono svolgere da soli. Quello del caregiver è un compito gravoso, spesso assunto in risposta a situazioni di necessità o emergenza, come l'insorgere di una malattia o un incidente. In molti casi la persona chiamata a svolgere compiti di cura si trova impreparata, non ha sufficiente consapevolezza del proprio ruolo, delle competenze necessarie e delle conseguenze sulla vita quotidiana e familiare. I compiti del caregiver possono essere molti, dall'assistenza diretta alla sorveglianza passiva, e dipendono dalle abilità residue dell'assistito. Tali compiti possono tenere occupato il caregiver a tempo pieno oppure in modo discontinuo e saltuario, a seconda delle condizioni dell'assistito, della presenza di altre persone impegnate nella cura e dell'eventuale accesso a servizi domiciliari o semi-residenziali.
Descrizione	Emerge con forza la necessità di creare una cultura del caregiving come una iniezione di realtà, di senso, utile a tutta la comunità. La formula vincente sempre più si riconosce nella capacità di creare una formazione che affronti il pregiudizio e gli stereotipi attraverso occasioni di scambio, per superare distanze e paura di "affidare", lavorando costantemente per migliorare la rete delle informazioni sui tre livelli: operatori, caregiver e famigliari.
Destinatari	Caregiver familiari, famiglie e operatori.
Azioni previste	Rivolto a caregiver familiari/famiglie: • sportello distrettuale di consulenza al caregiver (Sostengo - (vedi scheda 21)) • caffè alzheimer rivolto a anziani non autosufficienti e loro caregiver(vedi scheda 21) • supporto psicologico ai caregiver(vedi scheda 21) • eventi informativi/formativi rivolti al caregiver Rivolto agli operatori: • formazione in ambito sociale, socio-sanitario e sanitario

	Il distretto, a seguito costituzione del Tavolo di confronto per il percorso partecipato utile alla programmazione triennale, prevede la prosecuzione del lavoro dello stesso rafforzando la collaborazione tra soggetti pubblici e Terzo settore. Questa continuità permetterà al distretto di effettuare una mappatura sia degli enti del terzo settore/privati sia di tutti quei servizi sviluppati dagli stessi in risposta ai bisogni emergenti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, socio-sanitarie, sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti Locali, Asl, Terzo settore
Referenti dell'intervento	Responsabile area disabile Distretto di committenza e garanzia San Lazzaro di Savena Responsabile Servizi Sociali Unione e San Lazzaro di Savena

7. Amministratore di sostegno - “SOStengo! Azioni di valorizzazione e di supporto in tema di Amministratore di Sostegno”

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Istituzione Gianfranco Minguzzi
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	Integrazione socio-sanitaria: dalla domiciliarità alle cure intermedie.
Descrizione	Il progetto SOStengo promuove e diffonde, fra la cittadinanza, i familiari e gli operatori socio- sanitari, la conoscenza della figura dell'amministratore di sostegno e supporta gli amministratori di sostegno volontari e familiari che già svolgono tale funzione.
Destinatari	Tutti i cittadini della Città metropolitana di Bologna (famigliari, beneficiari, operatori socio-sanitari, ecc)
Azioni previste	- Diffondere la conoscenza fra la cittadinanza dell'istituto dell'amministrazione di sostegno e fornire un primo livello di informazione qualificato ai cittadini che necessitano di attivare un'amministrazione di sostegno, attraverso l'attività svolta con gli sportelli di consulenza aperti nei 7 distretti dell'area metropolitana; - Aumentare il numero di cittadini disponibili ad assumere incarichi di ADS ; - Garantire ulteriori occasioni di formazione, di aggiornamento e di consulenza agli ads, ai familiari di persone non autonome e agli operatori socio-sanitari; - Favorire lo scambio di esperienze fra gli AdS volontari; - Potenziare, in coordinamento con il Giudice Tutelare, il supporto agli AdS volontari; - Gestire l'elenco degli amministratori di sostegno volontari della Città metropolitana di Bologna.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Tribunale di Bologna, Fondazione Dopo di Noi, Centro Servizi per il Volontariato VolaBO, Università di Bologna, Uffici di piano.
Referenti dell'intervento	Annalina Marsili - Città metropolitana di Bologna

8.Coordinamenti metropolitani per sostenere la persona con disabilità nel corso del ciclo di vita

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	1) Città metropolitana 2) Cm, Comune Bo, Unione Reno Galliera 3) Città metropolitana 4) Città metropolitana
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;D;

Razionale	Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, parag. 3.5 Sostenere la persona con disabilità nel corso del ciclo di vita: la ricomposizione delle opportunità L'area metropolitana è certamente ricca di sensibilità e attenzione concreta ai diritti delle persone con disabilità. Occorre però proseguire lo sforzo di ricomposizione delle opportunità, per mettere al centro la persona con disabilità ed il suo punto di vista, nelle sue diverse stagioni di vita. Diversi e molteplici sono i servizi e le opportunità per una inclusione piena delle persone con disabilità, ma spesso, per la persona e la famiglia, è difficile comprenderne le connessioni e viverle in modo continuativo. Incidono in questa frammentazione le diverse forme organizzative dei servizi per le disabilità a livello distrettuale e aziendale, ma anche la presenza di soggetti istituzionali (centrali in alcune fasi della vita) non riconducibili ai tradizionali attori della programmazione socio-sanitaria (le Istituzioni scolastiche, i servizi per il lavoro) e le attività molteplici dell'associazionismo e del terzo settore. La CTSSM pone l'obiettivo di ricomporre a livello metropolitano e distrettuale il quadro delle opportunità e dei servizi, avendo a riferimento la persona e l'intero suo percorso di vita.
Descrizione	Per le finalità su espresse e per rispondere a norme per l'inclusione scolastica (L.104), si attivano specifici coordinamenti metropolitani che hanno al centro il diritto all'istruzione, l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie con le politiche attive del lavoro, le risorse distrettuali per la mobilità casa lavoro, l'attuazione/monitoraggio di programmi regionali (ad esempio "Dopo di noi") e di atti della CTSS (Linee metropolitane per garantire ai giovani con disabilità la continuità di cura - sanitaria, assistenziale, educativa), la promozione della partecipazione delle persone e delle famiglie. 1) Coordinamento Accordo di programma metropolitano per inclusione scolastica bambini e alunni con disabilità L.104 2) Coordinamento integrazione Fondo regionale disabili regionale con programmazione socio-sanitaria 3) Coordinamenti Specifici: nel 2018 attivo per DGR 1559/2017 "Dopo di Noi"; previsto monitoraggio delle " Linee metropolitane per garantire ai giovani con disabilità la continuità di cura (sanitaria, assistenziale, educativa)

	4) Promozione partecipazione Associazioni
Destinatari	Operatori e referenti di tutti i 7 Distretti dei Servizi Sociali e Sanitari coinvolti e/o dei Distretti Istruzione (per Accordo di Programma L.104: Enti Locali, Autonomie scolastiche, Rappresentanti delle Associazioni , NPIA Asl Bologna e Asl Imola)
Azioni previste	1) Coordinamento Accordo di programma metropolitano L.104 Organismo previsto all'art 5 del vigente Adp per il monitoraggio dell'Accordo di Programma metropolitano per l'inclusione scolastica dei bambini alunni con disabilità, la modifica del testo conseguente a innovazioni normative, elaborazione e diffusione dati (previsti approfondimenti sulla spesa comunale) In tale ambito la Città metropolitana (attraverso l'Accordo attuativo tra Cm e Unione Reno Galliera) supporta inoltre la predisposizione dell'Accordo Distrettuale L. 104 del Distretto Pianura Est 2) Coordinamento integrazione Fondo regionale disabili regionali con programmazione socio-sanitaria Il coordinamento opera come luogo di confronto, condivisione, proposta di procedure omogenee per l'utilizzo del Fondo Regionale Disabili in merito a: a) programmazione condivisa con Centro per l'Impiego Bologna-Ufficio Collocamento mirato di progetti di politiche attive di lavoro per persone disabili in carico ai Servizi e Integrazione con procedure Legge Regionale 14 /2015 b) Bandi distrettuali per sostenere la mobilità casa lavoro di persone con disabilità. 3) Coordinamenti Specifici Possono attivarsi su richiesta dei componenti dell'Uds su ulteriori specifici temi connessi alla programmazione socio sanitaria. Nel 2018 è attivo un coordinamento metropolitano, composto da tutti i referenti dei distretti, per supportare la CTSSM nella attuazione della DGR1559/2017 "Interventi strutturali previsti dal Fondo Dopo di Noi. In programmazione un coordinamento per il monitoraggio delle Linee metropolitane per garantire ai giovani con disabilità la continuità di cura (sanitaria, assistenziale, educativa) in coerenza con l'Atto di Indirizzo della CTSSM 4) Promozione partecipazione Associazioni Percorso di approfondimento con i referenti dei diversi organismi di consultazione sui temi della disabilità a livello aziendale e comunali (CCM, Consulte Comunali, Cufo Asl Bologna, ecc) per verificare la possibilità di istituire un luogo a livello di CTSSM di confronto/consultazione con le Associazioni.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le attività sono fortemente integrate con le politiche scolastiche e formative e con le politiche attive del lavoro.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari, degli Enti locali; Associazioni, , Ufficio scolastico territoriale e Autonomie scolastiche; Enti di Formazione;Università
Referenti dell'intervento	Tiziana Di Celmo, Alessandra Apollonio - Città metropolitana

9. Progetto di vita, vita indipendente e dopo di noi. Maggiore sviluppo dei servizi di prossimità per

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Ausl di Bologna-Distretto San Lazzaro di Savena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	Nella società attuale assistiamo all'aumento del numero di persone con disabilità nelle differenti fasce di età. Riguardo all'età adulta, i territori presentano una popolazione con bisogni spesso eterogenei e complessi. La disabilità, infatti, è accompagnata da ulteriori disagi connessi a una maggiore fragilità dei legami familiari e sociali; a problemi di salute fisica/psichica eventuali; a difficoltà economiche e di esclusione sociale, ma anche di accesso a risorse e opportunità presenti nei contesti di vita; infine alla delicata fase di passaggio all'età adulta o allo stesso invecchiamento. Di fronte a un quadro talmente variegato, occorre un sistema di servizi altamente flessibile e innovativo.
Descrizione	Le scelte che stanno alla base della programmazione distrettuale sono quelle di: -sostenere la vita a domicilio o esperienze fuori casa in piccole comunità dove il disabile, partendo da conoscenze/amicizie, possa "sperimentare nuove vicinanze" e possibili future convivenze; -promuovere la possibilità di effettuare esperienze di vita insieme all'interno delle stesse abitazioni delle persone con disabilità; -supportare le persone disabili con opportunità occupazionali in contesti produttivi e con esperienze di volontariato in luoghi di vita (scuole dell'infanzia e primaria, centri diurni anziani, ...) in una logica di crescita comune; -sostenere nuclei familiari fragili (età avanzata dei genitori, disabilità anche dei caregiver, nuclei monoparentali); -garantire una continuità di presa in carico in favore di minori con disabilità attraverso una conoscenza diretta precoce già nei percorsi scolastici (Accordo di Programma per la integrazione scolastica e formativa dei bambini e alunni con disabilità (L.104/92) e in favore di adulti disabili alla soglia dell'età anziana; -contribuire allo sviluppo di una comunità che si prende cura in una logica di solidale reciprocità.
Destinatari	Persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima; famiglie.
Azioni previste	Sono previste le seguenti azioni: 1) mantenimento e sviluppo della rete dei servizi socio-sanitari (FRNA): -assistenza domiciliare socio-assistenziale e socio-educativa; -interventi temporanei residenziali e semi-residenziali per disabili gravi (sollevio, sostegno alla domiciliarità); -assegno di cura disabili e contributo aggiuntivo; -contributi alla domiciliarità; -progetto interventi per contrastare l'isolamento sociale;

	-promozione della protezione giuridica; -inserimento in strutture diurne e residenziali ; -assegni di cura disabilità acquisite 2068/04 + contributo aggiuntivo + SLA; -interventi residenziali e di sostegno per persone con gravissime disabilità acquisite 2068/04 + SLA; -interventi a sostegno di progetti speciali, accompagnamenti + trasporto AUSER; -contributi adattamento domestico e contributi l. 29/97; -ausili non autosufficienza + ausili SLA; -progetti di emergenza per la non autosufficienza; -progetti integrati di Community Welfare; -dimissioni protette – Badando; -trasporto e accompagnamento per favorire accesso a servizi e promuovere il benessere sociale 2) promozione del lavoro sociale di rete e di comunità attraverso: -la promozione e la sensibilizzazione dei volontari singoli; -la promozione e la sensibilizzazione delle realtà associative; -promozione dell'attività di integrazione socio-sanitaria grazie alla Commissione Grad di San Lazzaro in cui sono presenti diverse figure professionali, in base ai casi di discussione; -incontri periodici di valutazione congiunta con CSM distrettuale per situazioni di doppia diagnosi; -attività distrettuale di miglioramento dei percorsi sanitari (Progetto DAMA) grazie ad un percorso agevolato per la prenotazione di visite specialistiche ed esami rivolto alla popolazione affetta da disabilità. 3) sviluppo dei programmi speciali di integrazione socio-sanitaria (PDTA) rivolti a minori e adulti con disabilità gravissima 4) In riferimento alle lettere a, b, c, d, e dell'articolo 5 del DM 23.11.2017 (Dopo di Noi) le azioni previste riguardano: a) - attivazione e ampliamento di interventi socio-educativi finalizzati ad un avvicinamento a soluzioni abitative "altre" da casa propria b) - attivazione di interventi educativi in laboratorio abilitativo/occupazionale finalizzati all'acquisizione di autonomie occupazionali e relazionali per una persona con disabilità grave e con limitazioni sensoriali privo di sostegno familiare inserito in un gruppo appartamento; - ampliamento del supporto a domicilio con interventi educativi e assistenziali in favore di persone con disabilità intellettiva privi di genitori e di persone con disabilità intellettiva che vivono al domicilio con un solo parente in estrema difficoltà; c) - ampliamento di interventi educativi per il potenziamento di attività che favoriscano l'acquisizione di piccole autonomie quotidiane in favore di persone con disabilità plurima supportata da un unico genitore con gravi problematiche sanitarie; -attivazione e ampliamento di servizi socio-educativi per lo sviluppo di competenze di base e relazionali in favore di persone con disabilità in situazione di fragilità (genitori in età avanzata, nuclei monoparentali, parenti con difficoltà nella tenuta), e specificamente attività di socializzazione nel proprio territorio individuando luoghi maggiormente accoglienti, attività aggregative con gruppi di pari in sinergia con associazioni sportive, interventi che facilitano un'abilitazione della propria tenuta ed equilibrio emotivo; - potenziamento delle abilità sociali in favore di persone con disabilità in situazione di fragilità (genitori in età avanzata, nuclei monoparentali, parenti con difficoltà nella tenuta relazionale o privi di genitori) attraverso l'attivazione di 2 gruppi supportati da educatori con appuntamenti programmati nell'anno per attività all'esterno relative alla scelta delle opportunità di divertimento, alla capacità di gestire il proprio budget, all'acquisizione di nuove esperienze culturali e sportive, alla capacità di gestire i propri impulsi, affrontare le tensioni emotive, sviluppare i requisiti per ampliare le opportunità di nuove amicizie e affetti. Si prevedono anche incontri periodici con i genitori per riflettere insieme, per poi supportare, le persone con disabilità ad esprimere maggiormente i propri desideri e abilità presenti e da incrementare;
--	--

	- Open Houses – esperienze di condivisione della propria abitazione, dove persone con disabilità, ma prive di genitori, aprono la loro casa per fare esperienza di attività con altre persone con disabilità e per creare nuovi legami e possibili vicinanze per il futuro - attivazione interventi educativi presso l'appartamento "Vivere insieme" del territorio di San Lazzaro che sarà approntato quale palestra per lo sviluppo di competenze per l'autonomia abitativa a piccole tappe. d) - attivazione di un appartamento per il progetto “Vivere insieme” e) - intervento di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extrafamiliare in favore di persone con disabilità intellettiva e prive di genitori per avvicinamento alla rete parentale più allargata
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl, Servizi sociali, associazioni, volontari singoli
Referenti dell'intervento	Responsabile area disabili Ausl

Totale preventivo 2019: **6.700.727,40 €**

Risorse dei comuni

- SAN LAZZARO DI SAVENA: **1.691.840,02 €**
- MONGHIDORO: **67.886,00 €**
- MONTERENZIO: **59.997,00 €**
- OZZANO DELL'EMILIA: **273.000,00 €**
- PIANORO: **550.000,00 €**
- LOIANO: **55.390,96 €**

Altre risorse

- DOPO DI NOI: **112.883,00 €**
- FRNA: **3.566.202,37 €**
- FNNA: **161.418,95 €**
- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **151.453,00 €**
- Altri fondi regionali (*MOBILITA' CASA LAVORO DISABILI DGR 1964 DEL 19/11/2018*): **10.656,10 €**

10. Elenco fornitori qualificati per gestione servizi non accreditati disabili

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

Razionale	Miglioramento della qualità dei servizi secondo il principio di equità e trasparenza, parità di trattamento, imparzialità ed economicità.
Descrizione	Si prevede la creazione di un elenco di fornitori qualificati per la gestione di servizi non accreditati rivolti a disabili adulti
Azioni previste	Le tipologie di servizi cui saranno applicate le modalità di scelta del fornitore e di gestione del rapporto amministrativo previste dall' Elenco Fornitori sono i gruppi appartamento, i centri socio occupazionali e laboratori protetti. L'iscrizione nell'albo avviene a seguito della verifica dei requisiti da parte di un gruppo tecnico. Sono previste verifiche anche dopo l'iscrizione, rispetto al mantenimento dei requisiti. L'elenco ha carattere dinamico, sarà "aperto" e modificabile nel tempo. L'utilizzo dell' Elenco assumerà valore cogente per le USSI preposte alla gestione dei percorsi per l'inserimento di utenti disabili. Saranno valutati le necessarie modifiche sui percorsi tecnico/assistenziali/amministrativi in atto. Il nuovo percorso per la definizione dei rapporti contrattuali con i gestori di servizi non accreditati, è già stato condiviso con la Direzione Generale dell'Azienda Usl. E' stata ipotizzata l'adozione di uno specifico Regolamento e, previa validazione della CTSSM, si prevede la pubblicazione dell'avviso dopo la approvazione del predetto Regolamento.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Gestori strutture non accreditate area disabili adulti, professionisti Azienda Usl per il gruppo tecnico
Referenti dell'intervento	Alberto Maurizzi – Direttore DAAT Azienda Usl di Bologna

11.Presa in carico del paziente e della famiglia nell'ambito della RETE delle 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	trans-aziendale, con approccio dipartimentale/distrettuale aziendale
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

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

	medico palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione del PAI. L'equipe dell'UCPD, utilizzando strumenti di valutazione, individua in quale livello, di base o specialistico, il paziente può trovare la risposta più adeguata ai suoi bisogni clinicoassistenziali. Gli interventi dell'équipe dell'unità di cure palliative domiciliari devono essere programmati 7 giorni su 7 garantendo la pronta disponibilità medica sulle 24 ore anche attraverso la collaborazione dei medici di continuità assistenziale solo se opportunamente formati. Gli infermieri che compongono l'UCPD sono dedicati, intendendo per dedicati infermieri specificatamente formati e che dedicano il loro tempo-lavoro alle cure palliative. Nella rete locale di cure palliative è garantito l'accesso e la continuità delle cure attraverso un unico punto di governo dell'accesso alla rete, strumento fondamentale per raggiungere sia l'obiettivo dell'accesso equo sia l'obiettivo della continuità. Per garantire l'equità d'accesso dovranno essere garantiti percorsi formativi per permettere ai professionisti delle strutture invianti l'acquisizione di competenze atte a saper riconoscere il paziente che necessita di cure palliative, le modalità e i tempi per attivare i nodi della rete. La riorganizzazione della rete prevede la definizione e la descrizione delle caratteristiche e delle funzioni: 1) del Coordinatore della rete e del gruppo di Coordinamento; 2) dei nodi che compongono la rete - nodo ospedale, nodo ambulatorio, nodo hospice e nodo domicilio; 3) dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), per garantire cure palliative domiciliari di base e specialistiche; 4) dell'unità di valutazione palliativa multidimensionale e multiprofessionale per garantire l'equità di accesso alla rete; 5) della figura dell'infermiere case manager, punto di riferimento per paziente e famiglia, facilitatore delle relazioni tra i diversi setting assistenziali. STATO dell'ARTE dei Nodi della Rete delle CP nell'Area Metropolitana Bolognese NODO OSPEDALE -Diagnosi, valutazione, trattamento dei sintomi incluso il dolore e la sofferenza psicologica del paziente. -Accompagnamento del paziente e dei familiari nel percorso di consapevolezza di diagnosi e prognosi, accettazione della fase avanzata di malattia, sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche, incluso la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici (End of Life care). -Supporto all'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici. -Facilitazione dell'attivazione della rete delle cure palliative per garantire la continuità ospedale- territorio." (DRG 560/2015) AD OGGI : Attivo presso il Bellaria, il Maggiore e dall'ottobre 2017 l'AOSP nella giornata del martedì NODO AMBULATORIO -Diagnosi, valutazione, trattamento dei sintomi incluso il dolore e della sofferenza psicologica del paziente e dei familiari. -Accompagnamento del paziente e dei familiari nel percorso di consapevolezza di diagnosi e prognosi, accettazione della fase avanzata di malattia, sostegno e aiuto nelle scelte terapeutiche, incluso la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici. - Programmazione del percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete." (DRG 560/2015) AD OGGI : l'AUSL di Bologna ha sviluppato un Progetto di Presa in carico in CURE PALLIATIVE PRECOCI e SIMULTANEE(CPP) .
--	---

	L'attività ambulatoriale con la Presa in Cura di Cure Palliative Precoci, iniziata nel 2011, è arrivata a completa sistematizzazione e con il supporto di un nuovo sistema informatizzato creato ad hoc per il progetto, con la possibilità di raccolta dati sistematica dal 2013. Per l'attività di Cure Palliative Precoci è stata realizzata la Centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative e sono stati attivati/sistematizzati 12 ambulatori per Presa in Cura in Cure Palliative Precoci, 5 dei quali in collaborazione con il terzo settore (ANT e Fondazione Hospice MTC Seragnoli), distribuiti equamente nell'ambito dell'Area metropolitana dell'AUSL di Bologna per favorire l'accesso in prossimità della propria abitazione). Sono stati presi in carico 520 Pazienti e famiglie nel 2013; 862, nel 2014 ,883 nel 2015 e 854 nel 2016. Sono stati seguiti in ambulatorio 343 Pazienti e famiglie nel 2013 , 529 nel 2014 , 606 nel 2015 e 532 nel 2016. Sono stati presi in carico in consulenza: 142 Pazienti e famiglie nel 2013, 185 nel 2014 , 185 nel 2015 e 160 nel 2016. Il decesso in ospedale (escludendo la presa in carico per le Cure di fine vita - End Of Life- in Ospedale) appare confermato basso per i pazienti presi in carico in Cure Palliative Precoci nell'anno 2016 : dei 377 pazienti deceduti al 31/12/2016 degli 854 presi in carico in Cure Palliative Precoci solo l'17 % muore in Ospedale. NODO DOMICILIARE AD OGGI attivo solo ADI non specialistica e l'attività specialistica di ANT. NON DISPONIBILE personale INFERMIERISTICO e MEDICO DEDICATO dell'AUSL come richiesto per le Cure Palliative Domiciliari : DA SVILUPPARE ALLA LUCE della DGR 560/2015 e la DGR 1770/2016 relativa ai requisiti di accreditamento della Rete delle Cure Palliative Dei circa 3115 Pazienti residenti e non residenti deceduti per patologia oncologica nel 2015 : A) 1.017 (32,6%) sono assistiti con ANT B)833 (26,7 %) che decedono per neoplasia (pari al 26,7%) è in una TAD dell'AUSL : 156 con una ADI 3, 301 con una TAD Infermieristica Continuativa, 111 con una TAD Infermieristica Occasionale, 143 con una TAD AD Programmata e 33 con una TAD ADR ; C) 1.265 (40,6%) non sono seguiti in nessuna forma di TA. NODO HOSPICE -Garantisce le cure palliative in regime residenziale a malati, che non possono essere assistiti temporaneamente o in via continuativa al proprio domicilio, attraverso equipe dedicate e specificatamente formate. Il malato e la sua famiglia in hospice possono trovare sollievo nei momenti di difficile gestione della malattia per motivi clinici, psicologici, sociali. (DRG 560/2015) AD OGGI Personale erogante: la Fondazione Hospice Seragnoli , non profit accreditato, attualmente gestisce i 58 posti letto dei tre Hospice che insistono sul territorio dell'Azienda USL di Bologna (Hospice di Bentivoglio- 30 PL; Hospice del Bellaria – 13 PL; Hospice di Casalecchio- 15 PL) .
Descrizione	RIORGANIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE sulla base LEGGE 15 marzo 2010, n.38 e della DGR 560/2015 e e la DGR 1770/2016
Destinatari	Malati, Familiari
Azioni previste	1- NUOVA PROPOSTA di RIORGANIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE 1) La CENTRALE DI COORDINAMENTO della RETE delle CURE PALLIATIVE EFFETTUA : a) l'attività di Coordinamento ; b) l'attività di Valutazione Primaria Multiprofessionale;

	c) l'attività di autorizzazione dei ricoveri in hospice; d) l'attività di autorizzazione della presa in carico domiciliare di cure palliative di base e specialistica; e) l'attività di formazione: f) AUDIT ; g) raccolta dati per i Flussi informativi 2) 15 EQUIPE DI 3 FIGURE PROFESSIONALI DEDICATE + MMG , MISTE (PUBBLICO/PRIVATO NON PROFIT) per la VALUTAZIONE della PRESA in CARICO, per le CONSULENZE OSPEDALIERE e per l'EROGAZIONE di cure palliative nei diversi nodi Per l'erogazione nell'ambito dei 4 nodi (Ospedale, Ambulatorio, Domiciliare e Hospice - quest'ultimo in gestione alla Fondazione Hospice Seragnoli) Le equipe multidisciplinari saranno 15 (una equipe dedicata ogni 60.000 abitanti) come da modello riorganizzativo territoriale Aziendale (CASE DELLA SALUTE: Come comunità di pratiche cliniche :6 Distretti e 50 Comuni) UNA EQUIPE DEDICATA OGNI 60.000 ABITANTI : 1 equipe composta di base relativamente all'AUSL: 1 MEDICO , 3 INFERMIERI e 1 PSICOLOGO (questi professionisti del Pubblico verranno poi integrati nella TRIPLETTA PUBBLICO – PRIVATO SOCIALE da professionisti del Terzo Settore) che si occupa dei 3 NODI (Ospedale , Ambulatorio, Domicilio). NUOVA ATTIVITÀ FRA OSPEDALE E TERRITORIO : Il processo è trasversale all'Azienda e si sviluppa nel contesto dei 9 Ospedali aziendali, 6 Distretti, Azienda Ospedaliera e IOR, 50 Comuni (2018) , 8 Ospedali Privati Accreditati e CRA ed RP (2019) presenti sul nostro territorio. La Rete delle Cure Palliative sarà attiva nell'ambito degli Ospedali di Comunità (OsCo) che saranno attivati nell'AUSL di Bologna con CONSULENZE, da parte dell'equipe multi professionale, per la valutazione, la presa in carico e per l'eventuale cure di fine vita (End of Life) in Cure Palliative. NODO OSPEDALE: DA IMPLEMENTARE a Step in tutti gli ospedali aziendali (2018) e ampliare la disponibilità alle CRA e alle Case di Cura Private (lungodegenze) (2019). NODO AMBULATORIO: Buono sviluppo e ottimi risultati : ATTIVITA' PIONERISTICA riconosciuta come tale a livello nazionale. DA IMPLEMENTARE sulla base dei risultati nel Paziente Oncologico, nel MALATO NON ONCOLOGICO (BPCO- FIBROSI POLMONARE- SCOMPENSO CARDIOCIRCOLATORIO- DEMENZA) e in Pianura OVEST (ove ad oggi Non è presente). NODO HOSPICE: IMPLEMENTARE L'INTEGRAZIONE con Processi di AUDIT CLINICI con il Coordinamento della RCP all'interno degli Hospice NODO DOMICILIARE per la PRESA IN CARICO DOMICILIARE (UCPD della DRG 560/2015) DI BASE E SPECIALISTICA (anche all'interno delle strutture CRA ed RP) La definizione del livello di Base o Specialistico è compito dell'equipe multi professionale mista (vedi punto 2/a) DA RIORGANIZZARE : • Livello CP Di Base: erogato dal MMG e personale infermieristico dedicato (DA IMPLEMENTARE) • Livello Specialistico dedicato (Privato non profit – ANT) invariato da utilizzare al meglio per la finalità di CURE PALLIATIVE • Livello Specialistico dedicato PUBBLICO da ORGANIZZARE DA FARE: 1)Riallocare formalmente 2 o 3 degli Specialisti Territoriali dal Dipartimento di Cure Primarie alla Rete delle Cure Palliative 2)Avviare il CONCORSO per MEDICI PALLIATIVISTI (in attivazione) Complessivamente 9 medici palliativisti a tempo pieno 3)Riallocare i 30 Infermieri (oltre ai 6 INFERMIERI già individuati di cui 3 riallocati alla Rete nel gennaio 2018
--	--

4) Riallocare attuando percorsi di MOBILITA', gli Psicologi in Cure Palliative, dal Dipartimento di Cure Primarie alla Rete delle Cure Palliative

5) Implementare IL PROCESSO di AUTONOMIZZAZIONE, TRASVERSALIZZAZIONE e INTERAZIENDALIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE

6) Implementare l'informatizzazione trasversale

7) Acquisire spazi nelle diverse sedi (AOSP compresa) automezzi e telefoni per il personale

8) PROGETTO H 24 (vedi di seguito) da realizzare a REGIME di PERSONALE MEDICO

2- NUOVA PROPOSTA di RIORGANIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE

ATTIVITA' 7/7 giorni - H24 (SOLO DALLA FINE 2019 A REGIME CON IL PERSONALE MEDICO)

ACCESSI PS N RICOVERI durante Ultima TAD :

La migliore performance relativa agli indicatori di significato negativo N ACCESSI PS durante Ultima TAD prima del decesso e N RICOVERI durante Ultima TAD prima del decesso (dai quali vanno esclusi i ricoveri programmati per l'esecuzione di chemioterapia) è dell'ANT, le peggiori sono riferibili alle TAD Infermieristiche e alle TAD AD Programmata e ADR (2,3 Media tutti Ricoveri/ N Deceduti e 1,3 Media Accessi PS/ N Deceduti)

TUTTAVIA , Pur escludendo i ricoveri programmati (97) per l'esecuzione di chemioterapia, (729 – 97 + 196) 828 Pazienti su 1.017 , pari all'81,4 dei Pazienti seguiti dall'ANT ha un ricovero ospedaliero e/o un accesso al PS durante la presa in carico, nonostante siano 36 i Medici ANT che seguono i pazienti al domicilio nell'Area Bolognese e che si dividono le guardie diurne, notturne e festive..

L'Attività 7/7 giorni - H24 richiede una disponibilità di personale che in questa fase rendono la guardia attiva non attuabile L'attività di consulenza telefonica /intervento domiciliare h24 ai pazienti in Assistenza Domiciliare è attiva solo per i pazienti in carico all'ANT e rappresenta un elemento fortemente condizionante la scelta dei pazienti dei familiari e dei medici.

Tutti i pazienti NON oncologici chiamano il 118 in caso di necessità e anche per i pazienti non oncologici in Cure Palliative va garantita la reperibilità H24

PROPOSTA di SOLUZIONE

Organizzare una rete di Intervento 7/7 giorni - H24 in collaborazione con il DIPARTIMENTO di EMERGENZA.

CREARE 2 CIRCUITI DI REPERIBILITÀ

Reperibilità telefonica per consigli telefonici ai pazienti, ai familiari

1: CIRCUITO di REPERIBILITA' 1 .

Reperibilità telefonica per i Pazienti in Cure Palliative Precoci Ambulatoriali: cellulare a disposizione della persona malata e della famiglia per consigli telefonici e urgenze.

La persona malata e la famiglia chiamano il Medico Reperibile al Cellulare REPERIBILITA' RETE CP: il Medico Reperibile, che attraverso un PC collegato con VPN agli Applicativi aziendali, valuta alla luce anche della scheda clinica del paziente, le indicazioni terapeutiche e consiglia la terapia che il familiare può attuare.

Solo nel caso sia necessario l'intervento del 118, il Medico Reperibile chiama direttamente il 118 e comunica con l'operatore per concordare: Infermiere, auto medica o autoambulanza per trasferimento in PS. Contestualmente il Medico Reperibile in Cure Palliative invia via mail alla Centrale del 118 : a)esito della telefonata, b)decisioni prese e c)prescrizioni terapeutiche. L'operatore che interviene a domicilio contatta telefonicamente il medico Reperibile di Cure Palliative al Cellulare REPERIBILITA' RETE CP.

2: CIRCUITO di REPERIBILITA' 2 .

Reperibilità telefonica per i Pazienti in Cure Palliative Domiciliari :

I telefoni (il telefono dell'abitazione ed 1 cellulare) di riferimento della persona malata e del care giver vengono segnalati alla Centrale operativa del 118 come PAZIENTI in CURE PALLIATIVE.

2A) La persona malata e la famiglia chiamano il Medico Reperibile al Cellulare REPERIBILITA' RETE CP: il Medico Reperibile, che attraverso un PC collegato con VPN agli Applicativi aziendali, valuta alla luce anche della scheda clinica del paziente, le indicazioni terapeutiche e consiglia la terapia che il familiare può attuare. Solo nel caso sia necessario l'intervento del 118, il Medico Reperibile chiama direttamente il 118 e comunica con l'operatore per concordare: Infermiere, auto medica o autoambulanza per trasferimento in PS. Contestualmente il Medico Reperibile in Cure Palliative invia via mail alla Centrale del 118 : a)esito della telefonata, b)decisioni prese e c)prescrizioni terapeutiche. L'operatore che

	interviene a domicilio contatta telefonicamente il medico Reperibile di Cure Palliative al Cellulare REPERIBILITA' RETE CP. 2B) La persona malata e la famiglia chiamano il 118 . Il 118 identifica il numero segnalato come CURE PALLIATIVE risponde al numero chiamante e se si conferma che la chiamata avviene da quel numero per il Malato in Cure Palliative, il 118 contatta il Medico Reperibile e passa la telefonata e segue il circuito 2A. l'Operatore del 118 che interviene al domicilio per una chiamata per un Paziente non conosciuto dalla Rete delle Cure Palliative, ma potenzialmente (dopo avere parlato con la famiglia) da approccio in Cure Palliative, segnala il Paziente e la famiglia alla Rete delle Cure Palliative per eventuale successiva presa in carico. 3- NUOVA PROPOSTA di RIORGANIZZAZIONE della RETE delle CURE PALLIATIVE DISTRETTO di SAN LAZZARO N. Residenti : 77.107 UNA EQUIPE DEDICATA OGNI 60.000 ABITANTI : 1 equipe composta di base relativamente all'AUSL: 1 MEDICO , 3 INFERMIERI e 1 PSICOLOGO (questi professionisti del Pubblico verranno poi integrati nella TRIPLETTA PUBBLICO – PRIVATO SOCIALE da professionisti del Terzo Settore) che si occupa dei 3 NODI (Ospedale , Ambulatorio, Domicilio) Personale dell'AUSL richiesto: 1,2 Medico dedicato 3,2 Infermieri dedicati 1 psicologo 2 automezzi a disposizione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda AOSP, Fondazione Hospice MTC Seragnoli, Fondazione ANT, IOR , CRA , RP e Ospedali privati (Lungodegenze)
Referenti dell'intervento	Dipartimenti Oncologico, DATER, Cure Primarie , Emergenza, Medico, Infantile, Chirurgico
Novità rispetto al 2018	Razionale/Motivazione: La L. 38/10 ha definito principi e norme volte a garantire un'assistenza qualificata ed appropriata al paziente che necessita di cure palliative, rivolgendo specifica attenzione anche al paziente in età pediatrica, e affidando al modello organizzativo a rete il compito di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. La rete di cure palliative permette di assicurare le migliori sinergie tra i diversi setting (nodi della rete) in tutto il percorso assistenziale. La Regione ha da tempo indicato le cure palliative come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata dei pazienti, sostenendo negli anni lo sviluppo e il potenziamento della rete di cure palliative in tutte le sue articolazioni assistenziali. A seguito della L. 38/10 (e dei suoi provvedimenti attuativi) la Regione ha riorganizzato la rete locale di cure palliative (DGR 560/15) e ha definito i criteri di accreditamento della rete stessa (DGR 1770/16). Descrizione: La Rete di cure palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio (rappresentato dalla casa o dalla struttura residenziale in cui è domiciliato/residente il malato), in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'azienda USL. Azioni da sviluppare: A livello regionale, a garanzia di equità di accesso e omogenee modalità assistenziali su tutto il territorio regionale, vanno definiti comuni strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e della qualità assistenziale percepita. A livello locale la Rete deve individuare i punti di accesso, i percorsi organizzativi che si realizzano dalla segnalazione del caso fino all'exitus, prevedendo tutti gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici. Vanno individuate le interfacce, i compiti e le modalità di intervento dell'equipe, gli strumenti per valutare le performance (audit organizzativi e audit clinici), l'individuazione delle azioni di miglioramento. Dovranno essere individuate a livello locale e monitorati a livello regionale i percorsi di formazione utili a sviluppare sia le competenze specialistiche dei professionisti dedicati alla

rete di cure palliative, sia le competenze degli operatori che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative quali le strutture residenziali per anziani (CRA), le unità operative ospedaliere, l'ADI. In particolare, per le strutture residenziali per anziani sarà necessario sviluppare una conoscenza diffusa delle Cure Palliative formando le figure sanitarie e socio-sanitarie maggiormente coinvolte nell'assistenza e nell'organizzazione (Medici, Coordinatori Infermieristici, Infermieri, OSS). Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche sarà istituito un gruppo tecnico che avrà il compito di definire precisamente la popolazione target di questa rete, le modalità di accesso e di dimissione e le relazioni fra i diversi nodi, e di valutare il potenziale sviluppo di PDTA specifici attraverso la costituzione di sottogruppi di lavoro. Sarà inoltre necessario promuovere lo scambio e il confronto di esperienze tra le diverse componenti della rete.

Beneficiari:

Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa, non suscettibili di cure rivolte alla guarigione - o con opzioni terapeutiche limitate, anche in concomitanza di terapie specifiche - con presenza di sofferenza fisica, psicologica o spirituale. Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche, inoltre, pazienti i cui caregiver abbiano necessità di formazione specifica rivolta all'assistenza, o di periodi di sollievo.

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'organizzazione a rete attua tutte le strategie necessarie all'integrazione delle diverse strutture ed equipe, sia ospedaliere che territoriali, che perseguono interessi comuni senza sovrapposizioni. Il funzionamento della rete necessita di un coordinatore e di un organismo tecnico di coordinamento che definiscano gli strumenti utili all'integrazione e alle attività trasversali. Dovranno quindi essere individuati criteri specifici per i nodi, ma comuni per tutta la rete, per definire modalità di accesso e di valutazione dei bisogni; andranno definiti il percorso che si realizza dalla segnalazione del caso al punto di accesso fino all'exitus e audit organizzativi con la condivisione sistematica dei risultati ottenuti e delle eventuali azioni di miglioramento. Altro elemento di trasversalità sono i piani di formazione che dovranno essere predisposti per gli operatori dedicati alla rete e per i professionisti che operano nelle strutture invianti. Inoltre sarà necessario condividere con i professionisti delle unità operative ospedaliere le modalità di attivazione dell'equipe specialistica di cure palliative per la consulenza ospedaliera.

Ancora andranno condivisi, con gli operatori CRA, i criteri per l'individuazione dei pazienti target di cure palliative, le modalità di accesso alla rete attraverso l'Unità di Valutazione Cure palliative e le modalità di attivazione dell'UCPD (Unità Cure Palliative Domiciliari).

Andranno definite modalità di trasferimento delle informazioni tra i nodi della rete e le altre strutture. Dovranno poi essere realizzati programmi comuni di divulgazione e di informazione verso i propri cittadini sulle cure palliative, sull'organizzazione della Rete coinvolgendo anche le organizzazioni del mondo del volontariato e del non profit operanti nel settore cure palliative, con le quali le Aziende Sanitarie hanno sviluppato programmi per attività integrative.

Indicatori:

1. N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard > 60%;
2. Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete;
3. Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative;
4. Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore);
5. N. Aziende all'interno delle quali si è individuato il referente per le CP pediatriche e definito il percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP;

Rendicontazione anno 2018 indicatori schede di ambito sovradistrettuale/aziendale

	1. N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard > 60%; Ad oggi 4/4/2019 non è disponibile il dato (che corrisponde all'indicatore ministeriale) in quanto le schede ISTAT a detta del Dottor Severino che si è confrontato con il dottor Pandolfi, non saranno disponibili prima del 15 maggio pv Ad oggi possiamo solo dare come dati (che andranno elaborati dalla Regione – SISEPS- per arrivare all'indicatore Ministeriale : -Assistiti in ADI Oncologica Terminale : 1776 -Assistiti in Hospice : 1069 2. Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete; Formazione e clinical competence:grado di partecipazione degli operatori alle iniziative formative previste dal piano annuale La formazione in tema di Cure Palliative ha visto la seguente partecipazione: Interna per quanto riguarda i professionisti che compongono il livello specialistico : I temi delle cure palliative n. 17 partecipanti in 14 incontri per un totale di 30 ore iniziative di formazione inerente agli aspetti relazionali con gli utenti Co-progettazione e formazione nell'ambito dell'applicazione della Legge 219 del 2017 in tema di Pianificazione Condivisa delle Cure (VEDI PUNTO 3): Rivolto al team multiprofessionale e multidisciplinare metropolitano per i Pazienti affetti da SLA per un totale di n. 50 Rivolto ai dipendenti dell'Azienda USL in aula magna del Maggiore per un totale di n. 120 partecipantivalutazione delle clinical competence e loro aggiornamento in relazione a modifiche organizzative introdotte o innovazioni Sulla base dell'autovalutazione delle clinical competence attraverso il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative (CCIICP) emanata dalla Società Scientifica di Cure Palliative Italiana (SICP ottobre 2018) ed approvato dalla FNOPI, si è provveduto a somministrare il questionario da Loro elaborato e sperimentato che ha contribuito all'evidenziare il fabbisogno formativo specifico per i temi delle cure palliative che verrà elaborato attraverso il PAF del 2019.formazione a supporto delle clinical competence valutate necessarie per l'erogazione delle attività Nell'ambito della formazione continua dell'equipe afferente al processo e sulla base dell'autovalutazione si è provveduto ad organizzare degli incontri su alcuni temi sensibili nell'ambito degli incontri settimanali di equipe con lasupervisione della psicologa del team per i temi inerenti agli aspetti relazionali.inserimento del personale nell'articolazione organizzativa In occasione del trasferimento dei professionisti selezionati sulla base dell'esito del bando di disponibilità all'inserimento nel Processo bandito nel 05/09/2017 (n.prot. 2611) sono state attuate le strategie di formative sulla base del Core Curriculum dell'infermiere in Cure Palliative emanata dalla Società Scientifica di Cure Palliative Italiana (SICP 2013) ed approvato dall'allora Federazione IPASVI (oggi FNOPI). La formazione semestrale è stata implementata anche da un percorso formativo ECM di 120 ore come preannunciato dal bando ed evidenziato dalla scheda di progetto che ha coinvolto 11 infermieri neo inseriti nell'anno. 3. Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative; Formazione e clinical competence:grado di partecipazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative alle iniziative formative previste dal piano annuale La formazione in tema di Cure Palliative ha visto la seguente partecipazione: Esterna per quanto riguarda i professionisti che compongono il livello di base: Corso per Facilitatori in cure palliative (I livello):per l'azienda USL n: 44 partecipantiper l'Azienda Policlinico Sant'Orsola n.: 50 partecipanti
--	---

Corso per la gestione del fine vita nell'ambito del progetto Rianimazione Area Medica e Cure Palliative per un totale di n. 28 partecipanti.

Corso per la gestione del fine vita nell'area medica: per un totale di n. 60 partecipanti in tre edizioni

iniziative di formazione inerente agli aspetti relazionali con gli utenti

Co-progettazione e formazione nell'ambito dell'applicazione della Legge 219 del 2017 in tema di Pianificazione Condivisa delle Cure in tre eventi:

- Rivolto al team multiprofessionale e multidisciplinare metropolitano per i Pazienti affetti da SLA per un totale di n. 50 , con dottor Salvi
- Rivolto ai dipendenti dell'Azienda USL in aula magna del Maggiore per un totale di n. 120 partecipanti, con Direzione Sanitaria
- BIOETICA in ETA' pediatrica (28 marzo, 11 aprile, 16 maggio 2018) con dottoressa Soffritti

Progettazione del Corso di Formazione per gli operatori delle CRA (da effettuarsi nel 2019)

Corso preparatorio e Cinque edizioni di Corso di formazione di primo livello nel 2019

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

NEL TERRITORIO METROPOLITANO BOLOGNESE

- 2 marzo 2018 BOLOGNA CONVEGNO organizzato da AMI su "La nuova legge sul Testamento biologico " :

Danila Valenti : Riflessioni da Medico sulla legge 219/17

- 9 marzo 2018 PIEVE di CENTO CONVEGNO organizzato da ANT : Dall'Ospedale al Territorio Percorsi integrati e personalizzati

Danila Valenti Introduzione

- 12 marzo e 5 aprile 2018 BOLOGNA S.Orsola : Il Testamento Biologico

Danila Valenti : Il Palliativista : La Rete delle Cure Palliative

- 7 Aprile 2018 CONVEGNO organizzato in Regione RER con FADOI

Danila Valenti :Nutrizione e idratazione nel fine vita

- 10 aprile INCONTRO coi i COMITATI CONSUNTIVI MISTI di San Giovanni in Persiceto

Francesca Mengoli: La legge 219 e le Cure Palliative

- 25 ottobre 2018: BORGO PANIGALE SALOTTO della STAZIONE con the e pasticcini

Organizzato da AUSER Bologna

Francesca Mengoli: La legge 219 e le Cure Palliative

- 7 e 8 luglio 2018 VERTICALE e SOLIDALE CONVEGNO organizzato con e per le persone malate di Sclerosi Multipla

Danila Valenti : La legge 219

- 15 ottobre 2018 ROMA MONTECITORIO CONVEGNO Organizzato dall'ORDINE dei GIORNALISTI di ROMA su FINE VITA e legge 2019

Danila Valenti: Le Cure Palliative

- 18 ottobre 2018 ROMA XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati:

Danila Valenti: AUDIZIONE presso la XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei Deputati relativamente a indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

5. N. Aziende all'interno delle quali si è individuato il referente per le CP pediatriche e definito il percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP;

5) La dottoressa Silvia Soffritti Responsabile del PDTA del Bambino con patologia cronica a rischio di gravi disabilità e Referente Ospedaliero delle Cure palliative Pediatriche (in indirizzo) risponderà a questo indicatore

12. Medicina di genere

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

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

Razionale	La medicina genere-specifica affronta le disuguaglianze di salute per quanto riguarda sintomi, diagnosi, prognosi e trattamenti delle malattie. L'approccio orientato alla medicina di genere intende modificare le prassi organizzativo/professionali concretizzando l'appropriatezza delle cure nel rispetto del diritto di equità di trattamento sia per gli uomini sia per le donne. In questa prospettiva sono da valorizzare le esperienze che producono azioni di educazione alle differenze, in quanto accrescono la capacità di chi opera in ambito sanitario di offrire risposte genere-specifiche, e quindi più aderenti alla specificità della persona. Già nel 2000 l'OMS ha inserito la Medicina di Genere nell'Equity Act e affermato che il principio di equità implica che la cura sia appropriata al singolo genere, evidenziando una sostanziale misconoscenza e sottovalutazione della diversità femminile. Oggi la Medicina di Genere sta ancora avendo uno sviluppo moderato, nonostante la sua promozione e la sensibilizzazione della popolazione -soprattutto dei professionisti sanitari- siano sempre più importanti per la Sanità Pubblica in termini di tutela dei cittadini, conciliandosi con il passaggio verso una medicina personalizzata che dovrà considerare tutti i fattori di rischio dell'essere umano: l'etnia, lo stile di vita, la storia personale, i profili di rischio e le predisposizioni genetiche.
Descrizione	Per implementare la medicina di genere è prioritario: - offrire un'informazione corretta ed equa sulle differenze di genere nelle problematiche di salute e sull'approccio di genere nella cura e nell'assistenza; - realizzare un'attività formativa professionale permanente per fornire le conoscenze specifiche connesse alla diversità di genere; - promuovere percorsi di ricerca, prevenzione, diagnosi, cura farmacologica e riabilitazione orientate all'equità di genere; - impostare bilanci di genere; - valutare statisticamente il peso dei due generi nell'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.
Destinatari	- la comunità professionale sanitaria e sociosanitaria - i gestori dei servizi sanitari e sociosanitari - i cittadini e gli utenti dei servizi
Azioni previste	Creazione di un gruppo di lavoro aziendale "Medicina di genere ed equità", multidisciplinare e multiprofessionale. Si ritiene fondamentale la divulgazione dei principi della medicina di genere e dell'etica della cura coinvolgendo associazioni (es., Medicina Europea di Genere) ed esperti che già promuovono questo approccio.

	Il gruppo di lavoro individuerà iniziative di divulgazione rivolte a tutti i destinatari sopracitati. Tra queste iniziative si propone innanzitutto la predisposizione di un questionario sulla MdG, per effettuare una rilevazione rivolta specificamente agli operatori aziendali. Successivamente si implementeranno le indicazioni operative estrapolate a livello regionale dalla sperimentazione in un territorio. Si precisa che è previsto un coordinamento regionale di supporto per analizzare le azioni trasversali, promuovere iniziative di confronto, supportare l'introduzione, nel momento di elaborazione del piano aziendale delle azioni sull'equità, di strumenti equity oriented, quali ad esempio la scheda di valutazione Eqia, per rilevare ex ante l'impatto sul genere delle azioni previste dal piano.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Integrazione con il livello regionale, con il Dipartimento di Sanità Pubblica e con i servizi distrettuali sanitari e sociali per le azioni di rafforzamento della cultura orientata alle differenze di genere. Piano Attuativo Locale dell'Azienda USL Bologna
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Direzione Generale Cura alla Persona, alla Salute e al Welfare della Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria e sociale regionale, Comitati di Distretto, UdP, CTSS, servizi sociali territoriali, associazioni di utenti, associazioni di volontariato.
Referenti dell'intervento	DSM Epidemiologia psichiatrica e public health
Novità rispetto al 2018	L'Azienda USL ha nominato il gruppo di lavoro interaziendale di professionisti che si occuperà del tema Medicina di Genere e che si confronterà, tramite il suo coordinatore, con il livello regionale. Al gruppo sono stati invitati anche un rappresentante dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, un rappresentante dell'Ordine professionale degli Infermieri, rappresentanti clinici dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, un Medico di Medicina Generale e la Presidente dell'Associazione Medicina Europea di Genere. Nel 2018 il gruppo ha elaborato un questionario rivolto al personale delle tre Aziende sanitarie che hanno sede a Bologna, con l'obiettivo di verificare la conoscenza dei dipendenti sul tema e suscitare l'interesse degli operatori su questo argomento. Il sondaggio è partito tramite le Intranet in gennaio 2019 e in un mese sono state ricevute 2600 questionari compilati. I risultati dell'indagine saranno resi pubblici in un evento programmabile nella seconda metà del 2019. Nel 2018 sono stati identificati e nominati i referenti aziendali al board regionale ed essi hanno partecipato ai diversi incontri previsti dal board regionale sull'equità e sulla medicina di genere. L'Azienda USL ha inoltre partecipato a diversi eventi svoltisi a Bologna sul tema medicina di genere, anche con i propri professionisti in qualità di relatori: Le Cefalee: il punto di vista della medicina di genere, Bologna 17 novembre 2018 organizzato dall'Associazione Medicina Europea di Genere; Le sfide del Sistema Sanitario Nazionale. Sostenibilità, medicina di genere e futuro delle professioni, Bologna 29 novembre 2018 Card Emilia-Romagna; Medicina di genere ed equità: la cornice di lavoro regionale, Bologna 14 dicembre 2018 organizzato da ASSR

13. 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	Altro
Specifica soggetto capofila	Unione, Comune San Lazzaro di Savena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	La presente scheda nasce dalla consapevolezza dei mutamenti socio-economici occorsi soprattutto a partire dalla crisi economica del 2008, cambiamenti che richiedono al sistema di servizi una revisione delle soluzioni finora adottate al fine di una risposta maggiormente personalizzata rispetto all'eterogeneità dei bisogni socio-economici, sanitari, relazionali, ecc. Per quanto il distretto di San Lazzaro presenti un reddito medio complessivo decisamente superiore a tutti gli altri territori di area metropolitana (ad eccezione di Bologna), la congiuntura economica sfavorevole è stata comunque in grado di colpire quella fascia di persone già a rischio di marginalità o addirittura al limite di povertà estrema.
Descrizione	Il distretto prosegue nel consolidamento di una serie di interventi monetari e di servizi rivolti alla fascia di popolazione sopraindicata, con l'obiettivo di realizzare progetti di elevata integrazione professionale tra mondo del sociale, della salute, del lavoro; ma anche tra enti pubblici, terzo settore e comunità tutta. Il lavoro di comunità, infatti, rappresenta premessa fondamentale per la ricomposizione, o meglio rigenerazione, di un contesto sociale filtrato dai pregiudizi e dallo stigma rivolto al "diverso", aperto alla cura e alla responsabilità dei suoi membri, capace di stimolare scambi e nuove reti solidali, attivando risorse e sinergie. Per tale motivo il distretto prevede per il futuro il mantenimento di un dialogo con il Terzo settore/profit locale, questi ultimi antenne territoriali, sensibili ai rapidi e impercettibili bisogni in evoluzione, attori propositivi sia in merito a soluzioni innovative sia per l'apertura di un campo di riflessione su tematiche emergenti.
Destinatari	Adulti con minori, adulti senza fissa dimora
Azioni previste	Servizi per l'emergenza abitativa: • Alloggi (tramite Piazza Grande) • Interventi educativi personalizzati per il nucleo familiare ospitato Servizio di transizione dall'emergenza abitativa: • Co-housing tra adulti (tramite Piazza Grande) Contributi/integrazioni: • Contributi economici • Contributi affitto Qualificazione dei servizi: • Rafforzamento delle Commissioni Pronta Emergenza Abitativa (PEA) sull'intero distretto Il distretto, a seguito costituzione del Tavolo di confronto tra ente pubblico e territorio in fase di programmazione del Piano di zona, prevede la prosecuzione del lavoro dello stesso rafforzando la collaborazione tra i soggetti partecipanti. Questa continuità permetterà al distretto di effettuare una mappatura sia degli enti del terzo settore/privati sia di tutti quei servizi sviluppati dagli stessi in risposta ai bisogni emergenti.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, abitative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	EE.LL., Asl, Terzo settore
Referenti dell'intervento	Assistenti sociali Area Adulti e Minori e Responsabili dei servizi

Totale preventivo 2019: **85.266,00 €**

Risorse dei comuni

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **85.266,00 €**

14. superamento delle aree sosta ex L.R. n. 11/2015 Norme per l'inclusione sociale di Rom e Sinti

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Sub distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	San Lazzaro di Savena
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;D;E;

Razionale	Nell'ambito del territorio distrettuale – segnatamente nel Comune di San Lazzaro di Savena – insistono tre insediamenti abitati da famiglie Sinte: il campo sosta di Via Tomba Forella, realizzato nel 2005 secondo le indicazioni contenute nella L.R. n. 47/1988 e due insediamenti spontanei sine titulo, costituiti dalle aree di via Jussi n. 117/N e di Via Zinella nn. 19 – 21 – 23; per queste ultime a suo tempo il Comune di San Lazzaro di Savena ha provveduto ad attivare le procedure previste in tema di abuso edilizio. Il volume complessivo degli abitanti rilevati a gennaio 2018 è pari a n. 123 persone (di cui n. 43 minori), tutte appartenenti alla comunità Sinta, stabilite nei tre insediamenti; dato che rappresenta un'incidenza relativa piuttosto elevata (poco meno dello 0,38% sui 32.592 abitanti del Comune di San Lazzaro di Savena, censiti al 31.12.2017, contro il dato regionale stimato, pari allo 0,06% della popolazione residente) e colloca il Comune in termini assoluti al secondo posto in ambito metropolitano, dopo il Comune di Bologna. Le più recenti normative emanate dal legislatore regionale (in particolare la L.R. 16 luglio 2015 n. 11: Norme per l'inclusione sociale di Rom e Sinti e la D.G.R. 29 marzo 2016 n. 402: Strategia regionale per l'inclusione di Rom e Sinti) introducono, pur in carenza di previsioni temporali stringenti, un principio cogente legato al "superamento delle aree sosta di cui all'articolo 4 della legge regionale 23 novembre 1988, n. 47 (...), in quanto fonti di esclusione e discriminazioni, secondo gli indirizzi di cui alla Strategia regionale". La Strategia regionale per l'inclusione di Rom e Sinti, d'altro canto, individua 4 assi, profondamente integrati, rispetto ai quali sviluppare le strategie d'integrazione e le relative linee d'intervento: – Alloggio: è indicata come priorità quella di promuovere l'accesso ad più un ampio ventaglio di soluzioni abitative, in un'ottica partecipativa di superamento definitivo di logiche emergenziali e di grandi insediamenti monoetnici. – Istruzione: un focus particolare è dedicato alle iniziative previste per accrescere le opportunità educative, favorendo l'incremento del numero degli iscritti a scuola, nonché la frequenza, il successo scolastico e la piena istruzione. – Lavoro: tra le misure previste a sostegno dell'inserimento lavorativo, ampio spazio è conferito alla promozione della formazione professionale, quale strumento per superare situazioni di irregolarità o precarietà del lavoro e favorire lo sviluppo di attività imprenditoriali autonome, nonché percorsi di inserimento per donne e giovani under 35. – Salute: analoga attenzione è rivolta all'accesso ai servizi sociali e sanitari sul territorio, all'implementazione della prevenzione medico-sanitaria, con particolare attenzione a donne, bambini, anziani e disabili.
------------------	--

	Il presupposto per l’attuazione di efficaci politiche d’integrazione é quindi l’attuazione di azioni di sistema, coerenti e trasversali rispetto ai quattro assi, che agiscano sincreticamente su ciascuno degli ambiti individuati. Le due normative sopra richiamate individuano la necessità, da parte dei comuni sul cui territorio insistano aree sosta e, comunque, situazioni caratterizzate da degrado e precarietà, di elaborare e approvare uno specifico Programma per il progressivo superamento delle aree sosta. L’indicazione contenuta nella Legge è di inserire tale programmazione nell’ambito dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere, al fine di promuovere la gestione delle complesse problematiche connesse al superamento di un’area sosta in una logica sovracomunale e di sistema. Infatti soprattutto per i Comuni di piccole/medie dimensioni, caratterizzati da un’alta presenza di nuclei appartenenti a queste comunità – si tratta, con tutta evidenza, anche del caso di San Lazzaro – é essenziale prevedere misure di sostegno, a livello di programmazione territoriale, con azioni di sistema e percorsi personalizzati di accompagnamento dei nuclei, anche finanziati attraverso il Fondo sociale locale, soprattutto nella fase di prima attuazione della legge. L’altro obiettivo della programmazione di zona è garantire la necessaria integrazione tra gli interventi territoriali afferenti ai quattro assi prioritari indicati dalla L.R. n. 11/2015 – abitare, salute, educazione e istruzione, formazione e lavoro. In sintesi, l’approvazione del Programma per il superamento delle aree sosta e per l’inclusione di Rom e Sinti nell’ambito dei Piani di zona si propone: – di garantire la coerenza e la necessaria integrazione con il sistema degli interventi e dei servizi territoriali; – di rafforzare e confermare il principio della corresponsabilità dei Comuni e della gestione associata su base distrettuale, anche per tale ambito.
Descrizione	Secondo le indicazioni del legislatore il Programma per il superamento delle aree sosta e per l’inclusione di Rom e Sinti ha una prospettiva pluriennale e deve contenere i seguenti elementi minimi: 1. Individuazione dell’area/delle aree e dei nuclei familiari coinvolti. 2. Definizione per ciascun nucleo del progetto d’uscita dall’area sosta elaborato dai servizi sociali e concordato con gli interessati. 3. Individuazione delle relative soluzioni abitative e dei tempi e strumenti previsti per la loro implementazione. 4. Definizione del cronoprogramma del processo di superamento delle aree sosta, che può configurarsi anche come graduale e per step pre-definiti. 5. Descrizione delle misure d’accompagnamento per la transizione abitativa previste e degli interventi di tipo sociale, educativo/formativo, sanitario, ecc. che si intendono attivare. 6. Previsione d’interventi di mediazione sociale e dei conflitti. La complessità della materia, che coinvolge tutti i comuni sul cui territorio insistono aree sosta abitate da Sinti e Rom (a qualunque titolo esse siano state realizzate), ha condotto le amministrazioni che condividono tale problematica, nell’area metropolitana, a costituire una sede di raccordo – Coordinamento metropolitano per il superamento aree sosta – indirizzata a condividere progettualità, strumenti, documentazione, buone prassi, per conformarle, nel rispetto delle specificità e delle scelte politiche locali, alla prospettiva d’attuazione delle disposizioni normative della Regione. Al gruppo di lavoro partecipano rappresentanti politici e tecnici dei Distretti di Bologna, Casalecchio, San Lazzaro di Savena, Pianura Est. La programmazione degli specifici interventi da attuarsi nel nostro ambito distrettuale trarrà spunti e indicazioni colti anche grazie allo scambio di esperienze reso possibile dalla partecipazione al tavolo di coordinamento in parola e dovrà tradursi in una complessiva pianificazione, promossa a iniziativa del Comune di San Lazzaro, elaborata congiuntamente

	ai diversi servizi specialistici del Comune e al Servizio minori dell'Azienda Usl di Bologna. Tale programmazione dovrà svilupparsi e avviarsi nell'arco di vigenza del presente Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere, raccordandosi con gli interventi afferenti ai quattro assi prioritari (abitare, salute, educazione e istruzione, formazione e lavoro) previsti nell'ambito della programmazione territoriale, deputata a declinare, in ambito distrettuale, linee di indirizzo, obiettivi, azioni, strumenti organizzativi e finanziari, soggetti attuatori. In particolare, rispetto al tema inerente l'individuazione di soluzioni abitative la Regione prevede che il superamento delle aree sosta avvenga attraverso la costruzione di percorsi accompagnati di uscita dei nuclei familiari dalle aree sosta verso una pluralità di soluzioni abitative, individuando tre tipologie. 1. La sperimentazione e lo sviluppo di soluzioni insediative innovative d'interesse pubblico, quali le microaree familiari, pubbliche e private. 2. La transizione alle forme abitative convenzionali. 3. Iniziative, anche sperimentali, di autocostruzione e auto recupero, nell'ambito di percorsi di accompagnamento all'autonomia socio-economica e abitativa. La microarea familiare rappresenta senza dubbio la forma attualmente favorita a livello di aspettative e propensione, da parte delle famiglie Sinte insediate sul nostro territorio e, d'altro canto, essa sembrerebbe costituire uno strumento virtualmente risolutivo ai fini della potenziale regolarizzazione delle due aree realizzate sine-titolo. È tuttavia ragionevole e prudente che lo strumento sia attentamente valutato nella sua eventuale implementazione – soprattutto nella previsione dei volumi di tale tipologia di insediamento – sotto il profilo della tenuta in una prospettiva di medio-lungo termine, nonché degli investimenti tecnici e finanziari richiesti. Per tale motivo, sfruttando anche specifici percorsi di co-progettazione in collaborazione con soggetti del Terzo settore, ci si sta indirizzando alla ricerca di alloggi attraverso progetti di transizione abitativa, privilegiando – non senza difficoltà – il reperimento di immobili con caratteristiche compatibili sia con la provenienza dal campo sosta, sia con la numerosità dei nuclei familiari sia, ancora, con l'attività lavorativa svolta; un ventaglio di requisiti che inquadra un target tendenzialmente coincidente con case coloniche o simili (in ogni caso non unità immobiliari in condominio), collocate in zone periferiche o nella prima campagna, ma comunque limitrofe al centro abitato e di facile accesso ai collegamenti, in modo da consentire l'utilizzo dei mezzi pubblici e la fruibilità dei servizi pubblici (in modo particolare scuole e servizi sanitari). Tuttavia la disponibilità di tali soluzioni è tutt'altro che agevole, ostacolata dalla rilevante difficoltà di reperimento, dall'ubicazione (talvolta in zone isolate o in altri comuni), dalle condizioni manutentive degli immobili e, infine, dai considerevoli costi per canoni di locazione e utenze che tali soluzioni spesso comportano. In tal senso potrebbero svilupparsi, in un prossimo futuro, accordi specifici con soggetti pubblici e privati nelle cui disponibilità patrimoniali sono presenti immobili di questa tipologia (ASP Città di Bologna; Istituto Diocesano per il Sostentamento del Clero; ecc.) Anche sotto questo profilo, evidentemente, trova fondamento e rilevanza l'indicazione regionale secondo la quale questa materia non possa essere trattata esclusivamente a livello di singolo comune, ma debba trovare possibili soluzioni in una progettualità che investa l'ambito distrettuale. È auspicabile quindi che il tema – soprattutto abitativo – sia oggetto di un confronto e un accordo politico che possa individuare margini di collaborazione con i comuni limitrofi, soprattutto in relazione alla disponibilità di soluzioni – concretamente, anche di carattere residenziale-immobiliare – compatibili con un criterio di diluizione territoriale e coerenti con l'esigenza di attuare processi inclusivi tali da evitare la riproposizione della medesima problematica a distanza di 5-10 anni (microaree divenute nel frattempo aree sosta di grandi dimensioni).
Destinatari	Persone e nuclei familiari appartenenti alla comunità Rom e Sinta, stabilmente abitanti all'interno dei tre insediamenti di via Tomba Forella n. 1/N, di via Jussi n. 117/N e di Via Zinella nn. 19 – 21 – 23 e nuclei familiari già inseriti in percorsi di transizione abitativa per i quali consolidare percorsi di accompagnamento volti all'inclusione sociale (lavorativa, educativa/formativa, sanitaria).
Azioni previste	La premessa per la redazione del Programma per il superamento delle aree sosta e l'inclusione di Rom e Sinti e, soprattutto, per il successo delle azioni e degli interventi previsti,

	è un'approfondita conoscenza delle situazioni dei nuclei da parte dei servizi sociali e l'avvio di un confronto e di un'azione di accompagnamento che consenta di concordare, con ciascun nucleo, la soluzione più adeguata, sulla base delle risorse complessivamente disponibili (abitative, economiche, relazionali, personali, ecc.) e dell'orientamento espresso dai diretti interessati. Una quota considerevole dei nuclei familiari, residenti nelle tre aree sosta, sono ben conosciuti ai servizi; infatti molti di essi da anni sono seguiti congiuntamente, nei percorsi di tutela e integrazione scolastica, da parte del Servizio Integrazione sociale minori del Comune di San Lazzaro e del Servizio USSI minori dell'Azienda Usl di Bologna; a questi si aggiungono un limitato numero di nuclei familiari in carico al Servizio sociale adulti del Settore Welfare, che dispone tuttavia di una visuale generale sul campo sosta di Via Tomba Forella, curandone i procedimenti autorizzativi e le utenze. Nel merito giova rilevare come una parte degli interventi a supporto delle azioni d'inclusione sociale, previsti dalla normativa nazionale e regionale, siano già state programmate e attuate, nel corso degli anni, sia con la definizione di percorsi e specifiche sedi di progettazione congiunta e coordinamento degli interventi di natura strettamente socio-sanitaria, sia attraverso la predisposizione di risorse dedicate; tali snodi costituiscono, quindi, un sostratometodologico e operativo che consente di disporre di alcuni elementi funzionali all'elaborazione di una complessiva programmazione per il superamento delle aree sosta. In particolare è già operante e consolidata una definizione integrata di percorsi sociali e socio-sanitari individualizzati, indirizzati a ogni nucleo familiare in carico, a cura dei Servizi Sociali (Minori e Adulti), del Servizio Integrazione sociale minori e dei Servizi sanitari e scolastici. Sinteticamente tali progetti comprendono il seguente set d'interventi: – Sostegno ai percorsi d'integrazione scolastica. – Sostegno ai percorsi sanitari di prevenzione e cura. – Sostegno sociale indirizzato a situazioni di tutela dei minori. – Sostegno sociale indirizzato a situazioni di povertà disagio e marginalità. – Sostegno a percorsi d'inclusione sociale e ricerca attiva del lavoro. Gli interventi sono realizzati dai rispettivi servizi di riferimento, secondo un approccio integrato, attraverso una forma di presa in carico congiunta che si declina nell'individuazione delle situazioni di bisogno e criticità, nella definizione delle risorse disponibili (istituzionali e della rete territoriale-comunitaria) e nello sviluppo di una co-progettazione, finalizzata ad affrontare le esigenze mediante la condivisione degli obiettivi (anche con la rete familiare) e l'attivazione degli interventi pubblici e privati disponibili, garantendo appropriatezza ed evitando sovrapposizioni o ridondanze. Tale modalità operativa trova sede privilegiata di attuazione in un'apposita Équipe territoriale integrata, attiva da diversi anni, che si riunisce a cadenza mensile e a cui partecipano stabilmente rappresentanti dei Servizi sopra indicati. Questa architettura metodologica ha assicurato nel tempo un efficace e coordinato presidio delle progettualità afferenti, in particolare, agli assi di intervento relativi a Salute, Istruzione e Formazione, Lavoro, consentendo, segnatamente rispetto ai primi due, il conseguimento di tangibili obiettivi in termini di tutela e promozione di percorsi d'inclusione sociale. Non v'è dubbio, tuttavia, in ordine alla necessità che si sviluppi una riflessione strutturata in grado di inquadrare il tema attraverso uno sguardo d'insieme, soprattutto per connettere in modo integrato la programmazione politica con coerenti declinazioni progettuali e operative, nonché con la previsione delle necessarie risorse a supporto della programmazione. La rielaborazione della materia in un'ottica di sistema consentirà inoltre di recuperare alcuni elementi, segnatamente il tema legato all'abitare che, pur tutt'altro che assente dai programmi concretamente intrapresi (già 6 nuclei familiari Rom provenienti dal campo di Via Tomba Forella sono inseriti in percorsi abitativi), costituisce nondimeno l'aspetto oggettivamente carente nel rapporto con i nuclei familiari residenti nelle aree sosta, soprattutto riguardo alla condivisione e all'attivazione di progetti d'accompagnamento finalizzati a concordare percorsi d'uscita: argomenti che storicamente non sono mai stati tematizzati né condivisi, a livello generalizzato, con i diretti interessati, anche a ragione del fatto che la normativa concernente il superamento dei campi sosta è relativamente recente.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	B. Politiche per la riduzione delle disuguaglianze e la promozione della salute

	C. Politiche per promuovere l'autonomia delle persone D. Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini E. Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comune di San Lazzaro di Savena: Settore Welfare: Servizio sociale adulti - promozione reti sociali e sostegno inclusione attiva; Servizio Politiche abitative. Settore Servizi per l'integrazione sociale dei minori. Settore pianificazione e controllo del territorio. Settore polizia municipale. Settore patrimonio e manutenzioni. Settore servizi demografici. Settore Servizi educativi.Azienda USL: USSI Minori. DATeR - Direzione assistenziale tecnica e riabilitativa Donna e Bambino. Servizio Pediatria di comunità; strutture territoriali del Dipartimento di Cure Primarie. Servizi specialistici. Altri Comuni dell'ambito distrettuale e di ambiti distrettuali limitrofi. Comuni facenti parte del Coordinamento metropolitano per il superamento aree sosta. Caritas di San Lazzaro - Centro di Ascolto "Mura San Carlo" - Altri Centri del territorio distrettuale. Soggetti del Terzo settore specializzati in percorsi di accompagnamento, inclusione sociale, mediazione linguistico-culturale, progetti di Housing First e di transizione abitativa. Altri soggetti pubblici e privati con i quali promuovere accordi per intraprendere specifiche progettualità legate alla transizione abitativa (ASP Città di Bologna; Istituto Diocesano per il Sostentamento del Clero; ecc.)
Referenti dell'intervento	Giovanni Agrestini – Comune di San Lazzaro di Savena - Settore Welfare Comune di San Lazzaro di Savena. Piera Carlini – Comune di San Lazzaro di Savena - Settore Servizi per l'integrazione sociale dei minori. Alberto Mingarelli – Az. Usl. Distretto di San Lazzaro di Savena

15. Accoglienza di persone adulte in grave disagio sociale all'interno delle strutture di accoglienza del comune di Bologna da parte dei servizi sociali dei comuni dell'area metropolitana

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	Contrastare l'impovertimento, sostenere e promuovere l'inclusione sociale delle persone a rischio di fragilità e di povertà estrema.
Descrizione	La L.R. n. 2/2003 attribuisce la competenza assistenziale ai Comuni di residenza dei soggetti che esprimono un bisogno di tipo socio assistenziale ed estende il diritto agli interventi ed alle prestazioni alle persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio regionale, limitatamente a quelli non differibili, ed attribuisce tale compito al Comune ove si manifesta la necessità di intervento. Per indifferibilità del bisogno si intende una condizione di abbandono e di disagio estremo senza apparente possibilità di attivare nell'immediato e autonomamente soluzioni sufficientemente adeguate; In particolare la condizione di indifferibilità ed urgenza del bisogno è stata definita e declinata come: a) condizione di violenza fisica o psichica, subita recentemente da parte di persona che non vuole sporgere denuncia alle Forze dell'Ordine o recarsi in ospedale o che ha già fatto il percorso di emergenza e non può o non vuole tornare al luogo di residenza; b) dimissioni dall'ospedale con problemi sanitari in atto, per i quali è necessario un ulteriore periodo di convalescenza o di cura; c) persone che vivono in strada da tempo, con patologie croniche che si acutizzano in alcuni periodi della vita, ad esempio in concomitanza con l'emergenza freddo o caldo.
Destinatari	Le azioni dovranno essere realizzate con un approccio strategico sui temi specifici della povertà estrema e della tutela delle persone senza fissa dimora, attraverso il consolidamento di un sistema metropolitano di dispositivi stabili di servizi di: supporto in risposta ai bisogni primari, accoglienza notturna, accoglienza diurna, segretariato sociale, presa in carico e accompagnamento
Azioni previste	Il presente progetto ha come oggetto la definizione di una procedura di collaborazione tra il Comune di Bologna ed i Comuni e Unioni di Comuni dell'ambito territoriale di competenza dell'AUSL di Bologna, e la relativa competenza sociale ed economica, in materia di accoglienza in strutture del Comune di Bologna di persone adulte in situazione di povertà e disagio sociale. Le persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio del Comune di Bologna possono accedere al sistema dei servizi sociali attraverso il Servizio Sociale Bassa Soglia.

	Tale servizio, infatti, prevede tra le sue funzioni anche quella di ricevere e valutare le persone presenti sul territorio comunale, non iscritte all'anagrafe di Bologna. Modalità di accesso al Servizio Sociale Bassa Soglia: 1- accesso diretto per persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio del Comune di Bologna che non si sono previamente rivolte ai propri servizi sociali di residenza o competenti per territorio, nel caso di indifferibilità ed urgenza valutata a prescindere dalla residenza ma sulla base del luogo dove essa si manifesta (L.RER 2/2003); 2- accesso tramite progetto di Attivazione di interventi temporanei integrati a favore di persone in dimissione dagli ospedali dell'ambito territoriale di competenza dell'Ausl di Bologna che necessitano di ulteriore periodo di convalescenza e sono prive di alloggio; 3- accesso, previa segnalazione al Servizio Sociale Bassa Soglia da parte di Servizi Sociali dei Comuni e Unione dei Comuni dell'ambito territoriale di competenza dell'Ausl di Bologna. Modalità di intervento del Servizio Sociale: 1- in caso di accesso diretto al servizio di persone residenti in altri comuni dell'ambito territoriale di competenza dell'Ausl di Bologna, il Servizio Sociale Bassa Soglia effettuerà una valutazione di indifferibilità ed urgenza del bisogno e, qualora lo reputi necessario, provvederà alla messa in protezione della persona, anche inserendola nella struttura di accoglienza dedicata a tale bisogno. L'inserimento sarà di 15 giorni che saranno a carico del Comune di Bologna stesso; tale periodo di tempo verrà utilizzato dal Servizio Sociale Bassa Soglia per prendere contatti con il Comune di residenza della persona ed illustrare la situazione. Il Comune di residenza dovrà dare indicazioni in merito al prosieguo dell'accoglienza sulla base di una valutazione che potrà delegare al Servizio Sociale Bassa Soglia o effettuare tramite colloquio diretto con la persona, sia presso la sede del proprio servizio sia presso la struttura di inserimento. In ogni caso, i costi dell'accoglienza saranno a carico del Comune di residenza della persona. Sarà richiesto ai Comuni di residenza di indicare gli estremi per la fatturazione che verrà processata da ASP Città di Bologna al termine del periodo di accoglienza. 2- in caso di accesso tramite progetto di Attivazione di interventi temporanei integrati socio-sanitari, a favore di persone in dimissione dagli ospedali dell'ambito territoriale di competenza dell'Ausl di Bologna che necessitano di ulteriore periodo di convalescenza e sono prive di alloggio, che prevede una collaborazione tra Comune di Bologna ed Azienda Sanitaria Locale Distretto Città di Bologna, il Comune di Bologna garantirà l'accoglienza notturna e l'accompagnamento sociale ed educativo per un massimo di 30 giorni facendosi carico dei costi assistenziali ed educativi (ad esclusione dei pasti); dopo tale periodo, l'eventuale periodo di prognosi indicato dal personale medico sarà a carico del Comune di residenza della persona. I costi degli interventi di assistenza domiciliare in strutture di accoglienza notturna del Comune di Bologna, attivati dal Distretto Ausl Città di Bologna, sono a carico dei Distretti di competenza delle persone beneficiarie dei suddetti interventi. 3- in caso di richiesta di accoglienza presso una struttura del Comune di Bologna da parte di un Servizio Sociale di un Comune dell'ambito territoriale di competenza dell'Ausl di Bologna, il Servizio Sociale Bassa Soglia provvederà ad inviare a tale servizio la modulistica necessaria per formulare la richiesta. Verrà richiesto di indicare gli estremi per la fatturazione che verrà processata da ASP Città di Bologna al termine del periodo di accoglienza. Tale procedura si applica anche nel caso di persone non residenti nel Comune richiedente ma che manifestano su quel territorio il bisogno di indifferibilità ed urgenza; sarà compito del Servizio Sociale di quel territorio valutare l'indifferibilità ed urgenza di quel bisogno.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizi Sociali dei Comuni e Unioni di Comuni dell'ambito territoriale di competenza dell'AUSL di Bologna. Ausl di Bologna.
Referenti dell'intervento	Rita Paradisi, Comune di Bologna Monica Brandoli, ASP Città di Bologna

16. Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

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

Razionale	Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano un tema cruciale per le politiche pubbliche, in quanto le variabili socio-economiche sono in relazione con le condizioni di salute e con l'utilizzo dei servizi. Infatti i processi di salute e malattia non rappresentano fenomeni meramente biologici e non si presentano in modo casuale, ma si distribuiscono nella popolazione come risultato di dinamiche socio-culturali e politico-economiche più ampie. E' stato, ad esempio, dimostrato che vi è una sistematica maggiore incidenza di mortalità e morbilità nelle classi socio-economiche più basse, e i peggiori esiti in salute, legati alla presenza di barriere di accesso ai servizi, colpiscono in particolar modo i gruppi di popolazione più vulnerabili e discriminati (sulla base della classe sociale, del sesso/genere e dell'orientamento sessuale, della provenienza geografica, etc.). Vanno intraprese, quindi, azioni di politica pubblica intersettoriali, ma occorre anche considerare azioni di sistema che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative, spostando la questione da ciò che influisce sullo stato di salute ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale. In altre parole, occorre analizzare come i processi dell'organizzazione dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e come possono produrre una eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale. Le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità consistono in: - politiche e programmi intersettoriali; - assunzione di un approccio intercategoriale, non targettizzante; - assunzione di pratiche empowering; - lavoro di rete.
Descrizione	Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale è necessario prevedere: a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma al sistema servizi nel suo complesso. b) azioni rivolte sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni, cioè agli operatori (diversity management), sia all'esterno, cioè ai fruitori dei servizi (utenti, familiari). E' importante dare un nuovo impulso al coordinamento aziendale (Board equità), affinché assicuri coerenza dell'applicazione pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione aziendale, gestione/amministrazione ed erogazione dei servizi.

	Il board avrà a disposizione strumenti/metodologie equity oriented, toolkit regionale sulla predisposizione del Piano delle azioni sull'equità e supporti formativi metodologici.
Destinatari	Utenti e operatori dei servizi, in quanto portatori di differenze individuali multiple, con attenzione alle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili (ad esempio, persone in povertà o a rischio di esclusione sociale in relazione a condizioni di migrazione, di precarietà lavorativa, di discriminazione legata al genere, disabilità ecc.).
Azioni previste	- Individuazione del referente aziendale dell'equità e attivazione del Board aziendale sull'equità ; - Elaborazione del piano delle azioni sull'equità; (http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-3) - formazione dei professionisti e dei decisori all'utilizzo di strumenti e metodologie equity oriented (es. Eqia) per valutare indirizzi, programmazione e interventi (http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-5/intro); - Utilizzo di Eqia in progetti riguardanti almeno tre distretti (Città di Bologna, Appennino e Pianura Est); - Formazione relativa all'approccio diversity management, a seguito di una prima sperimentazione a livello regionale di progetti di ricerca-intervento.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	L'adozione di strategie e la messa in campo di azioni/strumenti di gestione dell'equità si basa sulla condivisione di politiche integrate, sul lavoro di rete e sul coinvolgimento dei diversi attori coinvolti (empowerment individuale, organizzativo e comunitario). Di particolare rilievo è l'integrazione coi progetti del Piano Attuativo Locale del PRP regionale (in questo ambito sono state condotte valutazioni Eqia nei progetti 2.8, 4.1, 6.7).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	-Direzione Generale Cura alla Persona, alla Salute e al Welfare della Regione Emilia-Romagna Agenzia sanitaria e sociale regionale- -Comitati Distretto, -UdP -CTSS, -associazioni di utenti -associazioni di volontariato -servizi sociali territoriali
Referenti dell'intervento	DSM Epidemiologia psichiatrica public health
Novità rispetto al 2018	A causa del pensionamento dei referenti che avevano svolto questa attività negli anni precedenti (2013-2018) si è provveduto a rinnovare sia la composizione del board aziendale sia gli obiettivi del piano aziendale delle azioni di contrasto alle disuguaglianze. Il referente aziendale ha partecipato ai momenti di coordinamento regionale sull'equità. Si riporta la Tabella riassuntiva degli argomenti affrontati nel piano aziendale per il biennio 2019/2020. AREE DI INTERVENTO ARGOMENTO OBIETTIVO 1 Analisi approfondita del contesto Estensione del progetto Disuguaglianze dalla sperimentazione del Distretto Bologna Città all'intera popolazione dell'Azienda USL2 Sostegno ai caregiver Formazione professionale verso gli operatori sanitari e sociali 3 Empowerment Coinvolgimento cittadini e associazioni per le Case della Salute e i progetti aziendali trasversali 4 Health Literacy Adeguamento del lessico professionale nella relazione con il cittadino 5 S-contenzione Promozione tra professionisti e caregiver di una cultura di superamento della contenzione meccanica nelle strutture residenziali e in ospedale 6 De-prescrizione Promozione tra professionisti e caregiver di un uso appropriato dei farmaci a partire dalla riconciliazione delle terapie farmacologiche nel paziente anziano. 7 Diversity Management Analisi del comportamento del personale aziendale al fine di favorire nuove pratiche organizzative Nel corso del 2018 oltre ai temi sopra riportati è stato avviato un progetto nel distretto Pianura EST secondo la metodologia Equia che riguarda il diabete in età pediatrica.

17.Coordinamento metropolitano per il raccordo e confronto tra i diversi distretti in merito alle politiche ed ai servizi per l'intercultura e per il sostegno all'inclusione dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Città metropolitana, Comune di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;E;

Razionale	Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, paragrafo 3.3 La sfida metropolitana per l'accoglienza e l'integrazione "la CTSSM si propone... attraverso l'Ufficio di Supporto, di sviluppare la riflessione ed il confronto su alcune questioni cruciali che il fenomeno migratorio pone al sistema dei servizi territoriali..."
Descrizione	Coordinamento metropolitano tra i referenti dei 7 Distretti attivi sui temi della inclusione dei cittadini migranti; allargato ai Centri per la Istruzione degli adulti, Prefettura, Ufficio scolastico, e/o Associazioni in merito alla programmazione dei corsi di Italiano L2, ai gestori locali dei progetti FAMI regionali, ai referenti dei servizi territoriali coinvolti, alle organizzazioni che compongono la rete bolognese antidiscriminazioni. - Coordinamento programmazione integrata tra Distretti e CPIA metropolitano del progetto regionale FAMI Lingua; - Sostegno e qualificazione della rete di soggetti del terzo settore attivi nell'insegnamento della lingua italiana ai cittadini stranieri.
Destinatari	Operatori e referenti di tutti i 7 Distretti dei Servizi Sociali, Sanitari e socio-sanitari, Centri per l'Impiego, gestori dei progetti FAMI regionali, referenti EELL, organismi coinvolti nella rete metropolitana antidiscriminazione, organismi del terzo settore attivi nel campo delle migrazioni. Sui temi della lingua: Referenti EE.LL. dei Distretti Istruzione, Centro Provinciale per l'istruzione degli adulti (CPIA) metropolitano, CD/LEI Centro Riesco Comune di Bologna, Ufficio scolastico, Coordinamento Scuole di Lingua, Prefettura
Azioni previste	Il coordinamento è finalizzato ad attivare il confronto tra Distretti per integrare e armonizzare i servizi specialistici destinati alla cittadinanza straniera, promuovere l'integrazione fra i punti di accesso al sistema dei servizi territoriali, anche raccogliendo e valorizzando le esperienze ora attive a livello distrettuale e/o comunale; promuovere a tutti i livelli il diritto di cittadinanza, la formazione degli operatori e la sensibilizzazione dei cittadini sui temi dell'intercultura e del contrasto alle discriminazioni; supportare il sistema Sprar nelle opportunità e pratiche per la inclusione dei richiedenti P.I.; promuovere attività di inclusione per i MSNA; promuovere e sostenere le opportunità di apprendimento della Lingua italiana in maniera omogenea sul territorio metropolitano facilitando la programmazione integrata tra CPIA e Distretti delle risorse nazionali/regionali FAMI, e al contempo la promozione, qualificazione ed il raccordo con il sistema dell'istruzione delle molteplici realtà dell'Associazionismo impegnate nell'insegnamento della lingua italiana; coordinare a livello metropolitano le programmazioni regionali FAMI.

	Si articola in sottogruppi specifici, in relazioni alle specificità dei temi, in particolare per la programmazione dei corsi di Lingua Italiano L2 da Progetto Regionale FAMI e nel rapporto con l'Associazionismo/Terzo settore, e per la gestione coordinata delle progettazioni FAMI regionali.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le attività del coordinamento sono fortemente integrate con gli interventi del sistema dei servizi territoriali, con le attività e progetti del sistema Sprar metropolitano, con le politiche dell'Istruzione degli adulti, di programmazione dell'offerta di istruzione, di promozione e sostegno all'associazionismo impegnato nella integrazione dei migranti anche attraverso l'insegnamento della lingua, con azioni di sensibilizzazione e promozione delle tematiche interculturali e azioni del nodo bolognese antidiscriminazioni.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari Socio-sanitari e degli Enti locali; Associazioni, Centri per l'Istruzione degli adulti, Ufficio scolastico territoriale, Centri per l'Impiego, Parti sociali
Referenti dell'intervento	Tiziana Di Celmo, Gabriella Ghermandi – Città metropolitana, Struttura Tecnica Metropolitana; Rita Paradisi – Comune di Bologna

18. 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	Altro
Specifico soggetto capofila	Comune di San Lazzaro di Savena- Unione Savena Idice
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Nel 2017 la popolazione straniera residente nel distretto rappresenta l'8% della popolazione, dato decisamente inferiore se confrontato con quello degli altri territori di area metropolitana. D'altra parte il sistema dei servizi risente dell'aumento di flussi migratori "non programmati" che necessitano di una risposta integrata, molteplice, dalla fase di una prima accoglienza a quella di transizione verso la comunità, attraverso strumenti deputati alla coesione sociale.
Descrizione	Obiettivo dei servizi distrettuali riguarda il consolidamento dei sistemi di accoglienza già esistenti, quali SPRAR e CAS, con la prospettiva futura di interventi sperimentali di transizione dalla prima accoglienza al territorio, attraverso il supporto degli stakeholder territoriali. Non sono rari i progetti di accompagnamento svolti da Parrocchie, cooperative, associazioni di promozione sociale, volontariato, volti alla realizzazione di un progetto di vita personalizzato, in cui lavoro, casa e aggancio alla comunità divengono i pilastri per un'integrazione sociale ed economica reale. I corsi di lingua, le offerte culturali rivolte alle persone neo-arrivate rientrano in questa visione di insieme. Per tale motivo, il distretto prevede per il futuro il mantenimento di un dialogo con il Terzo settore/profit locale, questi ultimi antenne territoriali, sensibili ai rapidi e impercettibili bisogni in evoluzione, attori propositivi sia in merito a soluzioni innovative sia per l'apertura di un campo di riflessione su tematiche emergenti.
Destinatari	Persone appartenenti a Paesi Terzi neo-arrivate in Italia
Azioni previste	Consolidamento dei servizi di prima accoglienza: CAS SPRAR Consolidamento dei progetti FAMI CASPER per inclusione migranti: Corsi di lingua italiana tramite CPIA supporto ai migranti per l'accesso al sistema di servizi territoriali Supporto ai servizi sociali territoriali per consulenza legale e mediazione culturale Qualificazione dei servizi: Consolidamento SPRAR metropolitano Attivazione della convenzione Unione/S. Lazzaro con prefettura per attività di volontariato sui territori da parte dei neo-arrivati ospiti dentro gli SPRAR Sostegno integrativo ai progetti di volontariato di migranti finanziato dalla Regione Rafforzamento del Tavolo Distrettuale in merito al sistema di accoglienza Consolidamento governance metropolitana SPRAR tramite Coordinamento metropolitano SPRAR Mantenimento della collaborazione con:

	associazione Diversa-mente, con sede a Pianoro, all'interno della Rete Antidiscriminazione di livello metropolitano; Welcoming Bologna, progetto metropolitano ispirato allo sviluppo di comunità per l'inclusione dei nuovi cittadini Il distretto, a seguito costituzione del Tavolo di confronto tra ente pubblico e territorio in fase di programmazione del Piano di zona, prevede la prosecuzione del lavoro dello stesso rafforzando la collaborazione tra i soggetti partecipanti. Questa continuità permetterà al distretto di effettuare una mappatura sia degli enti del terzo settore/privati sia di tutti quei servizi sviluppati dagli stessi in risposta ai bisogni emergenti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	EE.LL., Asl, Terzo settore
Referenti dell'intervento	Responsabile Ufficio di Piano, Assistenti sociali Area Adulti e Minori e Responsabili dei servizi

Totale preventivo 2019: **84.801,22 €**

Risorse dei comuni

- SAN LAZZARO DI SAVENA: **81.301,22 €**
- MONGHIDORO: **1.000,00 €**
- MONTERENZIO: **2.500,00 €**

19. Progetto SPRAR metropolitano

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

Razionale	Sfida metropolitana per l'accoglienza e l'integrazione.
Descrizione	Il Progetto Sprar metropolitano è il sistema pubblico locale di seconda accoglienza dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria - adulti, minori stranieri non accompagnati (MSNA) e persone in condizioni di vulnerabilità - costituito con l'obiettivo di superare l'approccio emergenziale dell'accoglienza nei CAS e di sostenere lo sviluppo di un insieme diffuso ed integrato di azioni a supporto dell'inclusione sociale dei beneficiari, strettamente connesso al sistema di welfare locale ed alla comunità territoriali. Il Comune di Bologna è l'Ente titolare del progetto, a cui hanno aderito 43 comuni del territorio metropolitano (alcuni dei quali attraverso le loro Unioni). ASP Città di Bologna è il soggetto cui è affidato il coordinamento gestionale delle attività e che si avvale di soggetti attuatori selezionati tramite procedura di co-progettazione ad evidenza pubblica. Lo SPRAR, istituito con L. 189/2002, si fonda sul principio di responsabilità condivisa tra Ministero dell'Interno ed enti locali ed opera con il supporto del Servizio Centrale, posto in capo ad ANCI. 1. Hanno aderito: L'Unione dei Comuni dell'Appennino Bolognese (PG 6220/2017), l'Unione Reno Galliera (PG 6272/2017), l'Unione dei Comuni Valli del Reno, Lavino e Samoggia (PG 6589/2017) e i Comuni di: Anzola dell'Emilia (PG 7047/2017), Argelato (PG 6477/2017), Baricella (PG 6571/2017), Budrio (PG 6742/2017), Calderara di Reno (PG 6546/2017), Castenaso (PG 6276/2017), Crevalcore (PG 6734/2017), Granarolo dell'Emilia (PG 6586/2017), Loiano (PG 6745/2017), Malalbergo (PG 6328/2017), Minerbio (PG 6471/2017), Molinella (PG 7735/2017), Monghidoro (PG 7051/2017), Monterenzio (PG 6273/2017), Ozzano dell'Emilia (PG 6737/2017), Pianoro (6274/2017), Sala Bolognese (PG 6890/2017), San Giorgio di Piano (PG 7049/2017), San Lazzaro di Savena (PG 6883/2017). Non hanno aderito i Comuni di San Giovanni in Persiceto e Sant'Agata Bolognese, mentre i dieci comuni del Nuovo Circondario imolese aderiscono al Progetto SPRAR di cui il Nuovo Circondario è titolare.
Destinatari	Richiedenti e titolari di protezione internazionale ed umanitaria adulti, minori stranieri non accompagnati (MSNA) e persone in condizioni di vulnerabilità.
Azioni previste	Secondo un approccio integrato all'accoglienza, intesa come la messa in atto di interventi materiali di base (vitto e alloggio), insieme a servizi volti al supporto di percorsi di inclusione sociale dei beneficiari, funzionali alla (ri)conquista dell'autonomia individuale, le azioni previste dal Progetto SPRAR metropolitano sono le seguenti: • Accoglienza, realizzata sulla base di prese in carico individualizzate, che considerano bisogni e risorse dei singoli/nuclei famigliari e che assicurano: tutela psico-socio-sanitaria, ordinamento e accesso ai servizi del territorio, inserimento scolastico dei minori e istruzione

	degli adulti, orientamento e accompagnamento all'inserimento sociale, abitativo e lavorativo • Formazione e riqualificazione professionale, considerando le competenze ed aspettative dei beneficiari e le risorse ed i servizi attivi/attivabili sul territorio • Mediazione linguistica e interculturale, per facilitare la relazione ed il confronto fra i beneficiari, il progetto e la comunità locale • Orientamento e accompagnamento legale, per la procedura connessa alla richiesta di protezione internazionale, per le procedure burocratico-amministrative necessarie alla permanenza in condizioni di regolarità sul territorio ed all'eventuale ricongiungimento familiare • Sensibilizzazione e comunicazione, inerenti sia l'evoluzione del progetto (raccontato attraverso il sito bolognacares.it) sia le tematiche dell'accoglienza (in particolare in occasione della giornata mondiale del rifugiato) Tali azioni saranno realizzate in rete con il sistema dei servizi sociali, sanitari, socio-sanitari ed educativi attivi sul territorio metropolitano, attraverso équipe multidisciplinari operative nei distretti, composte da personale specializzato e con esperienza pluriennale, adeguato al ruolo ricoperto e in grado di garantire un'effettiva presa in carico delle persone in accoglienza. Il progetto ha ottenuto il finanziamento per il triennio 2017-2019 di 1350 posti per l'accoglienza di richiedenti/titolari di protezione internazionale o di permesso umanitario ("accoglienza ordinaria") e di 350 posti per l'accoglienza di MSNA e 60 posti per l'accoglienza di persone con vulnerabilità, ovvero che necessitano di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata o che sono portatori di disagio mentale e/o psicologico. Allo scopo di contribuire al conseguimento degli obiettivi di Progetto, con riferimento all'incremento dei posti in accoglienza, il Comune di Bologna, d'intesa con la Prefettura di Bologna ed in accordo con i Comuni aderenti, ha promosso un percorso per favorire la progressiva conversione in strutture SPRAR di quei CAS attivi sul territorio metropolitano che hanno le caratteristiche strutturali ed organizzative compatibili con il sistema SPRAR. Inoltre, su mandato della Conferenza metropolitana dei sindaci i Comuni aderenti hanno messo a punto un Accordo operativo per la gestione del Progetto che definisce le modalità di collaborazione fra i diversi attori coinvolti, il modello di governance, la procedura da adottare per l'attivazione di nuove strutture, le modalità di raccordo con i servizi e la comunità territoriali. Al Progetto complessivo partecipa anche il Nuovo Circondario imolese che, in quanto titolare di un proprio Progetto SPRAR, non ha aderito al Progetto metropolitano, ma con esso dialoga e collabora anche per condividere finalità e modalità operative.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Progettazioni FAMI locali e regionali, progetto "Oltre la strada"
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comune di Bologna, Prefettura, ASP Città di Bologna. Comuni/Unioni che hanno aderito al progetto Sprar metropolitano.
Referenti dell'intervento	Rita Paradisi – Ufficio di Piano Comune di Bologna; Annalisa Faccini – Servizio Protezioni Internazionali ASP Città di Bologna

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

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune San Lazzaro di Savena, capofila
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Gli stereotipi sono spesso alla base di comportamenti discriminatori e, nei casi peggiori, di violenza e aggressività nei confronti di tutte le categorie di persone identificate come deboli, all'interno di una dinamica di rapporti di potere dispari (donna/uomo; omosessuale/eterosessuale; straniero/nativo; disabile/abile; povero/ricco e in generale diverso/normale). Lo stereotipo riguarda sia il dominato che il dominante, anche se è evidente che le conseguenze negative sono più rilevanti per il primo. Gli stereotipi si riflettono in atteggiamenti e comportamenti discriminatori che fanno parte del vissuto quotidiano e che, senza la nostra piena consapevolezza, contribuiscono a generare fratture e visioni distorte dell'altro da sé. Gli stereotipi si formano fin dai primi mesi di vita, e si sviluppano in famiglia così come nei contesti scolastici, di lavoro e di vita quotidiana.
Descrizione	Nella promozione delle pari opportunità il distretto di San Lazzaro si è concentrato in particolare sulla prevenzione della violenza di genere, in prospettiva di un lavoro futuro maggiormente trasversale in merito alla relazione con l'Altro da sé. A livello locale, il processo di implementazione delle Linee guida regionali in materia di contrasto alla violenza di genere si è sostanziato nell'attivazione di un Tavolo di coordinamento politico delle assessorie alle Pari Opportunità, supportato dall'ufficio di Piano, che costituisce anche il raccordo con la Città Metropolitana. Tra il 2016 e il 2017, in collaborazione con Casa delle Donne per non subire violenza, il Tavolo ha lavorato alla costruzione di reti interistituzionali e territoriali, attraverso un processo di Team Building che ha visto la realizzazione di una formazione specifica per gli operatori dei servizi pubblici (sportelli sociali, servizi sociali territoriali, PM, Forse dell'Ordine) e la restituzione della formazione in incontri rivolti ai corpi intermedi del territorio (APS, ODV, Cooperative, Scuole, Centri di ascolto), allo scopo di sensibilizzare le antenne della comunità nei confronti delle molteplici manifestazioni della violenza sulle donne. Inoltre, nel 2017, grazie alla partecipazione al Bando regionale per "la concessione di contributi a sostegno di progetti rivolti alla promozione ed al conseguimento delle pari opportunità e al contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere (annualità 2016-2017)", il Tavolo ha realizzato un progetto di peer education a contrasto degli stereotipi e della violenza di genere, che ha riguardato genitori e insegnanti nella fascia di età 0-12 e direttamente gli studenti nella fascia di età 13-18. Il progetto è stato realizzato in collaborazione con il Centro Studi di Genere dell'Università di Bologna e il Centro psico-

	pedagogico per l'educazione e la gestione dei conflitti di Piacenza (0-12) e con Casa delle donne per non subire violenza (13-18). Infine, da diversi anni, il Distretto Cultura San Lazzaro di Savena organizza e promuove attività e rassegne culturali coordinate contro gli stereotipi e la violenza di genere e attività per l'integrazione interculturale rivolte alla cittadinanza tutta (ad es. la rassegna "365 giorni NO") e alle scuole tramite il Piano Offerta Territoriale.
Destinatari	• donne, stranieri, disabili, poveri, omosessuali e in genere coloro che sono considerati "diversi" o "deboli" • cittadinanza tutta • operatori dei servizi pubblici, docenti, genitori e studenti
Azioni previste	• Prosecuzione del progetto di peer education rivolto alle fasce 0-12 e 13-18 con particolare attenzione alla realizzazione del progetto sui territori montani • mantenimento della rete dei peer formati nel 2017 tramite il loro coinvolgimento nell'elaborazione di una campagna comunicativa multimediale volta a sensibilizzare le comunità del Distretto sul tema stereotipi, discriminazione e violenza di genere • formazione rivolta ai docenti di scuole di infanzia e primarie del Distretto allo scopo di fornire strumenti teorici e metodologici per sviluppare un approccio educativo attento alle differenze di genere e capace di decostruire gli stereotipi • prosecuzione dell'attività distrettuale di costruzione e consolidamento delle reti interistituzionali a contrasto della violenza di genere (team building) • adesione di tutti i Comuni del Distretto/Unione al Protocollo di Intesa con la Regione Emilia Romagna in attuazione della Legge Quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere (L.R. 27 giugno 2014, n.6) • prosecuzione delle attività e delle rassegne culturali a contrasto di stereotipi e violenza di genere (a cura del Distretto Cultura) • realizzazione del progetto DiVersi Viaggiando, viaggio fra musiche e parole in luoghi e culture diverse a cura del Distretto Cultura • adesione al progetto Welcoming Bologna (vedi scheda 12) Il distretto, a seguito costituzione del Tavolo di confronto per il percorso partecipato utile alla programmazione triennale, prevede la prosecuzione del lavoro dello stesso rafforzando la collaborazione tra soggetti pubblici e Terzo settore. Questa continuità permetterà al Distretto di effettuare una mappatura sia degli enti del terzo settore/privati sia di tutti quei servizi sviluppati dagli stessi in risposta ai bisogni emergenti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, abitative, scolastiche, della formazione professionale, delle Università, del lavoro, educative, delle attività produttive
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	EE.LL., Distretto Cultura, AUSL, Terzo settore, Scuole, Attività produttive
Referenti dell'intervento	Marina Malpensa Referente Coordinamento Distrettuale Pari Opportunità - Tavolo Assessore Pari Opportunità Rachele Caputo Referente Tecnico -Unione Savena Idice Marinella Passarella AUSL Minori Paride Lorenzini Componente Coordinamento metropolitano
Novità rispetto al 2018	Precisazioni in merito agli indicatori locali: N. genitori/educatori coinvolti direttamente in Peer education 0-12: i laboratori sono stati realizzati in aprile 2019, non in novembre 2018 come inizialmente previsto, a causa della scarsissima adesione che la proposta fatta in novembre aveva avuto. Il dato quindi sarà inserito nel monitoraggio del prossimo anno. Numero persone coinvolte indirettamente Peer education 0-12: i laboratori sono stati realizzati in aprile 2019, non in novembre 2018 come inizialmente previsto, a causa della scarsissima adesione che la proposta fatta in novembre aveva avuto. Il dato quindi sarà inserito nel monitoraggio del prossimo anno. Numero di docenti di scuole di infanzia e primarie del Distretto: i laboratori sono stati realizzati in aprile 2019, non in novembre 2018 come inizialmente previsto, a causa della scarsissima adesione che la proposta fatta in novembre aveva avuto. Il dato quindi sarà inserito nel monitoraggio del prossimo anno. N. operatori pubblici coinvolti: il mancato raggiungimento dell'obiettivo atteso per il 2018 è dovuto al fatto che sono stati realizzati corsi di secondo livello e che diversi operatori che

	avevano fatto il primo livello attualmente non sono più dipendenti dei Comuni del Distretto, quindi non hanno partecipato.
--	--

Totale preventivo 2019: **7.500,00 €**

Risorse dei comuni

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **2.500,00 €**
- Altri fondi regionali (*BANDO L.R.6/2014*): **5.000,00 €**

21. Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure ed aumentare la sicurezza per i cittadini / per i professionisti

Riferimento scheda regionale

15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi
31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentar

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	AUSL di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;E;

Razionale	Obiettivi della riorganizzazione sono la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e il corretto ricorso al taglio cesareo, la riorganizzazione della rete assistenziale dei punti nascita dovrà prevedere la revisione di tutta l'assistenza al percorso nascita promuovendo una forte integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri per garantire risposta ai bisogni portati dalle donne e delle loro famiglie, in particolare la continuità assistenziale e l'accompagnamento nel pre e nel post parto.
Descrizione	Alla luce delle indicazioni nazionali e regionali in materia (DM 70/20175, DM 11.11.2015, DGR 2040/2015, protocollo metodologico) l'AUSL di Bologna ha già effettuato nel febbraio 2014 la chiusura del PN di Porretta Terme (112 parti nel 2013).
Destinatari	Donne Coppie in gravidanza e nel post-parto ed i loro bambini Professionisti del Percorso Nascita
Azioni previste	1. riorganizzazione dei PN : l'AUSL di Bologna ha già effettuato nel febbraio 2014 la chiusura del PN di Porretta Terme (112 parti nel 2013); 2. riorganizzazione Hub and Spoke : i due PN aziendali (Bentivoglio , OM) sono strutturalmente integrati in una rete Hub and Spoke in funzione della presenza di un'unica Direzione di UOC, di un unico team di professionisti che ruota nei due presidi a garanzia del mantenimento di adeguate clinica competenza e di omogeneità di intervento ; dal punto di vista neonatologico attualmente l'Hub è sede di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale con presenza del Neonatologo H24, mentre nello Spoke è garantita la presenza del Pediatra/Neonatologo in H12 con Pronta disponibilità notturna e presenza H24 di Anestesista-Rianimatore, formato sulla Rianimazione Neonatale; considerata la normativa vigente, che prevede la presenza del Pediatra/Neonatologo H24 andranno previste delle azioni atte a garantire tale presenza; 3. riorganizzazione dell'assistenza integrata alla gravidanza , parto , puerperio : nel dicembre 2016 è stato approvato il PDTA PN che descrive il percorso integrato territorio –ospedale di presa in carico della gravidanza dal concepimento al parto /puerperio , con condivisione di un'assistenza differenziata in funzione dei fattori di rischio e rafforzamento dell'autonomia ostetrica nell'assistenza alla gravidanza/parto fisiologico. In questo ambito, accanto al consolidamento di tutto il tema della Rianimazione Neonatale, patrimonio trasversale a tutte le professioni operanti nell'ambito dell'assistenza perinatale, andrà ulteriormente rafforzata la sorveglianza della salute del neonato nelle ore immediatamente successive al parto, al fine di ottimizzare la gestione dell'adattamento post-natale. E' prevista inoltre la prosecuzione ed implementazione sul territorio aziendale del progetto ' prevenzione del disagio psichico

	perinatale ' attualmente avviato sulle donne residenti nel distretto di Bologna nell'ambito del progetto CMM ; 4. reti STAM – STEN – l'organizzazione della rete in AVEC e ' stata definita in un documento condiviso fra le Direzioni che esplicita come ogni centro HUB ha uno spoke di riferimento ed ha organizzato una equipe medico-infermieristica che provvede al trasporto dei neonati dal centro Spoke all'Hub afferente (Bentivoglio – OM , Imola –S.Orsola); 5. promuovere campagne informative per la popolazione : i due PN aziendali offrono mensilmente incontri per la presentazione del PN (presa in carico , assistenza al parto , metodiche di contenimento del dolore , prime cure neonatali , sostegno all'allattamento al seno) e incontri su tematiche specifiche (modalità parto in donne pre-cesarizzate) ; ad esso si associano i Corsi di Accompagnamento alla Nascita che vengono svolti presso i Consultori Familiari e gli incontri informativi in Sala Borsa. Al fine di valutare e ridefinire i percorsi assistenziali proposti si può prevedere l'attivazione di focus group di donne che sono state seguite nell'ambito del percorso, facendo riferimento all'esperienza condotta nel 2016 nell'ambito dell'indagine regionale sulla qualità percepita nel Percorso Nascita; 6. I Comitati Percorso Nascita provinciali e la Commissione Nascita regionale dovranno accompagnare queste azioni, monitorando e promuovendo la valutazione dei percorsi di cambiamento messi in atto, anche alla luce degli elementi di disuguaglianze da contrastare.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Nell'ottica di una maggiore integrazione con i Servizi Sociali va prevista una revisione della Procedura Interaziendale 012 'Assistenza alle donne in gravidanza con disturbi emozionali e nel primo anno di vita del bambino. Assistenza alle donne con prevalente rischio sociale. Dimissione protetta Neonato con problematiche Sociali e/o Sanitarie e una interlocuzione con i Servizi Sociali comunali.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL di Ferrara (eventuale accorpamento dei PN Cento- Bentivoglio), Enti Locali Servizi Sociali Comunali
Referenti dell'intervento	Dipartimento Materno Infantile DCP Consultorio UASS
Novità rispetto al 2018	Rispetto agli indicatori previsti nella Scheda 31 del PSS 2017- 2019 (Riorganizzazione della assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti) ed alla scheda attuativa prevista per L'AUSL di Bologna questi I dati disponibili per il 2018 : evidenza dei documenti di riorganizzazione della rete dei Punti Nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTTS: nel 2018 il PDTA Percorso Nascita aziendale è stato oggetto di revisione (approvato il 29 gennaio 2019) , frutto del lavoro di coinvolgimento e condivisione dei cambiamenti che ha coinvolto I professionisti del percorso (territoriali ed ospedalieri) attraverso numerosi incontri del GLAM , momenti formativi ed il confronto con il il Governo Clinico aziendale (che ha visto un momento formale nell'audit di accreditamento del 15- 16 novembre 2018) ricoveri per parto nei Punti Nascita < 1000 parti /anno – il Punto Nascita di Bentivoglio ha presentato anche nel 2018 un trend in crescita come da tabella sottostante pur a fronte del dato regionale di riduzione della natalità; in particolare sono da sottolineare gli esiti in termini di tasso di TC complessivo che si colloca al 1' quartile rispetto al dato regionale (CEDaP 2017) e TC primari che si mantiene al di sotto del target per Punti Nascita di I livello previsto dal DM 70 del 02 04 2015 PN Bentivoglio Totale nati% TC% TC primari201665520.6%14,2%2017702 (+6%)16,7%12%2018732 (+ 5,%)19%12,6% % TC Classe 1 di Robson I dati disponibili sono quelli ricavabili dal CedAp 2017 ed evidenziano un tasso di TC inferiore a quello regionale per tipologia di Punto Nascita 2017% TCMediana RERBentivoglio9,4%9,9 % (Spoke < 1000 parti)OM5,%8,8 % (HUB)

	Fonte dati : La Nascita in Emilia –Romagna – 15' Rapporto CedAP - anno 2017% di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva ($\geq 12^{\circ}$ settimana o non effettuata) I dati disponibili sono quelli relativi al CedAP 2017 ed evidenziano una quota significativamente minore di prese in carico tardive in gravidanza rispetto al dato regionale 2017 AUSL Bologna RER1' visita dopo 12° sett 6,1 % 9, 9% Fonte dati : La Nascita in Emilia –Romagna – 15' Rapporto CedAP - anno 2017 – allegati – tab 18 5% di allattamento completo a 3 e 5 mesi 3 mesi 5 mesi 2016 53,8% 39,7% 2017 56,9% 44,8% 2018 55,9% 44,7% Fonte dati : APEC % di donne che eseguono una visita in consultorio nel post-partum I dati disponibili sono relativi alle VPP Percorso Nascita 2017 – indicatore R1 , che evidenziano una percentuale di visite in puerperio nel 2017 del 39,1 % complessivo ; il dato se differenziato per Punto Nascita risulta del 43% per l'AUSL Bologna e del 33 % per AOU ; se valutato per distretto di residenza della donna varia dal 31,9% del distretto Pianura EST al 51,9% del distretto Reno-Lavino-Samoggia . L'attendibilità del dato è discutibile , per la difficoltà persistente di identificare nel sistema informatico Mysanità , utilizzato per il Percorso Nascita, in maniera univoca la visita in puerperio
--	--

22. Progetto di accoglienza Pass(Polo di Accoglienza e Servizi Solidali)

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Associazione Bimbo tu onlus
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Associazione Bimbo Tu Onlus, operante a favore dell'area pediatrica dell'ISNB presso l'Ospedale Bellaria di Bologna e Fondazione Bimbo Tu proprietaria dell'immobile in via Roma 2 - San Lazzaro di Savena.
Descrizione	Progetto di Accoglienza Pass (Polo di Accoglienza e Servizi Solidali) – ristrutturazione dell'immobile ex Casa Sant'Angela situato in via Roma 2 per realizzare una struttura di accoglienza.
Destinatari	Utenti pediatrici neurochirurgici e neuropsichiatrici dell'Ospedale Bellaria, utenti pediatrici Hospice Seràgnoli, parenti e accompagnatori degli utenti pediatrici, cittadini del territorio circostante San Lazzaro e Bologna, realtà e organizzazioni del territorio che realizzano attività di interesse sociale dedicate ai bambini.
Azioni previste	Ristrutturazione dell'immobile con eliminazione delle recinzioni che chiudono alla strada l'angolo tra via Roma e via San Lazzaro verso Piazza Bracci e realizzazione di un parco giochi inclusivo aperto al pubblico. Realizzazione del marciapiede su via San Lazzaro e allargamento di quello su via Roma.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Collaborazione con il Comune di San Lazzaro, con l'Azienda USL di Bologna, Ospedale Bellaria, curia e Arcidiocesi di Bologna (donatori dell'immobile da ristrutturare).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Collaborazione con il Comune di San Lazzaro, con l'Azienda USL di Bologna, Ospedale Bellaria, curia e Arcidiocesi di Bologna (donatori dell'immobile da ristrutturare).
Referenti dell'intervento	Fondazione Bimbo Tu – Cora Querzè
Novità rispetto al 2018	La Fondazione Bimbo Tu nel 2018 ha dato il via ai lavori di ristrutturazione della prima metà di Pass, Polo Accoglienza e Servizi Solidali. Il 25 gennaio 2019 è avvenuta la posa della Prima Pietra del cantiere di ristrutturazione, che proseguirà i lavori per tutto il corso dell'anno. L'evento ha sancito con ufficialità l'avvio del progetto alla presenza del Sindaco di San Lazzaro Isabella Conti, di Monsignor Bettazzi e di Mons. Nicolini.

23.SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO/COMUNITA')

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	San Lazzaro di Savena in qualità di capofila e Ausl-Distretto di San Lazzaro di Savena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Negli ultimi anni il cambiamento del contesto sociale ha portato ad un impoverimento dei minori e delle loro famiglie, identificata come povertà educativa e relazionale. Tra le problematiche legate alla difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono la crisi di coppia, separazione/divorzio, perdita del lavoro,... Inoltre, è importante considerare la condizione di isolamento sociale legato allo status di straniero, che spesso ha scarse reti di supporto sociale e familiare.
Descrizione	Nel processo di evoluzione identitaria delle famiglie appare oggi necessario investire e potenziare maggiormente le politiche di promozione del benessere per la crescita dei bambini e dei ragazzi, di sostegno alle funzioni genitoriali, di prevenzione, per ridurre le disuguaglianze sociali e favorire i processi di inclusione. Di conseguenza, i servizi (sociali, sanitari ed educativi) si attivano in una progettazione integrata, sviluppando forme di raccordo e di rete con il territorio (terzo settore, stake holders, ...) per trovare soluzioni condivise di sostegno alla genitorialità.
Destinatari	Famiglie con figli piccoli e/o figli adolescenti Minori presenti nel territorio
Azioni previste	Mappatura delle azioni proposte dal territorio distrettuale (enti locali, terzo settore, ...) Individuazione e costruzione di un "Centro per le Famiglie" a livello distrettuale, quale servizio dedicato all'informazione, orientamento, consulenza, sostegno alle competenze genitoriali, allo sviluppo delle risorse familiari ai fini dell'attuazione delle linee di indirizzo regionali (DGR 391/2015) Integrazione e potenziamento dell'attività dei servizi territoriali (sanitari, sociali ed educativi), allo scopo di prevenire o ridurre le esperienze di disagio familiare, infantile, adolescenziale Promozione della cultura della partecipazione, dell'accoglienza nei confronti delle famiglie straniere
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Servizi educativi, sanitari e sociali del territorio Servizi ed interventi a sostegno della genitorialità
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti locali, Ausl, Scuole, OdV/APS del territorio
Referenti dell'intervento	Ufficio scuola dei Comuni Ufficio di Piano
Novità rispetto al 2018	Prosegue l'opera di mappatura delle realtà che si occupano di sostegno alla genitorialità. E' stata, inoltre, presentata dall'Ufficio di Piano la manifestazione di interesse per la creazione di un Centro famiglia distrettuale con sede a San Lazzaro di Savena e si è in attesa

	della Delibera regionale di assegnazione dei fondi per gli anni 2019-20; è in previsione la costituzione di un gruppo tecnico di lavoro.
--	--

Totale preventivo 2019: **14.761.623,59 €**

Risorse dei comuni

- Unione di comuni (SAVENA-IDICE): **1.078.373,39 €**
- SAN LAZZARO DI SAVENA: **10.369.817,48 €**
- MONGHIDORO: **15.515,00 €**
- MONTERENZIO: **118.365,17 €**
- OZZANO DELL'EMILIA: **1.484.389,00 €**
- PIANORO: **904.368,00 €**
- LOIANO: **131.502,00 €**

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **333.879,95 €**
- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **6.013,60 €**
- Centri per le Famiglie: **13.000,00 €**
- AUSL Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **306.400,00 €**

24. Progetto adolescenza: Interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di preadolescenti ed 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	Altro
Specifica soggetto capofila	Unione, Comune S.L., Ausl
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Chi sono, quali bisogni, desideri e difficoltà hanno gli adolescenti? Come conoscerli e come aiutarli nella crescita? Nell'antichità esistevano i riti di iniziazione, erano rituali di passaggio dall'età infantile a quella adulta. Erano cerimonie dove l'adolescente faceva un percorso simbolico di isolamento, di rinuncia alla vita infantile e di nascita alla vita adulta con atti di coraggio e veniva assistito dalla collettività intera. L'angoscia veniva così riconosciuta e contenuta dentro un aspetto collettivo che aveva valenze archetipiche, traspersonali e che conferiva alla cerimonia un significato sacro. E oggi?
Descrizione	Le Linee di indirizzo per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: "progetto Adolescenza" della Regione Emilia-Romagna (DGR 590/2013) tentano di superare la frammentarietà degli interventi di settore rivolti agli adolescenti sul territorio regionale delineando l'attivazione di un'azione di coordinamento degli interventi esistenti coinvolgendo i diversi attori che a vario titolo operano su questo tema: enti locali, servizi sanitari, servizi sociali e culturali, autorità scolastiche, associazionismo giovanile, sportivo, culturale, religioso e le famiglie.
Destinatari	Adolescenti e giovani adulti Loro famiglie contesto sociale Comunità professionale, educativa, sociale, sanitaria Stake holder della Comunità locale
Azioni previste	Declinazione distrettuale del Coordinamento Regionale e metropolitano: attivazione di un Gruppo di lavoro multidisciplinare e trasversale (composto quindi da tutti i referenti delle aree e dei settori della Comunità globalmente intesa). Mappatura delle azioni proposte sia da EE.LL, Ausl che ODV/e APS Rafforzamento della programmazione a livello distrettuale, in relazione al Distretto Scolastico San Lazzaro, all'ambito n. 6, alla formazione adulti C.P.I.A. Imolese Coprogettazione fra Enti e Terzo settore nell'ambito della partecipazione a Bandi nazionali e /o regionali quale sintesi locale degli indirizzi succitati
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche scolastiche metropolitane e locali Politiche di prevenzione e contrasto al disagio giovanile Progetto Incubatore di comunità educante: strategie di sviluppo inclusivo tra scuole e territorio (ICE). Progetti ed azioni di contrasto alle povertà educative 11-17 anni finanziati da Con i bambini Impresa sociale (Bando Nuove Povertà Adolescenza fondazioni bancarie).

	Le azioni si svilupperanno da settembre 2018 nel territorio dell'Ambito 4 (Imolese + Distretto di San Lazzaro) con: Laboratori per lo sviluppo della didattica innovativa; azioni di promozione del benessere scolastico e sociale; azioni di sviluppo di competenze orientative di supporto alle transizioni; percorsi di coinvolgimento attivo e la partecipazione delle famiglie; interventi orientativi personalizzati di accompagnamento per studenti a forte rischio di dispersione scolastica; percorsi educativi di rimotivazione, riorientamento e accompagnamento per adolescenti in abbandono scolastico.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti locali, Ausl, Scuole, OdV/APS del territorio
Referenti dell'intervento	Andrea De Maria Tecnostruttura Distretto Scolastico Ufficio di Piano Ausl Distretto

Totale preventivo 2019: **273.638,00 €**

Risorse dei comuni

- MONTERENZIO: **638,00 €**

Altre risorse

- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **273.000,00 €**

25. “Obiettivo salute” - catalogo dell’offerta educativo formativa per la promozione della salute

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda Usi di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;D;

Razionale	Sostenere le politiche di prevenzione e di promozione della salute
Descrizione	L'intervento ha l'obiettivo di rafforzare le capacità delle persone ad effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute, costruire partnership tra cittadini e servizi per migliorare la salute e la qualità della vita, valorizzare le risorse di cui gli individui sono portatori per il miglioramento della salute, sviluppare strategia multisettoriale e trasversale di promozione della salute e di stili di vita sani.
Destinatari	Comunità in generale, bambini/ragazzi delle scuole materne, primarie e secondarie di primo e secondo grado.
Azioni previste	Sono previste le seguenti tipologie di azioni: - Azioni di tipo educativo attraverso campagne d'informazione e sensibilizzazione che favoriscano l'adozione di sani stili di vita, in particolare tra le giovani generazioni - Azioni di carattere educativo e formativo rivolte a diversi gruppi target condivise con i committenti, secondo metodologie orientate alla progettazione partecipata e all'implementazione di buone pratiche - Azioni di monitoraggio e di valutazione di processo e di risultato Tutte le suddette azioni sono: - Coordinate in una logica di integrazione e di sinergia grazie al contributo dei Dipartimenti aziendali per la Promozione della salute; - Pianificate dal tavolo di coordinamento di Obiettivo Salute a cui partecipano i referenti sia dei vari dipartimenti aziendali, sia del mondo associativo e del volontariato che una rappresentanza del mondo della scuola; - Mirate a contesti di comunità definite (creazione di ambienti favorevoli alla promozione della salute come scuole, comunità locali e luoghi di lavoro); - Realizzate con l'obiettivo primario di consentire la crescita della consapevolezza individuale e di comunità e del contesto sociale per affermare la cultura della salute e del ben-essere e l'assunzione da parte del cittadino di un ruolo attivo e protagonista (empowerment).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti Locali, scuole ed altre agenzie educative , mondo del lavoro, privato sociale, volontariato, mondo dello sport e del tempo libero , associazioni
Referenti dell'intervento	Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Bologna, Paolo Pandolfi paolo.pandolfi@ausl.bologna.it; 334 6275143; 051 6224423 e Mauro di Bitetto mauro.dibitetto@ausl.bologna.it; 366 6000644; 0512869364

26.Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna - Ufficio di Supporto
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	L.R. 14/2008, art 21 c.1 Ogni conferenza territoriale sociale e sanitaria attiva, quale proprio organo consultivo, un coordinamento tecnico per l'infanzia e l'adolescenza, che svolge un ruolo di raccordo e confronto tra i diversi distretti, in merito alle politiche per l'infanzia e l'adolescenza, in coerenza con il piano sociale e sanitario regionale. L.R. 14/2008, art 24 c.2 La Regione riconosce nel coordinamento di cui all'articolo 21 l'ambito di raccordo del sistema di protezione dei bambini e degli adolescenti vittime o a rischio di violenze, maltrattamenti e trascuratezza. PSSR Scheda 17 Progetto adolescenza. Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, par. Ritornare ai giovani La CTSSM dunque si pone, e pone a tutti i distretti, l'obiettivo di ricomporre il quadro delle opportunità e dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, attraverso il Coordinamento tecnico metropolitano e i Coordinamenti distrettuali. Poiché il tema del benessere di bambini e adolescenti è trasversale, si richiamano anche in particolare: Scheda 15 "Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita; Scheda 16 "Sostegno alla genitorialità"; Scheda. 37 "Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti, e neomaggiorenni con bisogni sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela".
Descrizione	Il Gruppo sarà nominato entro il 2018 da CTSSM con composizione secondo la LR 14/2008 art.21, c. 2 Nella composizione del coordinamento è garantita la rappresentanza dei diversi territori distrettuali con la presenza di esperti in ambito sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale. È, inoltre, promosso l'apporto delle amministrazioni dello Stato competenti in materia di sicurezza e giustizia.
Destinatari	Operatori e referenti dei Servizi Sociali e Sanitari coinvolti, degli Enti Locali, Docenti e Dirigenti della Scuola e della Formazione, Terzo settore.
Azioni previste	Il coordinamento ha l'obiettivo di sostenere a livello distrettuale e metropolitano la ricomposizione/integrazione dei servizi e delle opportunità per l'infanzia e adolescenza (socioeducativi, cura e prevenzione, scuola tempo libero); ha il compito di raccordare le diverse programmazioni distrettuali nell'area infanzia e adolescenza, curando l'armonizzazione delle azioni e attività (sociali, sanitarie, scolastiche, educative) per la prevenzione, la cura e il benessere dei bambini e degli adolescenti e l'equità a livello metropolitano nell'offerta di servizi. Monitora e stimola l'attuazione di specifiche linee, indirizzi e programmi regionali destinati ad essi. Valorizza i Piani della Prevenzione delle Asl e per la Educazione alla salute e stili di vita sani in riferimento ai bambini, adolescenti e giovani. Facilita il rapporto con le Autonomie scolastiche ed i Centri di Formazione. Promuove la necessaria integrazione interistituzionale tra Servizi Sociali e Sanitari,

	Autonomie scolastiche, Ufficio Scolastico regionale/territoriale, Amministrazioni dello Stato e la collaborazione con il terzo settore. Attiva collaborazioni con la Università e Istituzioni pubbliche con finalità di ricerca e documentazione sui temi del benessere dei bambini, adolescenti e giovani. Promuove accordi interistituzionali e con il terzo settore per condividere interventi specifici di promozione del benessere per bambini /adolescenti e per rendere più efficace la relazione tra Scuole e servizi. Si raccorda con i coordinamenti distrettuali, metropolitani e sovradistrettuali del sistema di protezione, accoglienza e tutela dei bambini e degli adolescenti che promuovono azioni di sostegno alla genitorialità e di prevenzione delle condizioni di trascuratezza/negligenza nei bambini e azioni integrate rivolte ai minori con bisogni socio sanitari complessi e/o vittime o a rischio di violenze, maltrattamenti. Propone percorsi di approfondimento, attiva gruppi di lavoro metropolitani, percorsi di formazione integrati su tematiche specifiche (contrasto alla povertà educativa, promozione di sani stili di vita, disagio nella fascia adolescenziale). Promuove l'accesso a fondi dedicati di livello nazionale ed europeo. Elabora i dati a disposizione.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Il Coordinamento opera per integrare la programmazione sociale e sanitaria a favore di bambini e adolescenti con le politiche scolastiche e formative che hanno medesimo obiettivo: in particolare promuove presso le scuole i Piani di Prevenzione Asl che hanno a riferimento la dimensione scolastica, opera per connettere le programmazioni socio sanitarie quelle scolastiche nell'ambito della prevenzione e contrasto alla povertà educativa, del supporto alla genitorialità e ai punti di ascolto nelle scuole, nella prevenzione di comportamenti a rischio. Cura la relazione tra Distretti per l'Istruzione e Distretti Socio sanitari, con gli Uffici scolastici territoriale e Regionale. Analogamente opera per Integrare le competenze e risorse delle Amministrazioni dello Stato impegnate a contrastare e prevenire comportamenti a rischio e forme di violenza.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari, degli Enti locali; Rappresentanza del Terzo settore, Ufficio scolastico territoriale e Autonomie scolastiche; Enti di Formazione; Università
Referenti dell'intervento	Laura Venturi – Responsabile Ufficio di Supporto della CTSS Metropolitana di Bologna Tiziana Di Celmo, Claudia Ceccarelli – Città metropolitana, Struttura Tecnica Metropolitana

27. Spazio Giovani Adulti

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	Bologna
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	La DGR 1722 del 6 novembre 2017, dal titolo “Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti”, prevede, in applicazione del Piano nazionale della fertilità, una serie di obiettivi che includono: • L’informazione sull’evoluzione della fertilità e sui fattori e comportamenti che possono metterla a rischio • La promozione degli stili di vita sani ed adeguati in questo ambito • L’assistenza alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle malattie dell’apparato riproduttivo maschile e femminile che possono avere un ruolo nel determinare una condizione di sterilità o infertilità. • Il fornire strumenti per una pianificazione familiare consapevole Tra i presidi organizzativi che possono concorrere a questi risultati, sta sicuramente l’attivazione di uno Spazio rivolto alla popolazione 20 – 34 anni, nell’ambito del Consultorio Familiare (parimenti all’esperienza degli Spazi Giovani rivolta a ragazze e ragazzi dai 14 ai 19 anni), che permetta un accesso facilitato a una serie di percorsi informativi, diagnostici e terapeutici.
Descrizione	Lo Spazio Giovani Adulti svolgerà la sua funzione ad accesso libero (quindi senza necessità di impegnativa del medico) e tramite appuntamento. Per il Distretto di San Lazzaro, lo spazio per questa attività, è stato individuato il lunedì pomeriggio presso il Consultorio Familiare, con la consapevolezza della necessità di modulare lo spazio di offerta in corso d’opera. Le prenotazioni avvengono attraverso il contatto anche telefonico con lo stesso Consultorio. Gli ambiti di intervento saranno i seguenti: • Malattie sessualmente trasmissibili • Pianificazione familiare e contraccezione • Stili di vita e salute riproduttiva • Preconcezione • Dolore pelvico ed alterazioni mestruali (diagnosi e prevenzione dell’endometriosi e della micropolicisti ovarica) • Problematiche sessuali e relazionali di coppia • Infertilità di coppia
Destinatari	Donne e Uomini tra i 20 e i 34 anni

Azioni previste	1. Riorganizzazione del sistema di offerta dei Consultori Familiari che preveda la definizione di un Consultorio per Distretto in cui aprire lo Spazio, con relativa fascia oraria di intervento con le modalità descritte 2. Piano di comunicazione e lancio rivolto ai Medici di Medicina Generale, alle Istituzioni territoriali, alla Popolazione. 3. Progetto di formazione rivolto agli operatori sanitari sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AOSP, Comuni.
Referenti dell'intervento	Consultorio familiare DATER

28 Offerta attiva di diagnosi e trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili, come presidio di prevenzione dell'infertilità di coppia.

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	Bologna
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	E;

Razionale	Le infezioni sessualmente trasmesse, specialmente le forme ad evoluzione cronica, interessano prevalentemente soggetti in fascia di età 15 – 49 anni e se non diagnosticate ed adeguatamente trattate possono determinare importanti sequele a carico dell'apparato riproduttivo femminile. Tra le principali complicanze si trovano la Malattia infiammatoria pelvica, la Sterilità tubarica e la Gravidanza ectopica. La diagnosi e la cura tempestiva di queste infezioni sono fondamentali per ridurre l'infettività dei soggetti e limitare il contagio, nonché per evitare le complicanze descritte. Nell'ambito dell'infertilità, i batteri che sono più frequentemente coinvolti sono: Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis e Mycoplasma genitalium. Esistono evidenze che indicano una maggiore prevalenza di queste infezioni, spesso silenti, nelle Donne risultate positive ai test di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero. La grande maggioranza delle donne risultate positive al test di screening vengono inviate agli Ambulatori di secondo livello nell'ambito delle attività dei Consultori familiari e ubicati in ogni Distretto.
Descrizione	In collaborazione con l'Istituto di Microbiologia dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi e con il Servizio di Epidemiologia della nostra Azienda, è stato prodotto un protocollo di collaborazione ed intervento che prevede l'offerta attiva a tutte le Donne, positive ai test di screening, che si recano negli Ambulatori di secondo livello presenti in tutti i Distretti, di specifici test per l'individuazione di queste infezioni. Alle Donne risultate positive verrà garantito un richiamo per la prescrizione del trattamento. Tale indagine ed attività, sulla base della prevalenza che si registrerà tra le Donne residenti nel nostro territorio, sarà propedeutica a definire la necessità di mantenere nel tempo questo ruolo attivo di ricerca e trattamento. Per il Distretto di San Lazzaro l'intervento è già partito da tempo ed è tutt'ora in corso. Consiste nell'offerta alle donne, tra i 18 e i 39 anni, che si presentano negli ambulatori di secondo livello dello screening per effettuare una colposcopia, di un dosaggio di tre microorganismi potenziali responsabili di infezioni croniche con ricadute sulla fertilità e relativo trattamento delle donne risultate positive. Si prevede un prolungamento alla fine del 2019 dell'intervento, per raggiungimento di un campione statisticamente significativo. L'intervento è organizzato in collaborazione con la Microbiologia dell'AOSP. Nel Distretto di San Lazzaro, questa attività si svolge nell'ambulatorio di secondo livello dello screening, all'interno del Consultorio Familiare di San Lazzaro.

Destinatari	Donne tra i 18 e i 39 anni
Azioni previste	1. Protocollo di intesa AUSL – AOSP e validazione del Comitato Etico 2. Formazione a tutti gli operatori coinvolti nei vari Distretti sulle modalità di azione 3. Elaborazione statistica dei risultati e progetto di implementazione
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AOSP Comuni
Referenti dell'intervento	Consultorio familiare DATER
Novità rispetto al 2018	A dicembre 2017, su indicazione della Direzione Aziendale, ho proposto due Schede intervento su temi inerenti ai contenuti previsti dalla Scheda regionale (allegate). Tali proposte sono state sottoposte ai Direttori dei Distretti che le hanno condivise e sono in parte diventate spunto per la definizione degli obiettivi di budget 2018. INDICATORI -) Apertura di almeno uno Spazio giovani adulti per Distretto Nel 2018, in applicazione alla DGR 1722/2017 “Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti”, sono stati istituiti in ogni Distretto gli Spazi Giovani Adulti ed in particolare nelle sedi di Bologna (Pol. Saragozza), S.Lazzaro di S., Castel Maggiore, Casalecchio di R., S.Giovanni in P. e Porretta Terme. Anche in tali Spazi, sempre in applicazione ai contenuti della delibera regionale, è stata attivata la prescrizione e distribuzione di contraccezione gratuita con i criteri previsti. -) Progettazione di una campagna informativa per la cittadinanza sulla tutela dell’infertilità maschile e femminile Nel 2018 è stato progettato, in collaborazione con la Società scientifica urologica Samur, un intervento di divulgazione delle conoscenze sulla prevenzione dell’infertilità maschile. Tale intervento, che prevedeva come obiettivo principale la sensibilizzazione dei maschi adolescenti su tematiche spesso non conosciute o sottovalutate, si è svolto in maniera sperimentale nel Distretto di Pianura Est e ha coinvolto complessivamente 3 Istituti scolastici con complessivamente 10 classi, per un numero complessivo di 171 ragazzi. Tale esperienza positiva ha indotto la progettazione di esperienze simili in tutti i Distretti programmate per il 2019. E’ naturalmente sempre in essere l’attività di promozione della salute svolta dallo Spazio Giovani con la collaborazione delle Istituzioni scolastiche. In tali occasioni di incontro sono previsti anche contenuti riguardanti la procreazione responsabile, la sfera genitale e riproduttiva. -) Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni realtà aziendale Nel 2018, nell’ambito delle riunioni delle equipe dei Consultori familiari, sono stati affrontati, anche alla luce dell’esperienza sopra riportata e del progetto sperimentale in corso “Prevalenza delle infezioni batteriche associate ad infertilità nelle donne positive ai test di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell’utero”, i temi della prevenzione, diagnosi e trattamento dell’infertilità involontaria. L’offerta attiva di test di screening per l’individuazione precoce delle cause infettive di sterilità involontaria, svolto in collaborazione tra Consultori familiari e il Servizio di Microbiologia del Policlinico S.Orsola e tutt’ora in corso, ha permesso la sensibilizzazione di un consistente numero di donne coinvolte nel percorso di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell’utero, portatrici di maggior rischio di prevalenza di tali condizioni. -) % di Utenti 20-34 anni/utenti totali dei CF

ANNO 2018 NON DEFINITIVO (4^ estrazione regionale)

utenti area ostetrico-ginecologica complessivi

utenti 20-34	utenti	%
15697	59127	26,5%

utenti area ostetrico-ginecologica esclusi quelli per il solo pap-test

utenti 20-34 (no solo pap test)	utenti (no solo pap test)	%
10339	28734	36,0%

utenti area psicologica

utenti 20-34	utenti	%
557	4698	11,9%

totale utenti consultori compresi utenti solo pap test

utenti 20-34	utenti	%
16254	63825	25,5%

29. Gioco d'azzardo patologico

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Coordinamento Metropolitano per il contrasto al GAP: La Città Metropolitana di Bologna ha deciso di dotarsi di un coordinamento sul tema del contrasto al gioco d'azzardo patologico, la CTSS ha quindi istituito tale coordinamento.
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;D;

Razionale	L'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è incrementata in modo imponente. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta. Gli interventi preventivi di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovraindebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.
Descrizione	Nel corso degli ultimi anni è in forte aumento il numero di persone con "disturbo da gioco d'azzardo". L'esigenza di offrire un servizio e rispondere ai bisogni di cura di questa tipologia di pazienti nonché la specificità della ludopatia, con caratteristiche e istanze differenti da quelle dei soggetti con dipendenza da sostanze, ha portato alla progettazione di un percorso specifico di accoglienza, diagnosi e trattamento per questa dipendenza comportamentale; ovvero, dal 2016, l'AUSL di Bologna ha attivato un PDTA, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per Giocatori d'azzardo Problematici e famigliari, un progetto la cui finalità, in coerenza con quanto affermato nella legge Regionale 5/2013 e dal successivo Piano Integrato è quella di delineare un Percorso specifico di Accoglienza e presa in cura di soggetti con Disturbo da Gioco d'Azzardo e dei loro famigliari. La Città Metropolitana di Bologna si è dotata di un coordinamento di contrasto al GAP che vede la presenza dei rappresentanti dei vari distretti socio-sanitari e dell'Azienda USL di Bologna.
Destinatari	Persone con "disturbo da gioco d'azzardo" e loro famigliari, cittadini, comunità allargata, studenti di scuole secondarie di primo e secondo grado, studenti universitari, esercenti commerciali, Enti Locali dell'Area Metropolitana di Bologna.
Azioni previste	Attività Il coordinamento si prefigge come obiettivi la diffusione delle buone prassi e l'omogeneizzazione delle azioni di prevenzione e contrasto presenti nei territori dell'area metropolitana. 1) Condivisione dei Piani di azione locale per il contrasto al GAP 2) Coordinamento sulle attività rivolte alle scuole Considerato il repentino abbassamento dell'età di accesso al gioco d'azzardo diviene di strategica importanza la prevenzione e la responsabilizzazione dei più giovani in merito alla pericolosità del gioco d'azzardo. la quasi totalità dei territori metropolitani ha avviato

	progetti rivolti alle scuole. Obiettivo del coordinamento è quello di diffondere le buone prassi e uniformare, per quanto possibile, tali azioni su tutta l'area metropolitana. 3) Coordinamento sulle attività di divulgazione rivolte alla popolazione Costruzione di percorsi condivisi e di un programma metropolitano delle iniziative organizzate dai distretti sul tema del contrasto al GAP e sulla diffusione di maggiore consapevolezza sui rischi derivanti dal gioco d'azzardo. 4) Coordinamento sulle misure di contrasto al GAP Il dilagare delle occasioni di gioco ha portato gli EELL ad approvare misure per il contenimento del fenomeno. Partendo dalle modifiche normative introdotte dalla Regione Emilia Romagna fino all'adozione di regolamenti comunali sul contrasto al GAP e ordinanze sindacali di limitazione degli orari. Scopo del coordinamento è uniformare il più possibile la situazione presente nei comuni dell'area metropolitana. 5) Organizzazione di un evento a livello metropolitano per la condivisione e la diffusione delle buone prassi attuate nei territori 6) AUSL: - implementazione del PDTA-GAP aziendale, potenziamento dell'èquipe dedicata al GAP dell'Asl Bologna; - assicurare l'omogeneità della qualità delle prestazioni erogate nell'ambito territoriale di competenza; - affrontare e rispondere in maniera adeguata alle richieste di cura di questa tipologia di utenza; - ridurre la variabilità di gestione e uniformare la procedura nelle strutture Aziendali; - integrare la rete dei Servizi: SERT, CSM, MMG, Servizi specialistici, Enti pubblici e privati, Associazioni che affrontano tale problematica da diversi livelli.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Scuola, Attività produttive
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL DSM, AUSL Distretto e case della Salute, Terzo Settore, Scuola, Università CTSS e Gruppo di Coordinamento GAP (Ass. Masetti) Distretti socio-sanitari dell'Area Metropolitana di Bologna
Referenti dell'intervento	AUSL: Dott.ssa R. Campalastri, Dott.ssa M. Felice Ufficio di Supporto CTSS per Gruppo GAP: Annalisa Carassiti

30. Piano distrettuale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Riferimento scheda distrettuale: Piano distrettuale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	San Lazzaro di Savena in qualità di capofila
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	La diffusione del gioco d'azzardo ed il fenomeno crescente della ludopatia hanno reso necessario che la Regione intervenisse a livello normativo. Nel 2013 è stata emanata la Legge n.5 con lo scopo di prevenire, contrastare e trattare forme di dipendenza da gioco d'azzardo; con DGR 2098/2017 sono stati stanziati fondi da assegnare ai distretti per interventi di prevenzione e contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico e all' Azienda AUSL per progetti di presa in carico e di cura.
Descrizione	Il Piano prevede l'attivazione di una Cabina di Regia distrettuale integrata composta da amministratori e tecnici ed interventi volti alla responsabilizzazione, il coinvolgimento e alla sensibilizzazione degli attori .
Destinatari	Comunità locale (cittadini, APS, ODV, esercenti, ecc); Operatori Area Sociale; Insegnanti e Studenti Scuole Medie Inferiori e Superiori.
Azioni previste	Attivazione cabina di regia distrettuale integrata; Eventi pubblici; Responsabilizzazione esercenti di locali con gioco d'azzardo Valorizzazione marchio SlotFreER ad eventi collegati; Sostegno e consulenza per sovraindebitamento famiglie; Sperimentazione interventi di supporto a familiari di giocatori che non accedono ai servizi di cura; Laboratori per Scuole.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	politiche educativo-scolastiche, sociali e della salute.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti locali Istituzione scolastica Organizzazioni del Terzo settore

Referenti dell'intervento	Giovanni Agrestini (Comune di San Lazzaro di Savena) Rachele Caputo (Unione dei Comuni Savena-Idice) Piera Carlini(Comune di San Lazzaro di Savena) Danuiele Cirant Andrea De Maria Paride Lorenzini Alberto Mingarelli
----------------------------------	---

Totale preventivo 2019: **37.879,14 €**

Altre risorse

- Programma gioco d'azzardo patologico: **37.879,14 €**

31.Indagine sperimentale sullo stato sociale di anziani – Comune di Pianoro

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Sub distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	SPI-CGIL Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	Nella nostra comunità oggi troviamo bisogni che emergono a seguito della modificazione della composizione dei nuclei familiari fortemente condizionati dalla crisi, e da modificazioni dei processi demografici. Conseguentemente le reti primarie che hanno funzionato sino ad oggi come primo sostegno al welfare nei processi di cura e attenzione alla persona si è complicato ulteriormente. Per riprogettare serve un'analisi attenta della condizione, delle percezioni e delle attese degli anziani. La longevità crescente e la conseguente solitudine, sono il risultato di politiche che da un lato ci consentono di apprezzare i notevoli progressi maturati, ma contemporaneamente sottopone molti anziani a vivere un futuro con maggiori incertezze che finiscono per produrre un evidente stato di insicurezza sociale. È evidente il passaggio da bisogni circoscritti e ben definiti ai quali rispondere con risorse professionali ed economiche certe, a eterogeneità dei primi e carenza delle seconde. Oggi il cittadino anziano ha davanti a sé due strade parallele: un sistema di presa in carico da parte del sistema pubblico, attivabile in caso di grave disagio sanitario o sociale, o un sistema privato di tipo assicurativo o di servizi. Sistemi paralleli e non integrabili che aumentano le disuguaglianze nel campo del diritto alla salute. La necessità di un'indagine su un campione di anziani recentemente rimasti soli a seguito perdita del coniuge (senza escludere la possibilità di monitoraggio di fragilità anche di altri casi, vedi ad esempio la presenza di non autosufficiente) riprende quindi il quadro appena delineato, facendo riferimento anche all'ultima ricerca effettuata dallo SPI CGIL in collaborazione con l'Istituto IRES, dal titolo La salute, come curarla, e pubblicata nel 2018. Tra i dati raccolti si rileva il 29,9% di anziani soli presso la propria abitazione, dei quali il 42,3% over 80. Di fondamentale importanza diventa dunque per i servizi il monitoraggio costante di anziani che vivono soli e di quelli che non sono inseriti in reti familiari e sociali che rappresentano validi strumenti per contrastare la vulnerabilità economica, sociale e relazionale.
Descrizione	Il progetto intende sondare la situazione sociale, sanitaria, economica e relazionale di anziani rimasti soli, a seguito perdita del proprio coniuge (senza escludere la possibilità di monitoraggio di fragilità anche di altri casi). Si tratta di quegli anziani che, seppur in una fase delicata della propria esistenza, attraversata da molteplici disagi, di carattere psicologico, sociale, relazionale, sanitario, economico, difficilmente si rivolgono ai servizi sociali, dando luogo ad un ventaglio di bisogni eterogenei inespressi, e come tali invisibili ai servizi territoriali. Questa indagine, di carattere sperimentale, rappresenta un'opportunità per il territorio nel perseguimento di 2 finalità, coerenti con il quadro del PSSR 2018-2020:

	1. Prevenzione delle situazioni a rischio fragilità 2. Integrazione degli attori territoriali Nel primo caso la prevenzione diventa possibile a partire dalla conoscenza dei bisogni di anziani non intercettati dai servizi sociali, ma la cui situazione di rottura determina una serie di difficoltà non espresse. Nel secondo caso, il sindacato collabora con i servizi sociali nella funzione di antenna territoriale. In tal senso, questa prima rilevazione potrebbe rappresentare un volano per la condivisione di informazioni tra gli attori in questione: la funzione di orientamento sul territorio (offerta servizi sociali, culturali, ecc.) usualmente in carico ai servizi sociali, potrebbe essere sviluppata anche all'interno dei servizi delle sedi sindacali. Obiettivi generali riguardano: 1. indagine su bisogni inespressi 2. segnalazione di situazioni di disagio non conosciute 3. implementazione di azioni di risposta ai bisogni 4. promozione di una rete solidale del territorio
Destinatari	Anziani rimasti recentemente soli, a seguito perdita coniuge (senza escludere la possibilità di monitoraggio di fragilità anche di altri casi, vedi ad esempio la presenza di nonautosufficienti)
Azioni previste	1. Individuazione del campione di indagine 2. elaborazione di un questionario anonimo 3. formazione degli intervistatori 4. somministrazione questionario 5. elaborazione dei dati 6. presentazione pubblica della ricerca
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ufficio di Piano distretto, SPI CGIL Bologna, AUSER, Circolo ARCI Pianoro, IRES Istituto Ricerche Economiche Sociali
Referenti dell'intervento	Segretario SPI Pianoro Erio Frison
Novità rispetto al 2018	L'intervento, non avviato nel 2018, sarà implementato nel 2019.

32.AZIONI PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO E IN SALUTE E DI TUTELA DELLA FRAGILITA' DELL'ANZIANO – GRUPPO FRAGILI

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune San Lazzaro di Savena, capofila
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	Sono stati avviati dal 2011 nei nostri territori diversi progetti che nascono da una riflessione che i professionisti del servizio sociale del nostro Ente hanno avviato sul tema dell'evoluzione sociale, economica e urbana degli ultimi anni nell'ambito delle politiche sociali nazionali, regionali e locali rivolte agli anziani. Come rilevato da ricerche e progetti sperimentali in tema di fragilità degli anziani, i fattori più rilevanti del fenomeno sono i seguenti: -aumento demografico della popolazione anziana: i cambiamenti profondi nella struttura demografica richiedono un approccio culturale nuovo, che cerca di intercettare nuovi bisogni e di abbandonare alcune visioni parziali e stereotipate attorno agli anziani; - necessità di abbandonare un approccio legato all'emergenza, oggi prevalente e che di fatto non garantisce minori costi sociali; -analisi dell'organizzazione sociale, urbanistica e relazionale del territorio come punto di partenza, e come punto di forza o di debolezza di un territorio, in quanto è nella qualità delle sue reti sociali (familiari e di quartiere) che si assicura in tempo di crisi il benessere dei suoi cittadini; sono infatti ampiamente dimostrati i legami tra isolamento sociale e salute. Interessanti sono infatti gli studi che rilevano una relazione significativa tra l'isolamento sociale e l'insorgenza della demenza. Sono i processi di isolamento sociale che portano le persone a estraniarsi dai contesti relazionali, sociali e urbani e che rendono le persone invisibili esponendole a situazioni di rischio; -individuazione dei determinanti dell'isolamento sociale partendo da semplici domande: esistono strumenti in grado di valutare la situazione di un anziano tale da poter prevedere il punto di rottura del suo fragile equilibrio, e mettere in campo delle risorse per prevenire, attenuare e "curare" l'isolamento.
Descrizione	E' attorno alle riflessioni precedentemente individuate che si gioca la possibilità di individuare i punti di forza di una funzione innovativa del servizio sociale che metta in essere interventi alternativi a quelli tradizionali e fortemente strutturati, tesi a costituire intorno all'anziano una rete di protezione che si attivi nei momenti critici e che addirittura prevenga la possibilità che l'evento critico si realizzi. Si tratta della funzione di sostegno che supporta le reti sociali, formate da familiari, parenti, conoscenti e amici, che per primi contribuiscono a salvaguardare e migliorare lo stato di salute degli individui, che promuove azioni di rafforzamento e di facilitazione delle reti di prossimità, anche in relazione alle modificazioni strutturali della famiglia che verosimilmente vedranno impoverito il tessuto relazionale degli anziani e dei molto anziani nei prossimi 20 anni.

	Peculiari, quindi, risultano tutte quelle azioni rivolte agli anziani, in grado di prevenire e contrastare la solitudine; stimolare corretti stili di vita; promuovere nuove relazioni; mantenere capacità cognitive e motorie; allargare l'offerta culturale; fornire tutti quegli strumenti utili per affrontare al meglio le difficoltà quotidiane.
Destinatari	I progetto si rivolge: • agli anziani che hanno più di 65 anni e vivono presso il proprio domicilio abituale, hanno una rete familiare assente o insufficiente a sostenere in modo continuativo ed adeguato il bisogno di relazioni sociali con il contesto di riferimento o l'organizzazione efficace di alcune attività pratiche necessarie al buon andamento della vita quotidiana; • agli anziani attivi che, nella funzione di volontari singoli o tramite partecipazione ad associazioni territoriali, garantiscono con il loro supporto un importante ruolo di collaborazione per il proseguimento di questi progetti; • caregivers e familiari
Azioni previste	I progetti si realizzano attraverso iniziative volte a sostenere il benessere degli anziani cosiddetti fragili ed in particolare con la creazione di gruppi d'incontro e solidarietà, distribuiti in luoghi e spazi "strategici" del territorio comunale. Tali gruppi sono avviati con il sostegno degli operatori del servizio sociale comunale e in stretta integrazione con le risorse del volontariato e della promozione sociale. I punti di forza del Progetto ovvero gli elementi che più caratterizzano questi progetti sono statiche hanno saputo andare incontro alle esigenze degli anziani fragili sono stati i seguenti: - l'offerta di un numero di giornate di animazione e di socializzazione in alcune realtà anche molto alte (anche 4/5 alla settimana) in modo da garantire una pluralità di iniziative e una costanza nel rapporto che crea uno spirito di comunità tra i partecipanti; - la garanzia di una possibilità di accedere a queste iniziative in modo libero, non vincolante, e gratuito che viene incontro alle loro esigenze di anziani ancora abbastanza autosufficienti e con diversi interessi da gestire; - la garanzia di avere un servizio di trasporto assistito, ovvero un servizio di trasporto con accompagnatore provenendo da diverse frazioni del territorio che non si sentono sufficientemente sicuri nell'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici. Di seguito le azioni maggiormente realizzate: a) promozione di iniziative culturali e di socializzazione per piccoli gruppi di anziani "fragili" a sostegno della qualità delle relazioni interpersonali e che, ove occorra, siano anche di supporto ad un adeguato livello di soddisfazione delle necessità organizzative della vita quotidiana. Tra le attività abbiamo: stimolazione cognitiva, ginnastica dolce, lettura e conversazioni guidate, attività espressive, laboratori manuali, gite e passeggiate alla scoperta dei luoghi culturali, dei musei e dell'ambiente; condivisione merende con bambini; momenti di confronto sulla salute e il benessere, ecc. Gli spazi ed i luoghi in cui incontrarsi sono da individuare tra quelli strategici in relazione a requisiti di visibilità, frequentazione da parte dei cittadini, facilità di accesso, funzione significativa nel territorio. ; b) formazione per i vari operatori del volontariato sociale rivolto agli anziani del nostro territorio (es. formazione per la creazione di un servizio di gestione assistita dei fascicoli sanitari per tutti gli anziani che non hanno una rete o hanno una rete familiare rarefatta), anche attraverso l'apertura di uno spazio di ascolto/sportello, anche itinerante, per chiunque voglia approcciarsi al mondo del sociale come volontario/a; c) consulenze a domicilio per care-givers e reti parentali o informali sulle adeguate modalità di approccio alle problematiche dell'età senile, degli utenti seguiti dai Servizi e segnalati dalle Assistenti sociali responsabili del caso per cui non si sono attivati Servizi strutturati; d) promozione e valorizzazione di anziani attivi, nel ruolo di volontari singoli o all'interno di realtà associative, attraverso laboratori di cucina e di trasmissione della cultura italiana a studenti stranieri; laboratori di scoperta delle ricette tradizionali; racconti di viaggi e usi e costumi di altri popoli; ecc.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	politiche sociali, culturali e formazione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni del Distretto di San Lazzaro, Servizi sociali territoriali, Pubblica Assistenza, S.P.I. - CGIL, AUSER, Anceasco, Centri sociali, Associazioni e Organizzazioni di volontariato come Associazione Teatro dell'Argine, Croce Rossa Italiana, Associazione Amici di Tamara e Davide

	Tutta la rete delle Associazioni che hanno collaborato ai progetti sostenuti dal Bando E-care
Referenti dell'intervento	Responsabili Servizi Sociali Unione e San Lazzaro di Savena

33. Sostegno alla popolazione anziana fragile. Coordinamento tavolo anziani attivi

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	ISTITUZIONE GIAN FRANCO MINGUZZI della Città metropolitana di Bologna con funzioni di coordinamento organizzativo
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;D;

Razionale	Rilanciare le politiche prevenzione e di promozione della Salute. Investire sulla salute considerando l'intero arco di vita e mirando all'empowerment delle persone, con particolare attenzione agli anziani
Descrizione	A livello metropolitano, Città metropolitana, CTSSM e Terzo settore hanno siglato il 19 Dicembre 2017 il Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali; tale patto ha, come primo punto di attenzione, il contrasto delle nuove povertà. All'interno del Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali sono stati condivisi alcuni ambiti prioritari di azione: nuove povertà, persone anziane, persone con disabilità, minori e giovani in condizione di disagio, donne che hanno subito violenza, cittadini immigrati, soggetti in esecuzione penale. Per la piena e concreta realizzazione delle azioni previste, si sono costituiti, e si costituiranno, per le singole aree di intervento tavoli tematici che saranno composti da rappresentanti del Terzo settore e della pubblica amministrazione. Rispetto al tema sostegno alla popolazione anziana fragile, è già attivo dal 2011 un gruppo di lavoro che ha operato su diverse tematiche attinenti alla vita della popolazione anziana e dei caregiver che se ne prendono cura. Sono stati affrontati nell'ambito di specifici progetti temi quali: l'importanza della prevenzione per il benessere della persona anziana; la necessità di tramandare la memoria mediante il progetto "La scrittura del ricordo", l'esigenza di approfondire nuove possibilità di housing sociale rivolto alle persone anziane, l'importanza di promuovere una cultura di rispetto dei diritti e doveri delle persone anziane fragili. Il gruppo di lavoro e la sua attività potranno essere valorizzati nell'ambito del Patto per il contrasto alle fragilità sociali.
Destinatari	• Enti locali • Associazioni • Cittadini e Volontari
Azioni previste	• Stesura della Carta dei diritti responsabili delle persone anziane fragili • Organizzazione di un seminario di presentazione della Carta
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	• Auser • Ancescao • SPI – CGIL • Asp Città di Bologna

	• Azienda Usl di Bologna • Istituzione Minguzzi • Fondazione Santa Clelia Barbieri
Referenti dell'intervento	Istituzione Minguzzi, Serena Cavallini

34. Servizio e-Care e progetti promossi dal volontariato tramite il bando Concorso di idee

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	Rilanciare le politiche di prevenzione e di promozione della salute
Descrizione	L'azione ha l'obiettivo di favorire l'intergenerazionalità e l'interculturalità e di sostenere gli anziani a domicilio.
Destinatari	Anziani fragili e loro caregiver
Azioni previste	Monitorare telefonicamente circa 1250 anziani fragili tramite un call center attivo tutto l'anno che aggiorna un dossier personalizzato sul loro stato di benessere. Fornire un numero verde aperto tutto l'anno per informazioni sui servizi e le iniziative a sostegno degli anziani (800562110). Finanziare associazioni disponibili a progettare eventi, laboratori, gruppo di sostegno, Caffè Alzheimer per gli anziani e i loro caregiver.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	CUP2000 Uffici di Piano, Distretti AUSL, Comuni dei territori serviti dall'AUSL di Bologna ed associazionismo dei territori
Referenti dell'intervento	Cristina Malvi – Azienda Usl di Bologna

35. Sistema di allerta e sorveglianza ondate di calore

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	Rilanciare le politiche di prevenzione e di promozione della salute
Descrizione	Sviluppo di azioni a tutela degli anziani in situazioni fragili, in particolare durante il periodo estivo
Destinatari	Persone anziane fragili
Azioni previste	Si prevedono le seguenti azioni: - prosecuzione ed aggiornamento della rete oggetto del sistema di previsione ed allerta per ondate di calore; - attivazione di modelli comunicativi efficaci attraverso i media e produzione di materiale informativo (locandine, volantini, ecc.); - numero verde (800562110) messo a disposizione da CUP 2000 per informazioni ai cittadini; - realizzazione di un sistema di sorveglianza sanitaria sulla mortalità, interventi 118, accessi al PS su popolazione generale e su cittadini over 65 anni, dimessi a domicilio over 75 anni soli; - aggiornamento annuale del livello di fragilità sanitaria dei residenti di età uguale o superiore a 65 anni secondo il modello predittivo elaborato; - costruzione di coorti di soggetti "fragili" disaggregate per singolo comune di residenza e per i diversi livelli di fragilità (0-1-2-3) al fine di verificare l'efficacia di mirati interventi socio-sanitari; - collaborazione con le associazioni di volontariato e con i servizi sociali dei vari comuni alla progettazione e realizzazione di interventi di prevenzione e supporto nei confronti della popolazione fragile; - diffusione di materiale informativo su comportamenti adeguati da adottare in occasione di ondata di calore; - redazione di rapporti a sintesi del sistema di sorveglianza sanitaria; - produzione in occasione di prevista ondata di calore di mail di allerta indirizzate ai soggetti istituzionali della rete; - costituzione di un gruppo tecnico di coordinamento per la gestione di situazioni di emergenza; - partecipazione ai coordinamenti nazionali del Dipartimento di Protezione Civile; - collaborazione con Amministrazioni Comunali ed altre Istituzioni per l'invio di materiale informativo a cittadini "fragili"; - realizzazione ed aggiornamento di pagine dedicate al sistema di sorveglianza nel sito intranet/internet dell'Azienda USL di Bologna .
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL Bologna, Azienda Ospedaliera Universitaria S. Orsola- Malpighi, Distretti, Dipartimento di Cure Primarie, Strutture Sanitarie Private, cittadini interessati, Comuni, Associazioni del

	privato sociale, MMG, Farmacie, CUP2000, ARPAE Emilia Romagna, Dipartimento di Protezione Civile, Dipartimento di Epidemiologia ASL Roma E.
Referenti dell'intervento	Dr. Paolo Pandolfi Dr.ssa Vincenza Perlangeli Sede: Via Seminario,1 San Lazzaro di Savena Tel. 051 6224164 e 051 2869384 e mail: paolo.pandolfi@ausl.bologna.it vincenza.perlangeli@ausl.bologna.it

36. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del fondo regionale per la non autosufficienza

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Ausl di Bologna-Distretto San Lazzaro
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	La legge regionale 27/2004 nasce per rispondere ai profondi cambiamenti socio-demografici degli ultimi anni connessi sia all'invecchiamento della popolazione, sia alla disgregazione delle strutture familiari, sia all'aumento della povertà e dell'esclusione sociale. Di fronte a una tale situazione il sistema socio-sanitario è chiamato a mettere in campo interventi di carattere innovativo e sperimentale rivolti ad anziani non autosufficienti, sempre più privi di una rete di supporto familiare, parentale, amicale.
Descrizione	Di fronte alla complessità dei bisogni il sistema di governo pubblico consolida i servizi socio-sanitari già esistenti, ampliandone la portata in termini di risorse utilizzate e beneficiari ai quali si rivolge; oltre che sperimentare eventuali nuove progettualità nella direzione dell'universalismo, della valorizzazione di cura e della partecipazione attiva dei cittadini e della comunità.
Destinatari	Anziani over 65
Azioni previste	Consolidamento del sistema domiciliare (fondo FRNA): Contributi/integrazioni: • assegni di cura e contributo aggiuntivo per la regolarizzazione degli assistenti familiari; • rimborso pasti a domicilio • rimborso telesoccorso • l.29/97 per adattamenti domestici e autoveicoli • integrazione oneri a rilievo sanitario (strutture diurne, residenziali, CD, CRA) Servizi: • interventi di assistenza domiciliare • strutture diurne (integrazione) • dimissioni protette residenziali/domicilio (Badando) • trasporto e accompagnamento per favorire accesso ai servizi e promuovere benessere sociale • inserimento residenziale temporaneo (IRT) Consolidamento del sistema domiciliare (extra FRNA): • sportello distrettuale di consulenza al caregiver (Sostengo - (vedi scheda 5) • spesa a domicilio (Ausilio) • Gruppo fragili a contrasto della solitudine (vedi scheda 20) Sperimentazione nuovi servizi: • caffè alzheimer rivolto a anziani non autosufficienti e loro caregiver

	• progetto Sente-mente (CRA Rodriguez) • supporto psicologico ai caregiver • case famiglia • appartamenti protetti (CRA Rodriguez) Qualificazione dei servizi: • accreditamento delle strutture residenziali, dei centri diurni e dell'assistenza domiciliare • attuazione del nuovo regolamento aziendale per accesso alle CRA Il distretto, a seguito costituzione del Tavolo di confronto tra ente pubblico e territorio in fase di programmazione del Piano di zona, prevede la prosecuzione del lavoro dello stesso rafforzando la collaborazione tra i soggetti partecipanti. Questa continuità permetterà al distretto di effettuare una mappatura sia degli enti del terzo settore/privati sia di tutti quei servizi sviluppati dagli stessi in risposta ai bisogni emergenti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali e sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	EE.LL., Asl, Terzo settore
Referenti dell'intervento	Responsabile Area disabili Ausl, Responsabili Servizi Sociali Unione e San Lazzaro di Savena

Totale preventivo 2019: **12.433.633,06 €** (esclusa compartecipazione utenti: 8.084.154,19 €)

Risorse dei comuni

- Unione di comuni (SAVENA-IDICE): **808.553,00 €**
- SAN LAZZARO DI SAVENA: **625.713,21 €**
- LOIANO: **3.500,00 €**

Altre risorse

- Compartecipazione utenti: **4.349.478,87 €**
- FRNA: **5.016.448,08 €**
- FNNA: **322.837,90 €**
- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **1.221.602,00 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC...): **500,00 €**
- Altri fondi statali/pubblci (I): **85.000,00 €**

37. Progetto di miglioramento della qualità dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Azienda Usl di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;E;

Razionale	Sviluppare l'integrazione socio-sanitaria e migliorare la qualità dei servizi per la non autosufficienza.
Descrizione	Monitoraggio e valutazione della qualità dei servizi offerti alla persona nelle strutture accreditate per disabili ed anziani; supporto al mantenimento dei requisiti dell'accreditamento socio sanitario; analisi delle criticità e supporto al miglioramento continuo della qualità dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari; qualificazione della rete dei servizi socio-sanitari.
Destinatari	Disabili e anziani.
Azioni previste	Tavoli di lavoro con il coinvolgimento di professionisti delle diverse realtà pubbliche e private coinvolte; emanazioni di documenti (linee guida, atti di indirizzo procedure etc); elaborazione e confronto su set d'indicatori con rilevazione annuale (CRA CDA e GRAD); indagine qualità percepita e verifica carta dei servizi utenti e familiari (CRA, CDA, CSRD); percorsi di formazione, workshop specifici, incontri collettivi di aggiornamento; percorsi di Audit su tematiche specifiche (es. la contenzione meccanica nelle CRA, la gestione comportamento problema nella persona con D.I. inserita nei CSRR, l'appropriatezza farmacologica nelle CRA).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Dipartimenti e Unità Operative diverse dell'Azienda USL di Bologna, Enti Locali, CTSS, Enti Gestori pubblici e privati dei servizi accreditati per anziani e disabili.
Referenti dell'intervento	Direzione Attività Socio-Sanitarie Azienda Usl di Bologna: • Monica Minelli 051 6584841 • Rosangela Ciarrocchi 051 6584849

38. Adattamento domestico. Integrazione dei servizi e degli interventi territoriali: gestione del servizio

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	Consolidare, qualificare e sviluppare le attività relative alla consulenza e al supporto alla realizzazione di interventi di adattamento domestico nei Distretti della Città metropolitana attraverso l'attività del CAAD; sviluppare e rafforzare il lavoro di coordinamento, indirizzo e verifica a livello sovradistrettuale.
Descrizione	Il CAAD di Bologna è stato istituito nel 2005 dal Comune di Bologna recependo le indicazioni del percorso delineato dalla Regione Emilia Romagna per la costituzione della Rete dei CAAD regionali. I CAAD sono stati concepiti nell'ambito del "Programma Regionale Casa Amica", con una visione avanzata del tema della domiciliarità, intesa non solo a favorire la permanenza al domicilio della persona disabile o anziana, ma ad incrementare la migliore qualità della vita e della partecipazione sociale.
Destinatari	Il servizio CAAD è rivolto a: - cittadini disabili e anziani e loro famiglie provenienti dall'intero territorio della Città Metropolitana di Bologna; - operatori dei Servizi territoriali rivolti a persone anziane e persone disabili; - funzionari e tecnici dei Comuni impegnati nell'ambito delle Politiche Abitative ed Edilizia; - soggetti del Terzo Settore attivi nell'ambito dei servizi agli anziani e ai disabili; - istituzioni e soggetti pubblici e privati impegnati nell'ambito dell'accessibilità alle strutture e della qualità dell'abitare (progettisti e tecnici in campo edile ed impiantistico, artigiani, scuole, ospedali, uffici pubblici...) e loro organizzazioni di rappresentanza.
Azioni previste	Le azioni previste sono: - gestione delle attività assicurate dallo sportello informativo e di consulenza in modo da garantire l'orientamento ed il supporto al cittadino ed agli operatori dei servizi territoriali sia a livello centralizzato secondo modalità trasversali valide per tutto il territorio provinciale sia in maniera mirata rispetto alle esigenze Distrettuali; - attività di pianificazione e coordinamento/monitoraggio periodico delle attività da parte del Distretto città di Bologna con il coinvolgimento ed in raccordo con l'Ufficio di Supporto; - implementazione del sistema informativo CAAD predisposto dalla Regione e assolvimento degli obblighi informativi di competenza; - attività di informazione e comunicazione sull'Adattamento Domestico svolte non solo a livello centralizzato presso la sede del servizio, ma anche in modo decentrato sui territori; - consolidamento della presenza decentrata del servizio attraverso la presenza per una o due volte al mese dell'équipe multidisciplinare del CAAD per le attività di consulenza, di informazione, di formazione presso la sedi individuate nei vari distretti;

	- progettare e realizzare iniziative di formazione e aggiornamento dirette ai tecnici delle amministrazioni pubbliche impegnati nell'ambito della edilizia, agli artigiani installatori, agli operatori dell'area sociosanitaria, agli operatori degli Sportelli sociali - mappatura e ricomposizione degli interventi che concorrono all'adattamento domestico nei suoi diversi aspetti, anche se erogati e gestiti da enti diversi e sulla base di fonti di finanziamento diverse.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Distretti Azienda USL di BolognaUfficio di supporto CTSS BolognaComuni dell' ambito territoriale metropolitano UDP dei Distretti Attualmente la gestione del servizio CAAD è affidata ad Ausilioteca- AIAS onlus a seguito di un precedente affidamento già scaduto ed attualmente in proroga. E' in corso di avvio la procedura per la riaggiudicazione della gestione per il prossimo triennio, mediante procedura di evidenza Pubblica dei servizi. La procedura coinvolge tutti e tre i servizi che costituiscono la Corte Roncati (Centro Regionale Ausili – CRA- , Centro Ausili Tecnologici - CAT- Centro Adattamento Ambiente Domestico –CAAD)
Referenti dell'intervento	Direttore UASS Distretto di Bologna coadiuvato dal Responsabile USSI Distretto di Bologna Mara Grigoli, 0516597140 mara.grigoli@ausl.bologna.it

39.Coordinamento su accreditamento strutture sociosanitarie per il funzionamento dell'OTAP Organismo tecnico di ambito provinciale

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	Potenziare l'integrazione socio-sanitaria.
Descrizione	Gli Organismi Tecnici di Ambito Provinciale (OTAP) hanno la funzione peculiare di coadiuvare il soggetto istituzionale competente al rilascio dell'accREDITAMENTO, tramite la verifica del possesso dei requisiti di qualità del servizio o struttura richiedente l'accREDITAMENTO.
Destinatari	Enti gestori servizi sociosanitari accREDITATI.
Azioni previste	Nell'ambito delle attività previste dal sistema di accREDITAMENTO delle strutture sociosanitarie, ai sensi della DGR 514/2009 e ss.mm., si intende garantire il coordinamento delle attività afferenti al corretto funzionamento dell'OTAP ed al raccordo tra l'organismo stesso e i SIC (Soggetti Istituzionali Competenti al rilascio dell'accREDITAMENTO) presenti nell'area metropolitana. E' prevista una attività di coordinamento operativo nell'utilizzo degli strumenti e delle procedure e di approfondimento delle normative e degli atti di indirizzo. In tale contesto è importante la strutturazione di una segreteria a supporto organizzativo dell'attività dell'OTAP, quale prosecuzione delle attività precedentemente svolte dalla Provincia e che ad oggi, a seguito del riordino delle competenze della Città Metropolitana e degli enti locali, non trovano collocazione esplicita e afferenza organizzativa. Nel corso del 2018 si prevede di definire la strutturazione di tale funzione di segreteria tecnica, a supporto del responsabile OTAP.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ufficio di Supporto, Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, Soggetti Istituzionali Competenti
Referenti dell'intervento	Patrizia Maurizi – Azienda Usl Bologna
Novità rispetto al 2018	Il progetto, programmato per il 2018, sarà attivato a partire dall'anno corrente 2019.

Totale preventivo 2019: **2.141,73 €**

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **2.141,73 €**

40.Sviluppo della rete dell'offerta a sostegno degli anziani non autosufficienti

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Ufficio di Supporto della CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	Potenziamento della funzione pubblica di governo del sistema dei servizi, finalizzata ad ampliare il ventaglio delle possibilità disponibili per gli anziani non autosufficienti con diverso livello di gravità. Integrazione socio-sanitaria: dalla domiciliarità alle cure intermedie.
Descrizione	Nel 2007 il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ha rappresentato una innovazione storica ed un forte investimento nella strutturazione del sistema dei servizi a sostegno della popolazione anziana (tanto che a livello regionale le risorse erogate su questa area di bisogno sono pari a quelle stanziare a livello nazionale dal Fondo per le Non Autosufficienze). Nel corso degli anni successivi, l'attività si è però limitata a consolidare quanto realizzato, senza allargare lo sguardo ai bisogni emergenti che contraddistinguevano le diverse fasce di età della popolazione anziana. La presenza di posti in strutture residenziali offerti in regime a libero mercato in numero pari a quelli offerti dal sistema pubblico evidenzia un primo aspetto di riflessione; negli ultimi anni si stanno inoltre diffondendo e sviluppando tipologie di offerta che danno risposta a bisogni diversi (compagnia, socializzazione e supporto lieve alle attività quotidiane) da quelli che il sistema dei servizi a favore della non autosufficienza è solito soddisfare con i servizi sviluppati attraverso le risorse del FRNA.
Destinatari	Personale dei soggetti pubblici e privati
Azioni previste	L'attività si concentrerà sulle seguenti aree di intervento: - superare il quadro frammentato attuale attraverso lo sviluppo e il rafforzamento di una funzione pubblica di garanzia e controllo, che ponga vincoli, definisca standard qualitativi e di processo ed agisca per un accesso equo ed appropriato a servizi ed opportunità territoriali; - inserire questa funzione pubblica nella rete di pianificazione territoriale, orientamento e governo di un accesso unico al sistema complessivo dell'offerta pubblico/privata, mettendo in collegamento i Servizi territoriali e creando un ponte stabile tra la valutazione del bisogno e la certificazione delle competenze; - realizzare un servizio pubblico di consulenza e orientamento verso le diverse soluzioni a sostegno della non autosufficienza offerte dal territorio ed acquistabili anche con risorse proprie delle famiglie, quando non sussistano i requisiti di gravità, reti di sostegno, condizione economica che permettano l'attivazione del percorso di presa in carico e di supporto alla non autosufficienza con ingresso nella rete dei servizi pubblici, consentendo ai cittadini di scegliere in modo competente le risorse di welfare a cui rivolgersi, anche oltre il

	perimetro delle prestazioni garantite da Comuni e Aziende sanitarie e, nel contempo, sviluppando interventi di garanzia relativamente alla qualità dei servizi acquistati dai cittadini nel mercato privato; - contribuire a ripensare in maniera più flessibile il sistema di accreditamento regionale, individuando possibili strade per superarne le criticità.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Uffici di Piano, Aziende Usl, soggetti gestori dei servizi a favore di anziani non autosufficienti, Alleanza Cooperative
Referenti dell'intervento	Chris Tomesani – Comune di Bologna; Stefania Baldi, Francesco Bertoni - Città metropolitana

41. Azioni di supporto alla programmazione locale per l'inclusione sociale e il contrasto all'impoverimento

Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Promuovere equità di accesso e delle opportunità del cittadino in tutta l'area metropolitana. Verso un nuovo Welfare metropolitano: dalla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni all'innovazione sociale per il contrasto alle disuguaglianze e all'impoverimento.
Descrizione	Si realizzeranno azioni di approfondimento su alcune tematiche ed argomenti prioritari per la programmazione.
Destinatari	Tecnici e operatori dei servizi.
Azioni previste	Le attività riguardano diversi ambiti di azione, per i quali si ritiene cruciale realizzare approfondimenti che rientrano tra le priorità indicate dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale. In particolare, sull'area delle povertà e dell'impoverimento, in sinergia con i coordinamenti previsti (Rel e RES, LR 14/2015) si prevede di realizzare nel corso del prossimo biennio attività rispetto a due tematiche: - Riconoscimento/mappatura fonti di finanziamento, interventi e beneficiari. Tale attività sarà mirata a mappare "verso quale target povertà" le azioni dei Comuni sono principalmente rivolte, ed impostare in tal modo una azione di ampliamento della platea dei beneficiari omogenea sull'ambito metropolitano. - Indagine su chi accede allo sportello sociale senza ricevere servizi. Tale attività è mirata a mappare il profilo di chi accede allo sportello sociale, in modo da verificarne i bisogni nel dettaglio e poter programmare – se possibile – interventi mirati a soddisfarli. Tale attività potrà essere anticipata, inoltre, da un lavoro con le assistenti sociali, finalizzato a verificare se chi accede allo sportello è già in carico o conosciuto ai servizi. Rispetto all'area minori, è prioritario ripartire con l'elaborazione dei dati sui minori in carico ai servizi sociali, utilizzando a supporto della programmazione i dati inseriti nel sistema informativo Garsia minori. Inoltre, in collaborazione con l'Unione Reno Galliera verrà svolta una indagine rivolta alle famiglie con bambini che non vanno al nido, finalizzata a verificare le motivazioni della cosiddetta "propensione al nido" e della eventuale scelta di non far frequentare ai bambini i servizi socio educativi. Tale indagine potrà essere svolta anche in altri territori che potranno candidarsi per l'estensione. Rispetto all'area disabili, è prioritario condurre un'azione di ricomposizione della filiera dei servizi rivolti a tale area di bisogno. La ricomposizione avverrà sia con riferimento agli utenti assistiti attraverso le diverse tipologie di servizi, sia rispetto alle diverse, molteplici e frammentate, fonti di finanziamento esistenti. L'obiettivo di tale ricomposizione è di ricostruire il percorso di continuità assistenziale della persona con disabilità, in modo tale da poter fornire opportunità omogenee rispetto ai percorsi di vita.

	Si valuterà la possibilità di realizzare una mappatura/indagine sul terzo settore, in modo da aggiornare la conoscenza sulle realtà esistenti ed operative nei vari territori. Si realizzerà inoltre una azione di accompagnamento all'applicazione e realizzazione dei Piani di Zona; valutazione dei Piani di Zona attraverso l'adeguamento e l'utilizzo del "Modello di valutazione" realizzato nel 2011. Si potranno inoltre realizzare approfondimenti specifici sulla tematica dell'immigrazione, sulla base delle esigenze riportate dai territori in fase di programmazione delle attività. Si verificherà la possibilità di stabilire un raccordo operativo con l'Azienda Usl per lo svolgimento di approfondimenti ad hoc sulle tematiche della salute, avviando attività specifiche.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Uffici di Piano, Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, Università.
Referenti dell'intervento	Struttura Tecnica Metropolitana: Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Bianca Veronica Di Nuzzo

42.Misure a contrasto della povertà – sostegno all’inclusione attiva e reddito di solidarietà (SIA/REI-RES) e Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili – LR 14/2015

Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Unione, Comune San Lazzaro di Savena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	La congiuntura economica del 2008 ha ulteriormente stressato il sistema dei servizi, costretto ulteriormente a definire e realizzare risposte integrate sia in termini di contributi economici, che di interventi personalizzati rivolti alla formazione e alla ricerca del lavoro.
Descrizione	A livello nazionale è stato dato avvio alla sperimentazione del SIA – Sostegno per l’Inclusione Attiva, quale misura nazionale di contrasto alla povertà, in attesa di una sua conversione in REI, integrato da eventuale misura regionale, il RES, Reddito di Solidarietà. Entrambi gli strumenti individuati, SIA/REI e RES, acquisiscono efficacia grazie all’integrazione di interventi personalizzati funzionali per l’avvicinamento al lavoro, come da LR 14/2015.
Destinatari	Cittadini con condizioni previste dalle leggi statali (L. 33/2017) e regionali (L. LR 14/2015)
Azioni previste	Attuazione congiunta delle misure di SIA/REI, RES e L.R. 14/2015 Partecipazione al bando PON: • Rafforzamento del servizio sociale professionale distrettuale Qualificazione dei servizi: • Costituzione di 2 équipes in Area Minori e Area Adulti, e specificamente per entrambe la presenza di un operatore distrettuale del Centro per l’Impiego, mentre nell’Area Adulti presenza di un’équipe integrata in attuazione della legge 14 dal Sert, CSM, USSI Disabili. Inoltre il distretto ha attivato, in attuazione della legge 14, una collaborazione stabile con la cooperativa incaricata di dare attuazione alle azioni previste dal PIT. Il distretto, a seguito costituzione del Tavolo di confronto tra ente pubblico e territorio in fase di programmazione del Piano di zona, prevede la prosecuzione del lavoro dello stesso rafforzando la collaborazione tra i soggetti partecipanti. Questa continuità permetterà al distretto di effettuare una mappatura sia degli enti del terzo settore/privati sia di tutti quei servizi sviluppati dagli stessi in risposta ai bisogni emergenti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, sanitarie, del lavoro, educative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	EE.LL., Asl, Terzo settore, comunità
Referenti dell'intervento	Assistenti sociali Area Adulti e Minori e Responsabili dei servizi

Totale preventivo 2019: **2.345.584,69 €**

Risorse dei comuni

- Unione di comuni (SAVENA-IDICE): **276.805,00 €**

- SAN LAZZARO DI SAVENA: **659.999,19 €**

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **38.000,00 €**

- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **76.000,00 €**

- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **295.255,00 €**

- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **29.525,50 €**

- FRNA: **90.000,00 €**

- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **880.000,00 €**

43.Coordinamento rete metropolitana empori solidali per il contrasto alla povertà e all' impoverimento

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Centro Servizi per il Volontariato della Città metropolitana di Bologna e Città metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	Contrastare l'impoverimento, sostenere e promuovere l'inclusione sociale delle persone a rischio di fragilità e di povertà estrema
Descrizione	A livello metropolitano, Città metropolitana, CTSSM e Terzo settore hanno siglato il 19 Dicembre 2017 il Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali; tale patto ha, come primo punto di attenzione, il contrasto delle nuove povertà. All'interno del Patto metropolitano per il contrasto alle fragilità sociali sono stati condivisi alcuni ambiti prioritari di azione: nuove povertà, persone anziane, persone con disabilità, minori e giovani in condizione di disagio, donne che hanno subito violenza, cittadini immigrati, soggetti in esecuzione penale. Per la piena e concreta realizzazione delle azioni previste, si sono costituiti, e si costituiranno, per le singole aree di intervento, tavoli tematici composti da rappresentanti del Terzo settore e della pubblica amministrazione Il tavolo rete metropolitana empori solidali per il contrasto alla povertà ed impoverimento è uno dei tavoli già costituiti a Gennaio 2018, a seguito della firma del Patto. Le attività vengono realizzate in raccordo con i coordinamenti esistenti in ambito metropolitano. Attraverso il coordinamento con l'Ufficio di Supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna si realizza la sinergia con gli Uffici di Piano e la diffusione delle iniziative.
Destinatari	• Enti locali • Associazioni • Cittadini e Volontari • Scuole
Azioni previste	• Attivazione di un gruppo whatsapp sulle eccedenze in modo che tutti sappiano dove sono le eccedenze e ci si possa organizzare per andarle a recuperare e per condividere mezzi di trasporto • Realizzazione di una piattaforma online (http://volabo.spaziofad.org/ Le vie metropolitane degli empori) suddivisa in 3 aree: documentazione, verbali e forum. L'area forum è suddivisa a sua volta in: 1) raccolta cibo (per strutturare i punti di raccolta dal punto di vista metropolitano; mettere in condivisione il calendario delle raccolte; sapere preventivamente se ci sono volontari in esubero in modo da chiedere la loro disponibilità per coprire punti di raccolta eventualmente scoperti), 2) gruppo wapp; 3) giornata del 17 Ottobre 2018, festival empori solidali; 4) Legge Gadda; 5) parlando di aziende inclusive (In merito al rapporto con le Aziende, è emersa nel tavolo rete metropolitana empori solidali la possibilità di valutare

	forme di ritorno per le Aziende che collaborano con gli empori per quanto riguarda le eccedenze in un'ottica di responsabilità sociale di impresa e di territorio. Una forma di ritorno potrebbe essere l'iscrizione all'Albo delle Aziende Inclusive e il rilascio del logo); 6) come si può presentare all'esterno il tavolo rete metropolitano empori solidali? • Realizzazione e costruzione di materiale promozionale che racconti: 1) che cos'è il tavolo rete metropolitana empori solidali; 2) che cosa fa: linee di azioni (10 punti, per esempio). Questo permetterebbe al tavolo di darsi visibilità, avere una cassa di risonanza che possa generare un ritorno dal punto di vista del marketing e proporsi in modo più strutturato anche nei confronti delle aziende (che per esempio potrebbero aderire totalmente ai punti o sceglierne solo alcuni). • Organizzazione di una campagna di comunicazione a livello metropolitano per: 1) diffusione di informazione rispetto agli empori (cosa sono, cosa fanno, come funzionano) per dare visibilità ed avere una cassa di risonanza che possa generare un ritorno dal punto di vista del marketing; 2) sensibilizzazione dei cittadini perché diventino volontari (call di volontari) • Approfondimento per quanto riguarda la scuola e l'alternanza scuola/lavoro per la costruzione di un progetto specifico nell'ottica di coinvolgere le scuole, in una progettualità coordinata e concordata, nella trasformazione delle eccedenze. Alcuni istituti scolastici (alberghiero o agrario) hanno dei laboratori di trasformazione all'interno della scuola. Sarà verificata la possibilità di una collaborazione per capire se vi è l'interesse a condurre una sperimentazione per la trasformazione delle eccedenze in prodotti alimentari che poi possono tornare negli scaffali degli empori con il marchio "emporio". Questa azione permetterebbe il coinvolgimento di più mondi (sociale, scolastico) e avrebbe un risvolto pedagogico/educativo per i ragazzi coinvolti • Coinvolgimento Azienda Asl, Servizio Igiene Pubblica (dssa Guberti) per la realizzazione di una formazione ad hoc su tematiche quali modalità di trasformazione delle eccedenze, durata e scadenza dei prodotti (legge Gadda) • Organizzazione della giornata empori solidali (17 Ottobre 2018)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi e politiche di contrasto all'impoverimento
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	• Città Metropolitana Area Sviluppo Sociale • VOLABO Centro Servizi per il Volontariato della città metropolitana • Istituzione Minguzzi • Associazioni e rappresentanti degli empori (Beverara 129 Bologna, Coordinamento Volontariato Lame, Emporio Reno Lavino Samoggia, Emporio il Granaio Minerbio, Pane e solidarietà, Associazione No Sprechi Imola, Empori Solidali Emilia Romagna) • Rappresentanti EELL (Comune Bologna Case Zanardi, Comune San Lazzaro, Comune Casalecchio, Comune Minerbio)
Referenti dell'intervento	Cinzia Migani, Volabo Centro Servizi per il Volontariato della Città metropolitana di Bologna Serena Cavallini, Città metropolitana di Bologna

44. Equità nell'erogazione delle prestazioni e allargamento delle opportunità

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	Contrastare l'impoverimento, sostenere e promuovere l'inclusione sociale delle persone a rischio di fragilità e di povertà estrema.
Descrizione	Azione di coordinamento rispetto alle misure nazionali e regionali recentemente introdotte, dal lato della programmazione e della gestione delle misure medesime. Raccordo con gli Uffici regionali, con gli Uffici di Piano e con i referenti degli sportelli sociali.
Destinatari	Tecnici e operatori dei servizi.
Azioni previste	Il D. Lgs 147/2017, realizzando il Rel (Reddito di Inclusione), ha istituito il primo livello essenziale delle prestazioni, finalizzato al contrasto alla povertà. Parallelamente, la Regione Emilia Romagna ha istituito il RES (Reddito di Solidarietà), che si affianca al Rel. E' stato pertanto istituito un coordinamento di ambito metropolitano, per governare l'implementazione territoriale delle misure nazionali e regionali. Il coordinamento prevede la realizzazione di azioni mirate a conseguire omogeneità nell'utilizzo delle risorse; in prospettiva potrà individuare utilizzi innovativi e sperimentali delle risorse disponibili, per realizzare un allargamento omogeneo sul territorio metropolitano dei servizi a contrasto della povertà. Il coordinamento agisce sia in merito alla programmazione delle risorse sia in merito alla gestione delle misure, interagendo con il livello di accesso ai servizi per promuovere la maggiore diffusione possibile delle opportunità esistenti. Il coordinamento si raccorda con le altre azioni esistenti in ambito metropolitano: con il coordinamento delle azioni previste dalla Legge Regionale n.14/2015 e con le azioni a contrasto della povertà e del disagio sociale realizzate (empori solidali, Responsabilità sociale di Impresa, ...). Il coordinamento inoltre si raccorda con la tecnostruttura regionale, sia al livello della programmazione degli interventi che al livello di gestione dei medesimi.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Responsabili di servizio area povertà, Uffici di Piano
Referenti dell'intervento	Francesco Bertoni, Maria Chiara Patuelli, Silvia Cestarollo, Alessandra Apollonio, Bianca Veronica Di Nuzzo.

45.Sviluppo Trasporto Pubblico Locale – Fondo Sociale Mobilità

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	Contrastare l'impoverimento, sostenere e promuovere l'inclusione sociale delle persone a rischio di fragilità e di povertà estrema
Descrizione	La Regione Emilia-Romagna, con DGR 1982/2015, nell'ambito della Programmazione sociale, a partire dal 2016 ha deciso di adottare nuovi criteri per l'accesso ai titoli di viaggio "MI MUOVO INSIEME", in modo da includere nuove categorie sociali beneficiarie di abbonamenti a tariffa agevolata per il trasporto pubblico locale. Inoltre, con la stessa DGR ha istituito un fondo vincolato da destinare agli Enti capofila per l'erogazione di ulteriori contributi destinati ai beneficiari dei titoli di viaggio del trasporto pubblico locale in situazione di particolare difficoltà. L'innovazione introdotta ha riguardato anche gli enti beneficiari delle risorse: una quota (pari al 30% su base regionale) è stata destinata agli ambiti distrettuali, ossia, per la nostra CTSS, tutti fuorché l'ambito del Comune di Bologna (vedi tabella con riparto regionale 2017). Azione di coordinamento rispetto al Trasporto Pubblico Locale. E' stato pertanto realizzato un coordinamento che portasse alla definizione di un accordo sovra distrettuale per l'utilizzo delle risorse con criteri omogenei.
Destinatari	
Azioni previste	Nel corso del mese di Aprile 2018 è stato approvato l'accordo sovra distrettuale per il Trasporto Pubblico Locale. Si tratta di un accordo che comprende cinque dei sette territori dell'ambito metropolitano bolognese. Le azioni previste sono le seguenti: - Monitoraggio periodico sull'utilizzo delle risorse e sui beneficiari del servizio; - Estensione dell'accordo alla totalità dei territori dell'ambito metropolitano; - Verifica del possibile ampliamento al trasporto ferroviario, attraverso tavoli di lavoro con i gestori del trasporto; - Verifica del possibile allargamento ad ulteriori categorie di beneficiari, anche attraverso l'ampliamento delle fonti di finanziamento disponibili. Verrà realizzato un confronto periodico con le OO.SS. in sede di monitoraggio dell'accordo sottoscritto.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche per la mobilità
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Gestori Trasporto Pubblico Locale, OO.SS., Uffici di Piano
Referenti dell'intervento	Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Stefania Baldi

Totale preventivo 2019: **21.135,00 €**

Risorse dei comuni

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **10.000,00 €**
- Mobilità soggetti fragili: **11.135,00 €**

46.Promuovere il lavoro per l'inclusione (LR 14 /2015, Insieme per il lavoro).

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Città metropolitana, Comune di Bologna, Unione RenoGalliera
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, parag 3.1 Contrastare l'impoverimento e promuovere l'inclusione sociale. L'integrazione e omogeneità delle misure contrasto della povertà-Azioni innovative per il contrasto all'impoverimento.
Descrizione	Coordinamento metropolitano di tutti i referenti distrettuali per l'attuazione L.14/2015 e la integrazione con il progetto "Insieme per il lavoro".
Destinatari	Operatori e referenti di tutti i 7 Distretti dei Servizi Sociali e Sanitari.
Azioni previste	Il coordinamento è finalizzato ad attivare il confronto tra Distretti e Aziende Sanitarie per integrare e armonizzare le azioni di ciascuno nell'ambito delle procedure e risorse previste dalla Legge Regionale 14/2015, promuovere e facilitare la integrazione con i Centri per l'impiego e la relazione con gli Enti Gestori, monitorare l'andamento della legge a livello metropolitano. Opera inoltre come punto di riferimento di area sociale per il Progetto Insieme per il lavoro, collaborando alla individuazione di procedure e strumenti che ne facilitino la integrazione con le specificità distrettuali e con le opportunità previste dalla Legge 14/2015.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le attività del coordinamento sono molto integrate con i servizi per le politiche attive del lavoro – Centri per l'impiego – Agenzia Regionale Lavoro, ed Enti di Formazione accreditati. Per il progetto Insieme per il lavoro si opera in integrazione con i promotori del progetto stesso (Città metropolitana, Comune di Bologna, Curia). Le attività sono inoltre integrate con i coordinamenti relativi agli strumenti (RES, Rel) a contrasto della povertà e con l'Albo delle imprese inclusive della Città Metropolitana.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari, e degli Enti locali, Centri per l'Impiego, Enti di formazione gestori delle attività,
Referenti dell'intervento	Tiziana Di Celmo, Città metropolitana – Struttura Tecnica Metropolitana Emma Collina – Comune di Bologna Maria Chiara Patuelli – Unione Reno Galliera

47. 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	Altro
Specifico soggetto capofila	Comune di San Lazzaro di Savena- Unione Savena Idice
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	L'emergenza abitativa rappresenta una criticità estremamente rilevante nell'area metropolitana. Già dal 2009 si registrava un aumento delle percentuali di sfratti legati principalmente a morosità da parte degli affittuari. Si tratta di quella fascia di popolazione vulnerabile, in cui la fragilità è connessa: • a condizioni di lavoro precario, se non addirittura alla perdita dello stesso; • all'aumento del mercato degli affitti, causato dall'incrocio tra una domanda in aumento (da parte di coloro che non riescono ad accedere ai servizi di alloggio pubblico) e un'offerta di alloggi non all'altezza, in cui sfitto pubblico/privato assumono numeri tali da richiamare una riflessione da parte di tutti gli enti, direttamente o indirettamente coinvolti nella filiera abitativa.
Descrizione	Il distretto prosegue il consolidamento e il rafforzamento del sistema di alloggi pubblico. Inoltre, consapevole della necessità di nuove sperimentazioni in ambito abitativo, prevede per il futuro il mantenimento di un dialogo con il Terzo settore/profit locale, questi ultimi antenne territoriali, sensibili ai rapidi e impercettibili bisogni in evoluzione, attori propositivi sia in merito a soluzioni innovative sia per l'apertura di un campo di riflessione su tematiche emergenti. Il lavoro di comunità, infatti, rappresenta premessa fondamentale per la ricomposizione, o meglio rigenerazione, di un contesto sociale filtrato dai pregiudizi e dallo stigma rivolto al "diverso", aperto alla cura e alla responsabilità dei suoi membri, capace di stimolare scambi e nuove reti solidali, attivando risorse e sinergie.
Destinatari	Nuclei e adulti in condizione di estremo disagio abitativo o in condizione di vulnerabilità
Azioni previste	Qualificazione dei servizi: • Rafforzamento delle Commissioni Pronta Emergenza Abitativa (PEA) sull'intero distretto • Commissione Casa Unica di accesso all'ERP per l'Unione • Unico regolamento di accesso all'ERP per l'Unione • Indizione di un bando per accesso ERP a seguito di approvazione del Nuovo regolamento Il distretto, a seguito costituzione del Tavolo di confronto tra ente pubblico e territorio in fase di programmazione del Piano di zona, prevede la prosecuzione del lavoro dello stesso rafforzando la collaborazione tra i soggetti partecipanti. Questa continuità permetterà al distretto di effettuare una mappatura sia degli enti del terzo settore/privati sia di tutti quei servizi sviluppati dagli stessi in risposta ai bisogni emergenti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, abitative

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	EE.LL., Asl, Terzo settore
Referenti dell'intervento	Assistenti sociali e responsabili dei Servizi Sociale Unione e San Lazzaro di Savena

48. Contrasto alla violenza di genere

Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Unione, Comune San Lazzaro di Savena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	Nonostante il sistema di prevenzione e protezione attivato, che vede coinvolti numerosi soggetti pubblici e privati in un'ottica di sussidiarietà e collaborazione (Enti locali, AUSL, Centri antiviolenza, Forze dell'Ordine, Servizi di area giuridica, servizi scolastici ecc.) il fenomeno della violenza contro le donne è oggi molto rilevante anche nella nostra regione. La situazione delle donne che subiscono violenza è stata inoltre influenzata dalla crisi economica che ha interessato il nostro paese dal 2008 e che ha reso i percorsi di uscita dalla violenza e della ricerca dell'autonomia più complessi. La crisi ha provocato un generale aggravamento delle condizioni materiali e di vita delle donne: quelle che si rivolgono ai centri sono per lo più donne che appartengono a ceti sociali medio/bassi, e che in numero consistente rilevano l'impossibilità di trovare lavoro e autonomia abitativa. È quindi opportuno sostenere le donne nel percorso di uscita dalla violenza con azioni che tengano conto di questi presupposti e delle difficoltà crescenti.
Descrizione	A livello locale, il processo di implementazione delle Linee guida regionali in materia di contrasto alla violenza di genere si è sostanziato nell'attivazione di un Tavolo di coordinamento politico delle assessorie alle Pari Opportunità, supportato dall'ufficio di Piano, che costituisce anche il raccordo con la Città Metropolitana. Dal 2016 in collaborazione con UDI, il Tavolo ha attivato uno sportello distrettuale (precedentemente comunale) di prima consulenza legale per le donne che subiscono violenza. Tra il 2016 e il 2017, in collaborazione con Casa delle Donne per non subire violenza, il Tavolo ha lavorato alla costruzione di reti interistituzionali e territoriali, attraverso un processo di Team Building che ha visto la realizzazione di una formazione specifica per gli operatori dei servizi pubblici (sportelli sociali, servizi sociali territoriali, PM, Forze dell'Ordine) e la restituzione della formazione in incontri rivolti ai corpi intermedi del territorio (APS, ODV, Cooperative, Scuole, Centri di ascolto), allo scopo di sensibilizzare le antenne della comunità nei confronti delle molteplici manifestazioni della violenza sulle donne. Inoltre, già da diversi anni, ciascun Comune del Distretto, ha contribuito con quota parte al sostentamento del Centro Antiviolenza gestito da Casa delle Donne per non subire violenza, in attuazione anche dell'Accordo di ambito metropolitano per la realizzazione di attività e di interventi di accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza.
Destinatari	Donne vittime di violenza (maltrattamenti)
Azioni previste	Le azioni prevedono: • rinnovo biennale (2018-2019) della Convenzione con UDI per lo sportello distrettuale di prima consulenza legale e ampliamento della collaborazione ad attività informative e formative;

	• gestione distrettuale delle attività e delle risorse previste dall'Accordo di ambito metropolitano (quota di partecipazione al sostentamento del Centro Antiviolenza erogata a livello distrettuale dal budget del Fondo Sociale Locale) • adesione di tutti i Comuni del Distretto/Unione al Protocollo di Intesa con la Regione Emilia Romagna in attuazione della Legge Quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere (L.R. 27 giugno 2014, n.6) • prosecuzione dell'attività distrettuale di costruzione e consolidamento delle reti interistituzionali a contrasto della violenza di genere (team building) (riferimento scheda 14) Il distretto, a seguito costituzione del Tavolo di confronto tra ente pubblico e territorio in fase di programmazione del Piano di zona, prevede la prosecuzione del lavoro dello stesso rafforzando la collaborazione tra i soggetti partecipanti. Questa continuità permetterà al distretto di effettuare una mappatura sia degli enti del terzo settore/privati sia di tutti quei servizi sviluppati dagli stessi in risposta ai bisogni emergenti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, educative, formative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	EE.LL., AUSL, Terzo settore
Referenti dell'intervento	Ufficio di Piano, Rachele Caputo (Unione Savena Idice) e Marinella Passarella (AUSL)
Novità rispetto al 2018	Precisazioni sugli indicatori locali: N. operatori pubblici coinvolti: il mancato raggiungimento dell'obiettivo atteso per il 2018 è dovuto al fatto che sono stati realizzati corsi di secondo livello e che diversi operatori che avevano fatto il primo livello attualmente non sono più dipendenti dei Comuni del Distretto, quindi non hanno partecipato.
Risorse non finanziarie	

Intervento annullato: **No**

Totale preventivo 2019: **7.494,00 €**

Risorse dei comuni

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **7.494,00 €**

49.Coordinamento per le pari opportunità ed il sostegno alle donne vittime di violenza di genere

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

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

25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Città metropolitana/CTSSM
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Promuovere le pari opportunità, contrastare le discriminazioni e valorizzare le capacità nelle differenze
Descrizione	Il Coordinamento metropolitano è composto dai referenti alle pari opportunità, dei servizi sociali e sanitari, delle associazioni che si occupano di contrasto alla violenza, di educazione al genere e di promozione delle pari opportunità.
Destinatari	La attività del coordinamento hanno ricadute su donne vittime di violenza e minori coinvolti, operatori dei servizi socio-sanitari, prefettura, magistratura, FFOO, referenti centri antiviolenza, referenti delle associazioni.
Azioni previste	• Monitoraggio e rafforzamento dell'Accordo metropolitano per la realizzazione di attività ed interventi di ospitalità e accoglienza, ascolto ed ospitalità per donne che hanno subito violenza (Casa delle Donne, Trama di terre, UDI, Sos Donna, Mondo Donna con lo sportello CHIAMA chiAMA, PerLeDonne). L'Accordo ha definito il sistema di accoglienza ed ospitalità per donne che hanno subito violenza, individuando tre livelli di ospitalità in ambito metropolitano, in collaborazione con le associazioni. • attuazione del Protocollo di intesa per il miglioramento della protezione delle donne che hanno subito violenza nell'ambito di relazioni di intimità, di durata triennale, promosso dal Comune di Bologna e siglato il 25 novembre 2017 dalla Città metropolitana, che si è impegnata a collaborare con gli altri soggetti coinvolti (Prefettura insieme alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bologna e presso il Tribunale dei minori, la Questura di Bologna, il Comando provinciale dei Carabinieri di Bologna, l'ASP Città di Bologna, l'Azienda USL di Bologna, Casa delle donne, Udi, Mondo donna ed SOS Donna), nella costruzione di procedure e nel garantire la massima sinergia per il potenziamento del lavoro di rete a livello metropolitano. • potenziamento della rete e della collaborazione tra le istituzioni e le associazioni per promuovere azioni di prevenzione, comunicazione e formazione, rivolte al mondo della scuola e alla cittadinanza in generale e azioni di sostegno ed accompagnamento rivolte alle donne vittime di violenza. • coordinamento e realizzazione di azioni promosse all'interno dei progetti presentati nell'ambito di bandi regionali, volte a sostenere le donne vittime di violenza nell'avvio dell'autonomia abitativa e nel potenziamento della rete esistente tra i soggetti pubblici e le associazioni che si occupano delle tematiche delle pari opportunità e del contrasto alla violenza.

	• sviluppo di azioni innovative volte al coinvolgimento delle Aziende del territorio "gender sensitive" in politiche di conciliazione per uomini e donne e di sviluppo quali-quantitativo del lavoro femminile. • attenzione alla salute in un'ottica di genere • raccordo delle azioni promosse nei confronti degli uomini maltrattanti.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Città metropolitana di Bologna, Comuni, Ausl di Bologna e Imola, Asp Circondario Imolese, Asc Insieme, Asp Seneca, Az. Ospedaliera S. Orsola Malpighi, terzo settore, scuole, FFOO.
Referenti dell'intervento	Laura Venturi , Claudia Ceccarelli , Stefania Baldi

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

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

Razionale	La Regione Emilia-Romagna nel definire le azioni del Piano Sociale e Sanitario ha identificato questo tema ponendo l'attenzione soprattutto sull'analfabetismo funzionale degli Italiani e quindi sulla difficoltà a comprendere i messaggi scritti e verbali che ricevono. L'ambito sanitario somma a questa difficoltà di base del cittadino anche l'utilizzo di un lessico medico o comunque tecnico ostico soprattutto quando è affiancato a uno stato emozionale provocato dalla malattia. Queste diverse componenti compromettono la capacità degli utenti nel recepimento e decodifica dei messaggi inviati dagli operatori. Si potrebbe quindi scomporre il tema dell'health literacy in 3 forme di intervento: 1) il miglioramento della comunicazione con i cittadini, 2) la formazione degli operatori all'uso di termini semplici e vicini alla quotidianità, 3) la revisione dei moduli utilizzati e della cartellonistica informativa tramite un percorso partecipato. Nell'affrontare questo tema si intende agire con il supporto e la collaborazione di tre settori: la comunicazione aziendale, la formazione degli operatori e la collaborazione del Terzo Settore. Data la vastità dell'argomento si ritiene importante agire per step successivi partendo dalla valutazione e dal successivo consolidamento di quanto già intrapreso sul piano comunicativo e formativo, individuando ambiti prioritari per caratteristiche, necessità e sensibilità. E' comunque intenzione del gruppo agire con un processo partecipato che coinvolga cittadini singoli e le loro forme organizzate e riconosciute (Comitati Consultivi Misti, Associazioni di patologia, comitati, caregiver). Affrontare il tema della comunicazione asimmetrica e della corretta comprensione dei messaggi trasmessi è alla base di molti problemi oggi importanti in sanità come l'adesione alle terapie, l'accesso ai servizi, i reclami, le intossicazioni e le reazioni avverse da farmaci, la possibilità di empowerment dei cittadini. In definitiva il lavoro può portare al migliore utilizzo delle risorse e la diminuzione dei rischi perché l'health literacy è una componente del complesso processo di Engagement, termine con il quale i Paesi anglosassoni definiscono la capacità di un prodotto/servizio di creare relazione stabili e durature con i propri utilizzatori (letteralmente: coinvolgimento) Lo spot con cui si definiscono gli obiettivi dell'Health Literacy è apparentemente semplice: ASK me 3 – sollecitazione con la quale i pazienti dovrebbero rivolgere 3 domande al personale sanitario al fine di comprendere bene il messaggio che ricevono: 1- Qual è il mio problema principale? 2) Che cosa devo fare? 3) Perché è importante che lo faccia? Si tratta quindi di individuare pochi elementi con i quali verificare l'effettiva comprensione del messaggio scritto e parlato da parte del paziente nei punti chiave del rapporto di cura. Per questo si ritiene indispensabile a questo percorso di miglioramento della comunicazione operatore sanitario-cittadino, la presenza dei rappresentanti dei cittadini.
------------------	---

Descrizione	Per prima cosa, partendo dall'analisi degli elogi e dei reclami condotta con i CCM si intende individuare l'eccellenza e la criticità della comunicazione fra Operatori sanitari e cittadini utenti di questa Azienda. Vista la complessità del territorio aziendale si intende procedere per sperimentazioni, individuando obiettivi annuali di diffusione ed implementazione delle azioni per sede di intervento (ospedale verso territorio) e per territorio (distretto verso comune). La comunicazione fra sanitari e cittadini è comunque spesso inquinata da informazioni imprecise derivate da fonti poco accreditate e poco attendibili per questo è importante avviare un processo aziendale di comunicazione trasparente verso gli utenti e di formazione degli operatori.
Destinatari	Cittadini in assistenza domiciliare e loro familiari caregiver pazienti operatori SSR Associazioni
Azioni previste	Composizione e nomina del gruppo di lavoro aziendale "Capirsi fa bene alla salute", multi professionale e rappresentativo di diversi setting di lavoro (ospedale, casa della salute, distretti, ...). Analisi delle principali tematiche di reclamo ed elogio pervenuto all'URP dei Distretti, rendendo anonime le segnalazioni. Dal lavoro precedente: individuazione di 2-3 discipline con priorità d'intervento. Individuazione e analisi di un campione di lettere di dimissione e referti di visite ambulatoriali specialistiche delle discipline selezionate che saranno analizzate rendendo anonimo sia l'assistito sia l'operatore, coinvolgendo nell'analisi gruppi di cittadini portatori di interesse specifico. Individuazione di "parole/espressioni/acronimi di difficile interpretazione" e restituzione dell'analisi agli operatori delle discipline coinvolte con percorso formativo professionalizzante. Avvio di un processo di rilettura e revisione dei moduli di consenso informato in uso procedendo ad eventuale modifica/adattamento. Studio di un mezzo di comunicazione efficace per condividere con i cittadini: lessico, informazioni, percorsi sanitari e sociosanitari e favorirne il coinvolgimento. Definizione di uno spazio dedicato all'HL nel sito aziendale.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Piano Regionale Prevenzione obiettivo 4.2 interventi situati per il sostegno dei caregiver
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comitati Consultivi Misti e Associazioni di Pazienti e famigliari aggregati per patologia Distretti di Committenza e Garanzia Uffici di Piano e Comitati di Distretto In fasi successive di ritiene di coinvolgere i seguenti dipartimenti: Oncologico, Medico, Servizi, Cure Primarie (CdS).
Referenti dell'intervento	Referente Promozione della salute Relazioni con associazionismo Sostegno alla fragilità
Novità rispetto al 2018	Nel 2018 è stata identificata la referente aziendale per il livello regionale che ha partecipato agli incontri e ai momenti formativi regionali. Dal 2017 era attivo un gruppo di lavoro composto da professionisti sanitari, sociali, da rappresentanti dell'associazionismo e dell'ASP di Bologna che aveva l'obiettivo di produrre un documento di scrittura collettiva che riportasse storie di assistenza, esperienze lavorative, lessico e glossari propri di assistenti, assistiti e caregiver. Tale documento, organizzato in forma di manuale di pratica professionale è stato pubblicato in novembre 2018 col titolo: "Storie, parole, esperienze per condividere la cura delle persone fragili (ed. Maggioli). Nel novembre 2018 è stata condotta un'iniziativa accreditata ECM ed ECS con la presentazione del libro a professionisti e associazioni di volontariato per avviare le riflessioni aziendali sull'alfabetizzazione in sanità. All'iniziativa hanno partecipato 100 persone di cui 62 hanno richiesto i crediti formativi. Da questa esperienza è derivata la costituzione di un nuovo Gruppo di Lavoro che si è dato il compito di identificare la terminologia usata in referti,

	ricette, lettere di dimissione per la definizione di un glossario che riporti sigle, acronimi, abbreviazioni, termini inglesi, termini tecnici al fine di rendere più comprensibile il contenuto di tali documenti. Per questo sono stati coinvolti i Comitati consultivi misti, l'UO Comunicazione esterna, l'UO Governo Clinico e l'UO Qualità e Accreditamento. Nel corso di un mese sono stati raccolti circa 200 lemmi, che sono stati raccolti in ordine alfabetico in un glossario. Le decodifiche, le traduzioni, i significati sono stati attribuiti dagli operatori del Distretto di Bologna sulla base di leggi, documenti, definizioni reperite su siti accreditati ministeriali, nazionali o internazionali. Sulla base di questo glossario il gruppo ritiene di poter procedere in modi diversi: • Definire uno spazio nel sito Intranet dell'Azienda e pubblicare il glossario una volta validato nelle definizioni da personale competente per argomento (dipartimenti sanitari) • Mantenere vivo l'interesse sull'importanza della semplificazione del lessico introducendo una parola al mese e dando all'operazione visibilità nel sito aziendale • Incontrare i responsabili di dipartimento, presentare il lavoro chiedere loro di individuare un numero minimo di termini, una decina, che utilizzano con frequenza nei documenti, al fine di poterli decodificare o suggerire loro una sostituzione • Avviare un percorso formativo interno all'Azienda sulla comunicazione simmetrica partendo dalle parole utilizzate. Le prime reazioni degli operatori al glossario sono molto positive. Lo strumento, molto semplice, sta suscitando interesse non tanto per il risultato a cui si arriverà ma soprattutto per il percorso di confronto che ha stimolato e per l'impatto che provoca sul personale sanitario che è costretto a confrontarsi con abitudini consolidate e forme imprecise idi comunicazione (abbreviazioni, acronimi ecc.) dettate dalla fretta e da pratiche inconsapevoli ma ripetute e acquisite. Il valore del glossario sembra apparire quello di un oggetto attorno al quale sia possibile creare una comunità di mutuo interesse con un nuovo tipo di orizzonte relazionale, basato sulla condivisione di responsabilità e sulla cura reciproca. Sembra trattarsi di uno strumento per produrre valore condiviso legato alla contribuzione e a una distribuzione del sapere meno iniqua e asimmetrica.
--	---

51.Rete dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto Area Metropolitana AUSL d Bologna

Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

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

Razionale	L'Azienda USL di Bologna ha cominciato a promuovere l'esperienza dell'Auto Mutuo Aiuto già dal 2003. Il progetto "Rete dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, Area Metropolitana" AUSL di Bologna, in particolare, funge da rete di conoscenza tra i vari gruppi, stimola la creazione di nuovi, fornisce, se necessario, un apporto logistico e cura momenti formativi gratuiti e di promozione quali: • eventi di formazione per sensibilizzazione e promozione alla cultura della mutualità e alla metodologia dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto per operatori e cittadini interessati; • incontri di Promozione della Salute con Scuole Secondarie di secondo grado Area metropolitana di Bologna; incontri pubblici a richiesta della committenza (associazioni, popolazione generale, Comuni); • incontri con studenti universitari corso di laurea in Medicina e Chirurgia, Scuola di Specialità in Psichiatria; corso di laurea per operatori sociali, corso di laurea in infermieristica; • contatti con MMG e farmacie. Il diffondersi di queste esperienze porta a una ripresa della speranza. Porta soprattutto a un importante cambiamento culturale, spostando il baricentro dell'attenzione dalla "malattia" o dal disagio, alla valorizzazione della persona sofferente capace di progetti e di iniziative. Alla luce dell'esperienza maturata in questi anni, si può affermare che il diffondersi della cultura della mutualità porta un miglioramento della qualità di vita e delle relazioni interpersonali per gli interessati e i propri familiari e a un riscontro positivo per il contesto sociale circostante. Il tema è rilevante, poiché la cultura e la pratica della mutualità stanno diventando sempre più una risorsa importante e innovativa nell'ambito della promozione della salute. Nel campo dei servizi alla persona e nelle situazioni di disagio protratto nel tempo, la cultura e la pratica della mutualità costituiscono un terreno ideale di incontro e di crescita comune per utenti, familiari, cittadini e operatori. E' importante sottolineare come le persone facenti parte dei gruppi siano in grado di fornire la propria esperienza alla comunità e di come siano diventate delle risorse importantissime per la diffusione della cultura della mutualità e del progetto. La collaborazione con i cittadini facenti parte di gruppi A.M.A. ha permesso di inserire il progetto "I gruppi di Auto Mutuo Aiuto nella Comunità", all'interno del catalogo Obiettivo salute (che divulga a Enti, scuole e associazioni del territorio le proposte formative di educazione e promozione della salute), progetto che vede la rete dei gruppi impegnata a fare progettazione partecipata in merito alla conoscenza della cultura dell'Auto Mutuo Aiuto, con gli enti che lo richiedono.
Descrizione	L'esperienza del progetto si è rivelata fortemente utile e significativa perché ha permesso di realizzare molti obiettivi prefissati. Ha consentito di avviare una proficua collaborazione fra

	Servizi Sanitari, Sociali, Scolastici, Penitenziari e la partecipazione concreta della cittadinanza attiva di tutti i territori. Ciò ha consentito lo sviluppo di progetti e sinergie quanto mai opportuni e necessari in questo periodo di forti trasformazioni sociali. In questo progetto l'istituzione è al "servizio" dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, consente il coordinamento di tanti gruppi locali diffondendone la messa in rete, ne cura occasioni di formazione e di crescita culturale, promuove la nascita di nuovi gruppi, facilita il contatto e la collaborazione con realtà istituzionali, sociali e culturali del territorio, ma non entra nel merito dei gruppi stessi. Nei gruppi viene riconosciuta l'esperienza individuale come conoscenza e possibilità e non solo come malattia da curare (i membri sono esperti per esperienza), si attivano le risorse personali e si ottiene il beneficio di aiutare se stessi aiutando un'altra persona in difficoltà. Si può affermare che il diffondersi della cultura della mutualità e la partecipazione ai gruppi porta a un riscontro positivo di benefici e vantaggi in termini di salute e cura di sé e nella relazione con le istituzioni e i professionisti di riferimento. I partecipanti ai gruppi ritengono che l'A.M.A. sia propedeutico a esperienze di cittadinanza attiva, di integrazione/accoglienza delle fasce più deboli ed empowerment di comunità, anche all'interno di spazi istituzionali rinnovati quali possono essere le Case della Salute. Nel 2013, poi, a seguito di un ciclo di iniziative formative sulla metodologia A.M.A. finanziato dalla CTSS di Bologna, sono nati i tavoli di lavoro A.M.A. Distrettuali, composti da operatori AUSL, operatori degli Enti Locali e cittadini, poiché i Direttori di Distretto e la Direzione delle Attività Socio Sanitarie si sono impegnati per favorire la crescita e la diffusione dell'esperienza dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto sui rispettivi territori. Questi tavoli si propongono come luogo operativo in cui confrontarsi per affrontare aspetti concreti relativi alla: - promozione della metodologia dell'Auto Mutuo Aiuto e della conoscenza dei gruppi A.M.A. esistenti, da diffondere all'interno dei rispettivi ambiti di appartenenza (servizi o associazioni) e a favore delle rispettive utenze o reti di relazione; - nascita e avvio di nuovi gruppi A.M.A., a partire dall'individuazione di bisogni, sedi, persone interessate, canali di divulgazione, etc.; - confronto tra facilitatori e/o componenti di gruppi diversi sull'andamento degli stessi, per valorizzare l'esperienza maturata dai gruppi consolidati a favore di quelli nati più di recente. I referenti dei tavoli di lavoro si interfacciano mensilmente con il coordinamento generale e si consultano con il responsabile/coordinatrice del progetto per ogni azione riguardante l'A.M.A. nel distretto di appartenenza.
Destinatari	Gruppi A.M.A. esistenti, cittadini interessati, realtà civili e istituzionali del territorio, Comuni ed Enti Locali, professionisti sanitari e sociali, associazionismo e volontariato.
Azioni previste	Prosecuzione dello sviluppo della rete fra i gruppi A.M.A.; promozione della conoscenza della cultura della mutualità attraverso l'organizzazione di corsi gratuiti di formazione e approfondimento per cittadini interessati, operatori AUSL e Enti Locali al fine di far acquisire loro conoscenze e strumenti per promuovere, nelle proprie realtà, esperienze di mutualità e di Auto Mutuo Aiuto attivazione di contatti e collaborazioni continuative con Associazioni, Coordinamento Nazionale A.M.A. e Coordinamenti A.M.A. di altre Regioni e città; attivazione di contatti e collaborazioni continuative con le realtà della RER per la messa in rete di gruppi A.M.A. implementazione della partecipazione ai tavoli di lavoro A.M.A. Distrettuali partecipazione alla realizzazione delle Case della Salute come luoghi di cittadinanza attiva e di empowerment di comunità mediante la presenza e il consolidamento di esperienze di mutualità collaborazione con il settore RER salute mentale, dipendenze patologiche e Salute nelle carceri per la promozione di gruppi A.M.A. all'interno della casa circondariale Dozza di Bologna collaborazione con il carcere minorile del Pratello per promozione di gruppi AMA tra ragazzi e/o loro familiari collaborazioni con associazioni del territorio per la prosecuzione e ulteriore avvio di gruppi AMA tra donne che hanno subito o subiscono violenza familiare collaborazione con l'associazione nazionale emodializzati dialisi e trapianto per l'avvio di gruppi tra persone e tra familiari di persone dializzate e /o trapiantate contatti con MMG e pediatri all'interno delle loro giornate formative; contatti con Università corso di

	laurea in Medicina e Chirurgia, Scuola di Specialità in psichiatria; corso di laurea scienze sociali, corso di laurea in infermieristica supporto ai gruppi nascenti relativi a qualsivoglia disagio o problematica (familiari di persone autistiche, HIV, disabilità adulti e minori, genitori in fase di adozione, genitori di adolescenti, patologie oncologiche, nuove e vecchie dipendenze)partecipazione al tavolo del progetto 4.2 del Piano Locale Attuativopartecipazione al tavolo della pastorale della salute (Ufficio sotto la giurisdizione del vicario episcopale per la carità Don Massimo Ruggiano, delegato a Don Francesco Scimè, che ha il compito di coordinare tutte le realtà operanti in diocesi nel campo dell'assistenza ai malati, di animare il volontariato per gli infermi e di sensibilizzare all'attenzione verso gli infermi sia la comunità cristiana, sia quella civile), con l'intento di portare la cultura A.M.A. all'interno degli ospedali e del carcere come sostegno al malato e ai familiari, formando alla cultura A.M.A i volontari religiosi e nonpartecipazione al coordinamento metropolitano per il contrasto al gioco d'azzardo patologicopartecipazione all'iniziativa regionale di APRILE, MESE DELLA PREVENZIONE ALCOLOGICA, seminario RERpartecipazione al gruppo alcologia AUSL di Bolognacoinvolgimento Comuni, AUSL ed altre Istituzioni per pubblicizzare informazioni sui gruppi e sugli incontriincontri di Promozione della Salute con Scuole Secondarie di secondo grado Area metropolitana di Bologna, ciclo di incontri pubblici a richiesta della committenza (associazioni, popolazione generale, Comuni) sulla base del progetto "I gruppi di Auto Mutuo Aiuto nella Comunità" presente nel Catalogo Obiettivo Salute AUSLpartecipazione a iniziative pubbliche, ricreative e di aggregazione per la diffusione di informazioni e materiale sviluppo del sito intranet/internet e dei social network per divulgazione e presentazione gruppi e informazioni relative ai contenuti dell'Auto Mutuo Aiuto.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Agli Amministratori Locali compete di segnalare e far conoscere alla propria Comunità l'esistenza di tali risorse, la possibilità di avvalersene, di agevolarne la messa in rete sul territorio per soddisfare i bisogni dei cittadini e collaborare per la ricerca di sedi a uso gratuito.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL di Bologna, Distretti Sanitari, DASS, Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi, RER, CTSS metropolitana di Bologna, cittadinanza interessata, ASP Città di Bologna, ASC INSIEME Reno Lavino Samoggia, Comuni, Associazion, VolaBo, ecc.
Referenti dell'intervento	Demaria Daniela responsabile/coordinatrice del progetto Collaboratori: referenti tavoli distrettuali A.M.A. (AUSL e Enti Locali); Annalisa Carassiti CTSS MBO Sede: Viale Pepoli 5 Bologna Tel. 051 6584267 Segreteria facilitante 349 2346598 E mail: gruppi.

52.Partecipazione Civica e collaborazione tra 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	Altro
Specifica soggetto capofila	Ufficio di Piano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	La legge regionale n. 12/2005 prevedeva, prima delle modifiche intervenute a seguito della L.R. n. 13/2015, che ciascuna Provincia costituisse sul proprio territorio un Comitato Paritetico Provinciale del volontariato, composto da rappresentanti degli Enti Locali e delle organizzazioni di volontariato. Tale organismo era preposto al costante raccordo e confronto tra il volontariato e gli Enti Locali, con funzioni di proposta, di impulso, di sensibilizzazione, di verifica e di valutazione. Nel tempo il Comitato ha svolto questa funzione di raccordo e di promozione, ad esempio nella costituzione dell'Albo provinciale delle Aziende inclusive , e nella promozione del Patto metropolitano di contrasto alle Fragilità.
Descrizione	Le vicende legate alla Provincia di Bologna e alla nascita della Città Metropolitana, rendono necessario un rafforzamento a livello distrettuale del coordinamento fra EE.LL. e Volontariato, individuando l'Ufficio di Piano , come snodo a livello sia locale che metropolitano. Parimenti , diventa sempre più importante raccordare le esperienze di Cittadinanza attiva a livello locale con il livello metropolitano, in analogia con quanto già avviene per il Servizio Civile attraverso il COPRESC di Bologna
Destinatari	EE.LL. del Distretto, ODV e APS locali,
Azioni previste	Collaborazione con Città Metropolitana e Volabo nella Mappatura delle OdV e Aps locali, sia iscritte all'Albo Regionale, che liberamente operanti nel territorio. Raccordo a livello locale fra Volabo e OdV/APS , in occasione del Bando Regionale DGR 699/18 Attivazione di un coordinamento anche a livello locale sul modello di quello metropolitano Collaborazione con COPRESC Bologna per la diffusione sul territorio del Servizio Civile.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Percorso partecipato dei Piani di Zona
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	EE.LL. del Distretto, ODV e APS locali, Città Metropolitana, Volabo

53. Potenziamento concertazione e realizzazione attività tecniche con organizzazioni sindacali e parti sociali

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Collaborazione pubblico privato, valorizzazione del Terzo settore Supporto alla governance metropolitana
Descrizione	Le attività sono dirette a potenziare il raccordo della CTSS Metropolitana con gli stakeholders del territorio, dalle OO.SS. alle varie forme associative di rappresentanza dei cittadini. Tali attività si realizzano sia attraverso la gestione dei rapporti tra tali soggetti e la CTSS Metropolitana di Bologna, sia attraverso la gestione e la partecipazione a diversi gruppi di lavoro e coordinamenti tematici che prevedono la partecipazione degli stakeholders del territorio.
Destinatari	personale degli Enti pubblici e privati
Azioni previste	Informazione e concertazione, segreteria organizzativa e verbalizzante delle sedute della CTSS Metropolitana con le OO.SS. su diversi temi, tra i quali: - Consultazione su programmazione territoriale L.R. 14/2015 - Nuovo Regolamento CRA - Trasporto Pubblico Locale – Fondo Sociale Mobilità - Modalità di pagamento da parte CUP 2000 con carte di credito e di debito - Informativa piano operativo riduzioni estive - Programmazione piano operativo anno 2018 del PATRO (programmazione ed innovazione dell'assistenza territoriale ospedaliera) Distretto Appennino Bolognese e Distretti AUSL Bo - Accordo Medici di Medicina Generale - Accordo sindacale AVEC Si realizza inoltre una significativa attività di raccordo delle attività della CTSS Metropolitana con i Comitati Consultivi Misti sui temi sanitari, socio-sanitari, sociali, finalizzata ad ascoltare e riportare la voce dei cittadini e delle loro forme associative. Nel 2017 vi è stato il primo incontro del CCM AUSL Bo con la CTSSM su assetto istituzionale dei CCM di Distretto riorganizzazione della rete territoriale ed ospedaliera. Monitoraggio Dialisi: L'attività del gruppo si concentra sul monitoraggio di livello metropolitano sulle problematiche relative ai pazienti in dialisi: 1) Monitoraggio occupazioni posti letto nei punti di Dialisi su tutto il territorio compresa AUSL Imola; 2) Valutazione problemi relativi ai trasporti dei pazienti in emodialisi; 3) Verifica del servizio per sostegno psicologico ai pazienti e parenti degli emodializzati; 4) ripristino dotazioni organiche dei professionisti infermieri, medici, psicologi. Osservatorio Invalidi Civili:

	Il gruppo di lavoro ha l'obiettivo di favorire la liquidazione le pensioni d'invalidità civili entro i 120 gg. previsti per legge. L'Istituzione dell'Osservatorio risale al 2010, avvenuto in seguito ad una richiesta specifica delle OO.SS., con l'obiettivo di ottimizzare le procedure informatiche ed organizzative atte a garantire il rispetto della tempistica per l'espletamento delle pratiche presentate. Nel corso degli anni sono stati fatti passi avanti, grazie ad un monitoraggio continuo dell'andamento della situazione. I punti di forza dell'attività dell'Osservatorio sono rappresentati: - dall'integrazione tra medici INPS e ASL Bo ed il continuo raccordo con le OO.SS, una pratica operativa che ha richiesto un notevole sforzo di realizzazione ed è da considerarsi un successo non scontato. - Realizzazione da parte dell'ASL Bo di corsi di formazione per i Medici di Medicina Generale ed i Medici in Formazione triennale, atti a migliorare le conoscenze della legislazione e delle procedure riguardanti le invalidità civili e abbattere i tempi d'attesa. Attraverso l'attività della Struttura Tecnica Metropolitana, viene pertanto garantito il coordinamento dell'Osservatorio Invalidi Civili, l'attività di segreteria organizzativa e verbalizzante, la raccolta della documentazione; il mantenimento della rete di rapporti con INPS, AUSLBO, OO.SS, Patronati sindacali.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Le attività di coordinamento e raccordo si realizzano attraverso il coinvolgimento delle OO.SS. e dei CCM. Sono inoltre coinvolti soggetti ulteriori nei gruppi tecnici sopra menzionati. In particolare: Monitoraggio dialisi: AUSL Bo, AOSP, AUSL, IMOLA, CTSSM, Associazioni malati; Osservatorio invalidi civili: STM, Medici INPS, Dirigente Medici ASL, INPS, OO.SS., Patronati
Referenti dell'intervento	Struttura Tecnica Metropolitana: Stefania Baldi

54. Promozione della responsabilità sociale di impresa

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Città metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	Contrastare l'impoverimento e promuovere l'inclusione sociale Creare condizioni promozionali e facilitanti che permettano a tutte le aziende di partecipare ad un'azione di responsabilità sociale metropolitana.
Descrizione	Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti. La Città metropolitana, in partnership con distretti socio-sanitari, rappresentanti delle Associazioni imprenditoriali, delle organizzazioni sindacali e del mondo della cooperazione sociale ha istituito, nel 2015, l'Albo metropolitano delle Aziende inclusive dalla Città Metropolitana di Bologna che, attraverso il riconoscimento e la valorizzazione delle esperienze positive attuate, favorisce l'adozione e la diffusione, da parte delle imprese pubbliche e private for profit dell'area metropolitana, di metodologie e percorsi volti all'inclusione lavorativa delle persone svantaggiate. Incentivare politiche di welfare aziendale per assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età. Attraverso politiche di welfare aziendale è possibile valorizzare il tema del welfare aziendale facendolo uscire dalla sfera della scelta individuale delle singole aziende e spostandolo in una sfera di condivisione fra pubblico e privato in un sistema di welfare condiviso.
Destinatari	• imprese pubbliche e private for profit • persone svantaggiate • ee.ll.
Azioni previste	Organizzazione di laboratori territoriali per la promozione della responsabilità sociale d'impresa nell'area metropolitana di Bologna (DGR 339/2017 Regione Emilia Romagna). In particolare la riflessione, condivisione e riflessione su: Albo e Network Metropolitano delle aziende inclusive, network distrettuali; welfare aziendale e condiviso, con attenzione alla prospettiva di genere Strategie per una comunità socialmente responsabile Sviluppo di una cultura della Responsabilità sociale d'impresa e di territorio, in collaborazione con la Regione, attraverso una strategia che metta in sinergia le azioni degli enti locali a livello metropolitano, delle aziende, delle parti sociali, per creare network distrettuali e un network metropolitano di imprese socialmente responsabili, all'interno dei quali non solo si scambino buone prassi inclusive, ma che divengano anche il luogo per avere scambi diversi e per garantire benefit a chi vi partecipa, in modo da creare vantaggi, soprattutto per le aziende più piccole, che meno delle grandi possono affrontare le difficoltà di inserimenti lavorativi complessi • Promozione e modifica del regolamento e allargamento dei criteri per l'accesso all'Albo metropolitano delle Aziende Inclusive per rendere visibili le esperienze di responsabilità sociale condotte dalle aziende e favorire il moltiplicarsi di iniziative inclusive, aumentando le opportunità di inserimento socio lavorativo per le fasce più deboli della popolazione

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Sviluppo del sistema di welfare metropolitano e contrasto all'impoverimento
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	• ee.ll. • Aziende • Terzo Settore • Associazione imprenditoriali • Organizzazioni sindacali • Soggetti enti di formazione
Referenti dell'intervento	Laura Venturi, Città metropolitana e Ufficio di supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna

55.Sensibilizzazione e formazione al servizio civile

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	Collaborazione pubblico privato, valorizzazione del Terzo settore.
Descrizione	- Diffondere i valori del servizio civile quale strumento di cittadinanza attiva e di impegno sociale per i giovani italiani e stranieri; - Creare momenti di incontro e scambio tra i volontari di enti diversi per attività e per territorio; - Contribuire alla formazione di cittadini responsabili attraverso percorsi di sensibilizzazione e apprendimento; - Valorizzare le competenze e l'inserimento professionale dei giovani che hanno partecipato ai progetti di servizio civile utilizzando strumenti europei e canali informatici; - Creare occasioni di confronto tra gli operatori degli enti di servizio civile per lo scambio di buone pratiche; - Rafforzare le esperienze di coprogettazione tra enti per condividere competenze, innalzare la qualità del servizio civile, rispondere in forma congiunta ai bisogni del territorio; - Stimolare il confronto interistituzionale e sensibilizzare l'opinione pubblica sul valore del servizio civile, quale opportunità per gli enti e per i giovani; - Supportare il percorso di attuazione della riforma del servizio civile universale.
Destinatari	Volontari in SCN e SCR, personale enti del territorio, cittadinanza.
Azioni previste	- Gruppi di lavoro tematici per la realizzazione delle attività previste dal sistema di servizio civile; Formazione generale dei volontari in SCN e SCR in forma coordinata e congiunta tra gli enti di SC; - Moduli formativi sulla valorizzazione delle competenze acquisite tramite il SC per favorire l'inserimento lavorativo dei giovani; Incontri formativi coordinati e congiunti tra gli enti del territorio per l'aggiornamento delle figure previste dal sistema di servizio civile; - Interventi di presentazione del servizio civile nelle scuole secondarie con metodologie di apprendimento non formale; Infopoint sul servizio civile all'interno di eventi, feste del volontariato e iniziative rivolte ai giovani; - Rilevazione, monitoraggio e valutazione delle azioni previste; - Elaborazione del piano provinciale del servizio civile tramite la raccolta dei diversi progetti di servizio civile universale e regionale per favorire l'equa distribuzione dei posti sul territorio provinciale; - Sostegno agli enti per l'iscrizione al nuovo albo di servizio civile universale.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti di servizio civile aderenti al Coordinamento Provinciale di Bologna (enti pubblici, fondazioni, organizzazioni non profit, cooperative ecc.), associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato, centri di aggregazione giovanile, università; Istituto storico Parri; Scuola di Pace di Montesole; Museo Cidra; centri sociali e ricreativi; scuole secondarie di secondo grado; centri di formazione professionale; consulta provinciale della protezione civile; centri per l'impiego; Informagiovani.
Referenti dell'intervento	Coordinamento provinciale enti di servizio civile CO.PR.E.S.C. di Bologna Cinzia Giannoni – Sebastiano Miele tel. 051/6599261 – serviziocivilebologna@gmail.com

56. Attivazione di reti clinico organizzative

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	AUSL Bologna in collaborazione con AOSP, IOR, Privato accreditato.
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Garantire su tutto il territorio aziendale elevati e omogenei standard assistenziali in termini di qualità dell'assistenza, appropriatezza e sicurezza delle cure, equità di accesso e presa in carico di patologie croniche.
Descrizione	Costruire o consolidare le reti cliniche (MMG e specialisti ospedalieri e territoriali) al fine di rafforzare le relazioni fra professionisti per l'inquadramento diagnostico e la continuità nella presa in carico e migliorare l'appropriatezza degli interventi. RETI CLINICHE ATTIVATE a. rete clinico - organizzativa dell'area Neurologica fra specialisti delle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche e private, con costruzione di percorsi di presa in carico integrati per le patologie neurologiche. Gli ambulatori territoriali di neurologia dell'AUSL e del privato accreditato sono stati collegati informaticamente a quelli dell'IRCCS delle Scienze Neurologiche dell'AUSL, con possibilità bidirezionale (hub/spoke, spoke/hub) di prenotazione diretta delle visite specialistiche senza rinvio del paziente a CUP., a partire dall'area Cardiologica e Gastroenterologica, con la definizione di pacchetti di prestazioni e la differenziazione fra prestazioni di primo e secondo livello. b. progetto GASTROPACK attivato sul distretto di Porretta, finalizzato al miglioramento della presa in carico dei pazienti a partire dalla visita gastroenterologica e alla riduzione delle prestazioni endoscopiche. Completata la progettazione su Loiano e Budrio. c. rete cardiologica: attivati percorsi di presa in carico integrati e informatizzati per il follow up di pazienti in dimissione ospedaliera e per l'invio diretto dalle cardiologie territoriali (pubb e private) al secondo livello ospedaliero. d. Approvato il percorso di accesso ORL per pazienti con problemi uditivi. e. Approvato il Piano per l'accesso e la presa in carico per patologie dermatologiche. f. Approvato e implementato il percorso per il paziente con lombalgia Definiti anche per il privato accreditato PACCHETTI DI PRESTAZIONI di completamento diagnostico e presa in carico, successivi alla prima visita, con prenotazione diretta degli esami senza il rinvio a CUP del paziente.
Destinatari	MMG, PLS, specialisti ospedalieri e territoriali
Azioni previste	Consolidamento delle reti cliniche già attivate: • Neurologica (estensione percorsi di presa in carico fra primo e secondo livello) • Cardiologica (Scompenso cardiaco, TAO e miglioramento prescrittivo diagnostica cardiologica non invasiva) • Dermatologica (presa in carico secondo livello)

	• Diabetologica (riorganizzazione attività Pianura Est, Ovest e San Lazzaro), • Gastroenterologica estensione del Gastropack sui distretti di San Lazzaro, Reno, Lavino, Samoggia, Pianura Est e Ovest e potenziamento su dist Appennino. Attivazione della rete Urologica.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AOSP, IOR, privato accreditato
Referenti dell'intervento	Dipartimenti ospedalieri e territoriali coinvolti, UOC Committenza e Specialistica Ambulatoriale

57.Appropriatezza delle richieste di diagnostica pesante (RMN) nella lombalgia

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

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

Razionale	La diagnostica pesante (TC e RMN) viene abbondantemente richiesta in diversi setting assistenziali e per la AUSL Bologna, gli indici di consumo hanno sempre mostrato valori elevati (soprattutto se confrontati con il resto della Regione). In valutazioni fatte nel corso degli anni su ambiti differenti (audit appropriatezza prescrittiva in RMN 2008 e 2012), una discreta percentuale di queste richieste risulta inappropriata, con percentuali variabili a seconda del distretto che andavano dal 35% al 53%. Alla luce di queste premesse, è estremamente utile governare l'appropriatezza di queste richieste soprattutto se ci si concentra in un ambito clinico molto diffuso e di non facile gestione: la lombalgia.
Descrizione	Progetto di collaborazione interprofessionale (neuroradiologi – specialisti ortopedici/fisiatrici/ MMG) sull'appropriata richiesta di diagnostica pesante (RMN) nella lombalgia volto alla definizione e condivisione del corretto approccio diagnostico alla lombalgia soprattutto in termini di timing e specifica indagine di diagnostica pesante RMN.
Destinatari	Medici di Medicina Generale, Ortopedici, Fisiatri di AUSL, AOSP, IOR e privato accreditato
Azioni previste	Il progetto verrà sviluppato con questa sequenza di azioni: - Revisione delle evidenze sulle raccomandazioni di appropriato utilizzo della diagnostica pesante nella lombalgia - Analisi campione di richieste di diagnostica pesante per lombalgia - Revisione della letteratura in merito a strumenti di governo dell'appropriatezza delle richieste di diagnostica pesante (visite specialistiche "filtro", supporto decisionale a distanza/tramite piattaforme ICT, checklist...) - Diffusione delle raccomandazioni ed eventi formativi specifici ed azioni di implementazione degli strumenti di supporto selezionati. - Nuova analisi campione (ad un anno circa dalla prima rilevazione) - Azioni di rinforzo alla luce dei risultati della seconda analisi campione (eventi formativi su argomenti specifici e/o con interlocutori outlier, adozione / integrazione di nuovi strumenti) - Nuova analisi campione (a due anni circa dalla prima rilevazione)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	In Azienda nel 2017 è stato avviato un percorso sulla gestione della lombalgia acuta orientato al corretto inquadramento ed alla presa in carico della fase terapeutica di questi casi che rappresenta comunque un importante elemento di riferimento.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AOSP, IOR, Privato accreditato
Referenti dell'intervento	UOC Committenza e Specialistica ambulatoriale, DCP, Dip. Ospedalieri coinvolti

58. Miglioramento dell'autosufficienza territoriale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	AUSL Bologna in collaborazione con AOSP, IOR, Privato accreditato.
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Facilitare l'accesso alla specialistica ambulatoriale per le prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata nei diversi territori dell'Azienda, al fine di limitare la mobilità intra aziendale e favorire la presa in carico di patologie croniche.
Descrizione	Proseguire il percorso di ridistribuzione dei punti di erogazione di specialistica ambulatoriale in modo da migliorare la distribuzione dell'offerta sul territorio.
Destinatari	Tutti i cittadini
Azioni previste	Revisione dei punti di erogazione, in modo da migliorare la distribuzione territoriale dell'offerta per le prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata con: Consolidamento attività urologica e dermatologica, diabetologica ed endocrinologica di AOSP sui dist. Lavino Samoggia Reno, San Lazzaro e Bologna. Ampliamento offerta diabetologica sui dist. Pianura Est, Ovest e San Lazzaro. Attivazione ambulatori di maxillo facciale su Vergato e Porretta Potenziamento chirurgia plastica su Bellaria. Riorganizzazione attività pneumologica dist Bologna (OB) Riorganizzazione attività geriatrica territoriale Estensione attività UO Oculistica OM su amb. territoriali Consolidamento dell'ampliamento dell'attività di gastroenterologia pediatrica OM Apertura Casa della Salute Navile. Decentramento dell'attività del privato accreditato dal distretto di Bologna verso gli altri distretti: - o Attivazione poliambulatorio San Petronio Calderara di Reno - o Attivazione poliambulatorio Marchesini su Funo - o Potenziamento offerta su Anzola (poliam. La Salute e poliam. Marchesini) - o Potenziamento offerta su distretto Lavino Samoggia Reno e San Lazzaro - o Attivazione gastroenterologia ospedale Villa Nobili (progetto Gastropack) Proseguimento del progetto di recupero della mobilità extraRER RMN
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AOSP, IOR, privato accreditato

Referenti dell'intervento	UOC Committenza e Specialistica Ambulatoriale						
Novità rispetto al 2018	Scheda 32 Monitoraggio Indicatori locali.doc (con tabelle e grafici di riferimento)						
	Nel 2018 i residenti nell'AUSL di Bologna hanno consumato all'interno del territorio regionale 12.721.296 prestazioni in regime SSN (+ 531.092 v.a., + 4,4% vs. 2017).						
	D- Diagnostica	L- Laboratorio	R- Riabilitazione	T- Terapeutica	V-Visite	TOTALE ANNO 2018	
	1.250.074	9.635.762	307.856	390.659	1.136.945	12.721.296	
	D- Diagnostica	L- Laboratorio	R- Riabilitazione	T- Terapeutica	V-Visite	Scostamen to da 2017	
	+5.653	+544.415	-16.181	-21.243	+18.448	+531.092	
	Se si esclude il Laboratorio (9.635.762 prestazioni (+ 544.415 v.a., +6,0 % vs. 2017), il 95% delle prestazioni è stato erogato nelle strutture ubicate nel territorio dell'AUSL di Bologna (46% strutture dell'AUSL, 24% all'Azienda Ospedaliera S. Orsola, 26% dal privato accreditato convenzionato, 2% allo IOR).						
	L'attività è stata erogata su 140 strutture: strutture AUSL bologna (9 Ospedali; 44 Poliambulatori; 41 Consultori); altre strutture pubbliche (AOU Sant'Orsola; IRCS Rizzoli) strutture private accreditate (7 Ospedali; 37 Poliambulatori).						
	L'accesso è avvenuto tramite CUP/CUP WEB (oltre 6.500 prenotazioni giornaliere), o tramite prenotazione interna (presa in carico del paziente dopo la prima visita per esami di completamento diagnostico o controllo).						
	Escluse le agende per i prelievi del laboratorio analisi, l'offerta è suddivisa su 4.567 agende:						
	Accesso ordinario	Urgenza differibile	Agende interne integrate CUP	TOTALE			
AUSL BO	1.055	448	1.436	2.939			
Accreditate	1.307	301		1.608			
AOSP BO	247	59	368	674			
IOR	27	13	46	86			
TOTALE	2.636	821	1.850	5.307			
L'indice di consumo standardizzato[1] (tab. 1) per 1000 ab. (13.866 x 1000 ab.) è sostanzialmente in linea con quello regionale, con alcune differenze per aggregati di prestazioni: più alto nel Laboratorio, in linea nelle visite e più basso nella diagnostica, nella riabilitazione e nelle terapeutiche.							
Tab. 1 – indice di consumo standardizzato anno 2018							
Azienda USL di residenza	D- Diagnostica	L-Laboratorio	R- Riabilitazione	T- Terapeuti ca	V-Visite	COD ICI EXTR A- RER	TOTALE
PIACENZA	1.216,30	12.793,10	366,3	662,5	1.120,60	25,1	16.183,80
PARMA	1.435,80	9.075,80	441,8	457,5	1.320,50	14,6	12.746,00
REGGIO EMILIA	1.517,00	9.803,00	437,3	564,4	1.384,60	11	13.717,30
MODENA	1.484,10	11.402,70	287,3	482,1	1.233,80	13,1	14.903,10
BOLOGNA	1.373,40	10.467,70	329,1	417,6	1.258,90	19,5	13.866,20
IMOLA	1.318,00	9.747,30	279,3	531,4	1.144,50	16,6	13.037,30
FERRARA	1.676,30	10.157,80	376,6	497,5	1.401,20	18,1	14.127,70
ROMAGNA	1.387,50	8.243,40	299,9	532,9	1.188,90	12,6	11.665,20
TOTALE	1.430,10	9.932,50	343,8	503,8	1.256,10	15,5	13.481,70

Nel mantenere alta l'attenzione alla garanzia dei tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'Azienda, ha continuato a garantire lo sviluppo di azioni ed il monitoraggio delle attività volte ad ottimizzare l'utilizzo delle agende di prenotazione e l'appropriatezza prescrittiva.

In particolare, si è proceduto a:

Ulteriore sviluppo della territorializzazione dell'offerta, al fine di migliorare la distribuzione territoriale per le prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata con: Consolidamento attività urologica e dermatologica, diabetologica ed endocrinologica di AOSP sui distretti Lavino Samoggia Reno, San Lazzaro e Bologna. Ampliamento offerta diabetologica sui distretti Pianura Est, Ovest e San Lazzaro. Attivazione ambulatori di maxillo facciale/odontoiatria su Vergato e Porretta. Riorganizzazione attività pneumologica ospedaliera e territoriale del distretto di Bologna. Riorganizzazione geriatria territoriale. Estensione attività UO Oculistica ospedaliera su ambulatori territoriali. Attivazione sperimentale dello screening per l'ambliopia sul distretto Pianura Est. Consolidamento dell'ampliamento dell'attività di gastroenterologia pediatrica. OMA. Apertura della Casa della Salute Navile con riorganizzazione delle attività. Decentramento dell'attività del privato accreditato dal distretto di Bologna verso gli altri distretti, a isorisorse. Attivazione del poliambulatorio San Petronio a Calderara di Reno. Attivazione del poliambulatorio Marchesini a Funo. Potenziamento offerta su Anzola (poliambulatorio La Salute e poliambulatorio Marchesini). Potenziamento offerta sui distretti Lavino Samoggia Reno e San Lazzaro. Miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva. Revisione del PDTA interaziendale "Persone adulte con diabete mellito". Revisione del PDTA aziendale "Paziente affetto da carcinoma colonrettale". Predisposizione del PDTA aziendale "Paziente pediatrico affetto da malattie infiammatorie croniche intestinali". Predisposizione del PDTA aziendale "Paziente chirurgico bariatrico". Predisposizione del percorso interaziendale di accesso alla visita allergologica. Estensione del progetto Gastropack su distretto di San Lazzaro che ha portato complessivamente alla presa in carico, secondo questo modello, di 1510 pazienti in ambito aziendale con maggiore appropriatezza della diagnostica endoscopica. Aggiornamento del catalogo aziendale delle prestazioni specialistiche sul portale SoLE per le branche: angiologia, chirurgia vascolare, anestesia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, oculistica, ORL, chirurgia plastica, dermatologia, nefrologia, oncologia, pneumologia. Nonostante il recupero del 61% della mobilità extraregionale per le RM rispetto al 2015 rimane critico l'indice di consumo standardizzato per RM colonna e muscolo scheletriche (59,34 prestazioni % res.) che è superiore di 4,03 punti rispetto al dato regionale. Mentre l'indice di consumo standardizzato per TAC osteoarticolari (5,65 prestazioni % res.) si posiziona al di sotto del dato regionale. Incremento delle prescrizioni e prenotazioni di controlli effettuate direttamente dagli specialisti che hanno in carico il paziente: nei primi 9 mesi 2018 i medici specialisti hanno effettuato complessivamente 374.503 prescrizioni (+1,21% vs. stesso periodo del 2017) di queste le prescrizioni di visite di controllo sono state 95.723 (+3,76% vs. stesso periodo del 2017)[1]. L'indicatore viene calcolato dalla regione, il dato relativo all'intero 2018 e verrà pubblicato sul Dashboard degli Indicatori InSiDER entro il 15 aprile. Applicazione della DGR 377/2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali": le prestazioni prenotate e disdetate dall'utente con il dovuto anticipo sono state 1.502.113 (+9,6% vs. 2017). Ampliamento delle prestazioni disponibili in prenotazione on line su CUPWEB regionale garantendo che l'offerta delle prestazioni di primo accesso (classe di priorità D della ricetta) prenotabili on-line sia l'80% di quella a sportello: in regime SSN sono disponibili per la prenotazione on line 887 tipologie di prestazioni (+58 vs 2017) (di cui 374 di laboratorio, 32 prime visite e 65 visite di medicina dello sport) e in libera professione 265. Nel corso del 2018 sono state effettuate on line 73.954 (+ 48%) prenotazioni, 22.786 (+182%) cambi di appuntamento e 22.505 disdette (+ 226%).

Le azioni messe in atto hanno consentito di mantenere stabilmente i tempi di attesa entro gli standard previsti per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per gli accessi ordinari (Indice di performance TDA - tabella in allegato)

[1] InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna 0713 e 0715 dato dei primi 9 mesi del 2018. Il dato annuale sarà pubblicato entro il 20 aprile 2019

Relativamente alle prestazioni con priorità B (urgenze differibili), fino a ottobre 2018 un'errata impostazione del Tempo Massimo di Attesa su MAPS (che considerava una soglia

di 30 gg. per le visite e 60 per le prestazioni strumentali anche per le urgenze differibili) ha sempre fatto apparire positivi gli Indici di Performance di tutte le prestazioni.

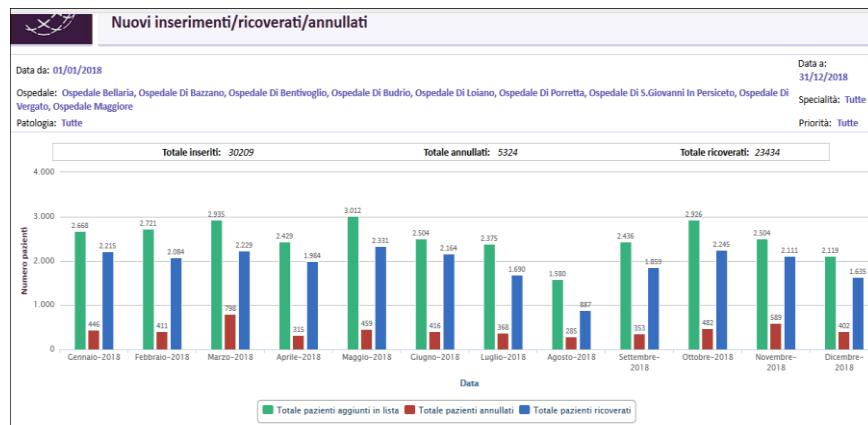
A ottobre in seguito alla correzione di questa anomalia si è evidenziato un IP complessivo annuale per le urgenze differibili dell'82,6%. Si è poi verificato che per garantire il rispetto del tempo massimo di attesa per le urgenze differibili in area metropolitana, dal 2008 era stato impostato un blocco sul sistema di prenotazione CUP per impedire la visualizzazione dell'offerta e la prenotazione con una finestra temporale di 7 giorni lavorativi, mentre il calcolo MAPS corretto è di 7 giorni di calendario.

Non appena evidenziato questo scostamento è stato richiesto l'adeguamento del sistema di prenotazione CUP che però è divenuto operativo solo fra il 19 e il 20 di febbraio 2019. Nonostante questo errore di impostazione non abbia consentito il rispetto degli IP richiesti dagli obiettivi regionali è stato possibile però di rispettare i parametri ministeriali che sono fissati a 10 giorni.

Le prestazioni che nel corso dell'ultimo anno hanno richiesto più impegno per assicurare i tempi di attesa sono l'endocrinologia, la diabetologia, la reumatologia sulle quali è in atto una riorganizzazione dell'offerta, la Tac (addome e torace) per la quale si è ricorsi alla SIMILALP e la visita neurochirurgica che risente di una inappropriata della richiesta. A questo proposito da inizio anno è stato implementato un percorso per la corretta gestione del paziente con lombalgia, che al momento richiede un rinforzo informativo sui prescrittori, che si sta programmando per il 2019.

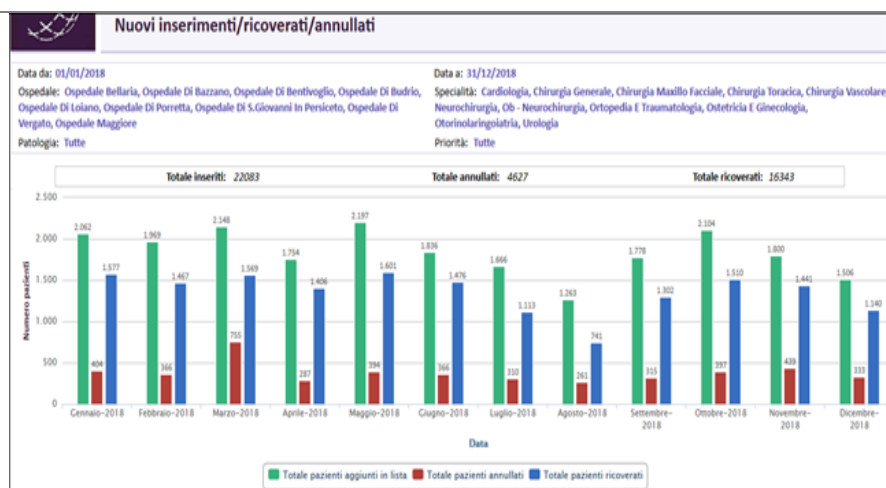
LISTA D'ATTESA E TEMPI D' ATTESA PER I RICOVERI PROGRAMMATI

In merito alla corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa (SIGLA), il grafico che segue rappresenta l'andamento della lista d'attesa dell'azienda per tutte le discipline presenti (SIGLA e non SIGLA) a far data dal 1/1/2018. Nello stesso periodo sono stati inseriti 30.209, casi di cui 23.454 15.500 ricoverati e 5.324 annullati. Quanto rappresentato permette di definire la nuova lista d'attesa in equilibrio.



Patologie SIGLA e NON SIGLA da 1/1/2018 al 31/12/2018 (tabella in allegato)

Il grafico seguente rappresenta solo le patologie discipline SIGLA a tutto il giorno 31.12.2018 a far data dal 1/1/2018 (tabella in allegato)



I casi inseriti sono oltre 22.000, i ricoverati oltre 16.300 e gli annullati circa 4.600, con un bilancio tra entrati in lista ed usciti (ricoverati e annullati)

Per quanto il rispetto dei tempi d'attesa (Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO) per le patologie oggetto di monitoraggio Regionale e Ministeriale, i risultati sono rappresentati nella tabella che segue:

	Valore atteso	% casi trattati entro la classe prevista	
		Anno 2017	Situazione al 31 dicembre 2018
Tumori maligni mammella	>90%	86,4	97,3
Tumori maligni Polmone	>90%	92	98,8
Tumori maligni Colon	>90%	89	93,9
Tumori maligni del Retto	>90%	NV	92,3
Tumori maligni Prostata (¹)	>90%	18,5	75,4
Tumori maligni dell'utero	>90%	79,2	94,7
	Valore atteso	% casi trattati entro la classe	
		Anno 2017	Situazione al 31 dicembre 2018
Carotidi ²	>90%	50,2	29,1
Protesi anca entro 180 giorni	>90%	78	88,9
Ernia inguinale	>90%	58	94,7
Emorroidi	>90%	72	91,9
Tonsille	>90%	76,5	71,4
Coronarografia	>90%	90,4	99,4

I dati relativi all'anno 2018 sono molto incoraggianti soprattutto se confrontati con l'anno 2017. Restano ancora critiche alcune patologie di cui quelle più rilevanti sono rappresentate dai tumori della prostata e dalle patologie ostruttive delle carotidi. Noto miglioramento si è invece ottenuto incrementando l'attività negli ospedali Spoke per quanto riguarda ernie ed emorroidi (soprattutto attraverso l'attivazione del programma medio bassa complessità chirurgica).

¹ 4 tumori prostata inseriti come da linee di indirizzo RER in classe B, uno di questi oltre tempo

² Dal giorno 1/10/2018 la SC di Chirurgia vascolare e' Interaziendale con Azienda capofila la AOU di Bologna.

59. Monitoraggio delle disdette e delle mancate presentazioni

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

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

Razionale	Adempimenti relativi alla DGR n. 377 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016"
Descrizione	Prosecuzione dell'attività di invio sanzioni per mancata e tardiva disdetta avviata tra il 2016 e il 2017.
Destinatari	Cittadini che prenotano prestazioni sanitarie. Cittadini che hanno disdetto la prestazione oltre i tempi previsti dalla normativa (2 gg. Lavorativi prima di quello dell'appuntamento o che non si sono presentati all'appuntamento).
Azioni previste	Sensibilizzazione alla disdetta nei tempi previsti dalla normativa attraverso sportelli CUP/farmacie. Promozione canali immateriali di disdetta (FSE) e di giustificazione preventiva (sito AUSL). Invio sanzioni per mancata o tardiva disdetta (casi di luglio-dicembre 2016 entro la fine del 2018). Rilevazione sanzioni per prenotazioni di 2° livello extra CUP (integrazione con dipartimentali ospedalieri AUSL, AOSP e IOR).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Promozione FSE e canali immateriali di accesso
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Regione Emilia-Romagna, AOSP, IOR
Referenti dell'intervento	Referente distrettuale Dipartimento Attività Amministrative Territoriali
Novità rispetto al 2018	Scheda 32 Monitoraggio Indicatori locali.doc (tabelle in allegato)

60. Estensione della prenotabilità su CUPWEB delle visite e prestazioni diagnostiche di primo accesso.

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	AUSL di Bologna insieme a AOSP, IOR, Privato accreditato, CUP2000
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Al fine di facilitare l'accesso al cittadino è importante promuovere l'utilizzo dei canali WEB per la prenotazione di visite e prestazioni diagnostiche di primo accesso. La DGR 830/2017 definisce i livelli di servizio da raggiungere in relazione al potenziamento della prenotabilità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite CUPWEB.
Descrizione	Le Aziende sanitarie provinciali hanno già reso prenotabili on line sul CUPWEB tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa (come da DGR 1056/15). Ora è necessario potenziare sempre più l'utilizzo di questa modalità di prenotazione, ampliando il catalogo delle prestazioni di primo accesso prenotabili
Destinatari	Tutti i cittadini che hanno necessità di prenotare prestazioni specialistiche ambulatoriali
Azioni previste	Individuazione delle prestazioni prenotabili a CUP che, dopo un lavoro di revisione e semplificazione delle "avvertenze per la prenotazione", possono essere rese prenotabili su CUP Web. Realizzazione degli interventi di semplificazione per renderle prenotabili su CUPWEB.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Campagna di promozione dell'uso di CUP WEB
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AOSP, IOR, Privato accreditato, CUP2000
Referenti dell'intervento	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali

61. Garanzia dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in relazione alla classe di priorità assegnata

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

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

Razionale	La DGR 272/2017 definisce gli obiettivi e i tempi entro cui le Aziende dovranno allineare i propri comportamenti al fine di garantire equità e trasparenza alle liste d'attesa per i ricoveri programmati chirurgici.
Descrizione	E' stato individuato il REFERENTE UNICO AZIENDALE (RUA) che in collaborazione con i professionisti ed in stretto rapporto con la direzione strategica individua i punti critici e suggerisce azioni di miglioramento. Il RUA ha il compito di monitorare da vicino le liste delle varie UO chirurgiche e di dare un ritorno a tutti i direttori di Unità Operativa responsabili di Lista d'attesa in caso di scostamento dal previsto. Il RUA ha ricevuto il compito di monitorare tutte le liste d'attesa, ma in particolare di prestare maggior attenzione ad alcune patologie che sono sotto monitoraggio regionale e ministeriale. Tali patologie sono rappresentate da: Tumore maligno di mammella, polmone, colon, utero, prostata, BPAC (non eseguito in AUSL), Coronarografia (DH), Angioplastica (DO), Endoarteriectomia carotidea, protesi d'anca, tonsillectomia, emorroidectomia, riparazione ernia inguinale., biopsia epatica Lo stato attuale dei tempi di attesa è rappresentato in Tabella 1 che riporta i dati per le patologie oggetto di monitoraggio regionale e Ministeriale, e in Tabella 2 che riporta lo stato dell'arte di tutti i pazienti in lista d'attesa in AUSL alla data del giorno 26 novembre 2017. E' esclusa la prostata per cui è stato prodotto un documento ad hoc per la riclassificazione di tale patologia in classe prevalentemente B o C. Allo stato attuale globalmente il 69% degli interventi viene eseguito secondo i tempi previsti (range 71 - 57%).
Destinatari	Tutti i cittadini iscritti in liste d'attesa per intervento chirurgico programmato o procedura assimilabile a procedura chirurgica (ad esempio coronarografia)
Azioni previste	Nel corso dei prossimi anni saranno messe in atto le varie azioni previste dalla DGR 272/2017, sulla base delle indicazioni regionali circa la tipologia di interventi prioritari per cui si vuole raggiungere l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa. Per l'anno 2017 al fine di conseguire gli obiettivi di riduzione dei tempi per le patologie sopra indicate sono state attivate sedute soprannumerarie da giugno 2017 al 31 dicembre. L'obiettivo non è ancora pienamente raggiunto. E' stato predisposto il progetto aziendale "rete chirurgica ed urologica" che è stato avviato a settembre 2017. Il progetto prevede di dislocare la bassa complessità presso gli Ospedali Spoke e di centralizzare l'alta complessità presso le sedi chirurgiche dell'OM e di Bentivoglio in quanto dotate di Rianimazione. Inoltre, considerato che le linee di indirizzo regionali del settembre 2017 prevedono che si possano inviare i pazienti anche nelle strutture private

	accreditate, previ accordi specifici e con il consenso del paziente, si attiveranno dei percorsi in tal senso.																																																						
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Attività comunicativa per informare la cittadinanza sull'opzione di recarsi in ospedale diverso (pubblico o privato) per poter eseguire l'intervento chirurgico nei tempi previsti.																																																						
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Privato accreditato, CTSS, Comitato di Distretto, CCM																																																						
Referenti dell'intervento	Direzione Presidio Ospedaliero Unico Aziendale																																																						
Novità rispetto al 2018	Scheda 32 – PROMOZIONE DELL'EQUITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE Nel 2018 i residenti nell'AUSL di Bologna hanno consumato all'interno del territorio regionale 12.721.296 prestazioni in regime SSN (+ 531.092 v.a., + 4,4% vs. 2017). <table><tr><td>D-Diagnostica</td><td>L-Laboratorio</td><td>R-Riabilitazione</td><td>T-Terapeutica</td><td>V-Visite</td><td>TOTALE ANNO 2018</td></tr><tr><td>1.250.074</td><td>9.635.762</td><td>307.856</td><td>390.659</td><td>1.136.945</td><td>12.721.296</td></tr><tr><td>D-Diagnostica</td><td>L-Laboratorio</td><td>R-Riabilitazione</td><td>T-Terapeutica</td><td>V-Visite</td><td>Scostamento da 2017</td></tr><tr><td>+5.653</td><td>+544.415</td><td>-16.181</td><td>-21.243</td><td>+18.448</td><td>+531.092</td></tr></table> Se si esclude il Laboratorio (9.635.762 prestazioni (+ 544.415 v.a., +6,0 % vs. 2017), il 95% delle prestazioni è stato erogato nelle strutture ubicate nel territorio dell'AUSL di Bologna (46% strutture dell'AUSL, 24% all'Azienda Ospedaliera S. Orsola, 26% dal privato accreditato convenzionato, 2% allo IOR). L'attività è stata erogata su 140 strutture: strutture AUSL bologna (9 Ospedali; 44 Poliambulatori; 41 Consultori); altre strutture pubbliche (AOU Sant'Orsola; IRCS Rizzoli) strutture private accreditate (7 Ospedali; 37 Poliambulatori). L'accesso è avvenuto tramite CUP/CUP WEB (oltre 6.500 prenotazioni giornaliere), o tramite prenotazione interna (presa in carico del paziente dopo la prima visita per esami di completamento diagnostico o controllo). Escluse le agende per i prelievi del laboratorio analisi, l'offerta è suddivisa su 4.567 agende: <table><tr><td></td><td>Accesso ordinario</td><td>Urgenza differibile</td><td>Agende interne integrate CUP</td><td>TOTALE</td></tr><tr><td>AUSL BO</td><td>1.055</td><td>448</td><td>1.436</td><td>2.939</td></tr><tr><td>Accreditate</td><td>1.307</td><td>301</td><td></td><td>1.608</td></tr><tr><td>AOSP BO</td><td>247</td><td>59</td><td>368</td><td>674</td></tr><tr><td>IOR</td><td>27</td><td>13</td><td>46</td><td>86</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>2.636</td><td>821</td><td>1.850</td><td>5.307</td></tr></table>	D-Diagnostica	L-Laboratorio	R-Riabilitazione	T-Terapeutica	V-Visite	TOTALE ANNO 2018	1.250.074	9.635.762	307.856	390.659	1.136.945	12.721.296	D-Diagnostica	L-Laboratorio	R-Riabilitazione	T-Terapeutica	V-Visite	Scostamento da 2017	+5.653	+544.415	-16.181	-21.243	+18.448	+531.092		Accesso ordinario	Urgenza differibile	Agende interne integrate CUP	TOTALE	AUSL BO	1.055	448	1.436	2.939	Accreditate	1.307	301		1.608	AOSP BO	247	59	368	674	IOR	27	13	46	86	TOTALE	2.636	821	1.850	5.307
	D-Diagnostica	L-Laboratorio	R-Riabilitazione	T-Terapeutica	V-Visite	TOTALE ANNO 2018																																																	
	1.250.074	9.635.762	307.856	390.659	1.136.945	12.721.296																																																	
	D-Diagnostica	L-Laboratorio	R-Riabilitazione	T-Terapeutica	V-Visite	Scostamento da 2017																																																	
	+5.653	+544.415	-16.181	-21.243	+18.448	+531.092																																																	
		Accesso ordinario	Urgenza differibile	Agende interne integrate CUP	TOTALE																																																		
	AUSL BO	1.055	448	1.436	2.939																																																		
	Accreditate	1.307	301		1.608																																																		
	AOSP BO	247	59	368	674																																																		
	IOR	27	13	46	86																																																		
TOTALE	2.636	821	1.850	5.307																																																			

L'indice di consumo standardizzato 3 (tab. 1) per 1000 ab. (13.866 x 1000 ab.) è sostanzialmente in linea con quello regionale, con alcune differenze per aggregati di prestazioni: più alto nel Laboratorio, in linea nelle visite e più basso nella diagnostica, nella riabilitazione e nelle terapeutiche.

Tab. 1 – indice di consumo standardizzato anno 2018

Azienda USL di residenza	D- Diagnostica	L- Laboratorio	R- Riabilitazione	T- Terapeutica	V-Visite	CODIC I EXTRA- RER	TOTALE
PIACENZA	1.216,30	12.793,10	366,3	662,5	1.120,60	25,1	16.183,80
PARMA	1.435,80	9.075,80	441,8	457,5	1.320,50	14,6	12.746,00
REGGIO EMILIA	1.517,00	9.803,00	437,3	564,4	1.384,60	11	13.717,30
MODENA	1.484,10	11.402,70	287,3	482,1	1.233,80	13,1	14.903,10
BOLOGNA	1.373,40	10.467,70	329,1	417,6	1.258,90	19,5	13.866,20
IMOLA	1.318,00	9.747,30	279,3	531,4	1.144,50	16,6	13.037,30
FERRARA	1.676,30	10.157,80	376,6	497,5	1.401,20	18,1	14.127,70
ROMAGNA	1.387,50	8.243,40	299,9	532,9	1.188,90	12,6	11.665,20
TOTALE	1.430,10	9.932,50	343,8	503,8	1.256,10	15,5	13.481,70

Nel mantenere alta l'attenzione alla garanzia dei tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'Azienda, ha continuato a garantire lo sviluppo di azioni ed il monitoraggio delle attività volte ad ottimizzare l'utilizzo delle agende di prenotazione e l'appropriatezza prescrittiva.

In particolare, si è proceduto a:

- Ulteriore sviluppo della territorializzazione dell'offerta, al fine di migliorare la distribuzione territoriale per le prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata con:
 - Consolidamento attività urologica e dermatologica, diabetologica ed endocrinologica di AO SP sui distretti Lavino Samoggia Reno, San Lazzaro e Bologna.
 - Ampliamento offerta diabetologica sui distretti Pianura Est, Ovest e San Lazzaro
 - Attivazione ambulatori di maxillo facciale/odontoiatria su Vergato e Porretta
 - Riorganizzazione attività pneumologica ospedaliera e territoriale del distretto di Bologna
 - Riorganizzazione geriatria territoriale
 - Estensione attività UO Oculistica ospedaliera su ambulatori territoriali
 - Attivazione sperimentale dello screening per l'ambliopia sul distretto Pianura Est
 - Consolidamento dell'ampliamento dell'attività di gastroenterologia pediatrica OM
 - Apertura della Casa della Salute Navile con riorganizzazione delle attività
 - Decentramento dell'attività del privato accreditato dal distretto di Bologna verso gli altri distretti, a isorisorse:
 - Attivazione del poliambulatorio San Petronio a Calderara di Reno
 - Attivazione del poliambulatorio Marchesini a Fano

³ Fonte Banca dati regionale ASA - per la mobilità passiva extra regionale, non essendo ancora disponibile il dato 2018, si è utilizzato il 2017

	• Potenziamento offerta su Anzola (poliambulatorio La Salute e poliambulatorio Marchesini) • Potenziamento offerta sui distretti Lavino Samoggia Reno e San Lazzaro - Miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva: • Revisione del PDTA interaziendale "Persone adulte con diabete mellito" • Revisione del PDTA aziendale "Paziente affetto da carcinoma colonrettale" • Predisposizione del PDTA aziendale "Paziente pediatrico affetto da malattie infiammatorie croniche intestinali" • Predisposizione del PDTA aziendale "Paziente chirurgico bariatrico" • Predisposizione del percorso interaziendale di accesso alla visita allergologica Estensione del progetto Gastropack su distretto di San Lazzaro che ha portato complessivamente alla presa in carico, secondo questo modello, di 1510 pazienti in ambito aziendale con maggiore appropriatezza della diagnostica endoscopica • Aggiornamento del catalogo aziendale delle prestazioni specialistiche sul portale SoLE per le branche: angiologia, chirurgia vascolare, anestesia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, oculistica, ORL, chirurgia plastica, dermatologia, nefrologia, oncologia, pneumologia. • Nonostante il recupero del 61% della mobilità extraregionale per le RM rispetto al 2015 rimane critico l'indice di consumo standardizzato per RM colonna e muscolo scheletriche (59,34 prestazioni %o res.) che è superiore di 4,03 punti rispetto al dato regionale. Mentre l'indice di consumo standardizzato per TAC osteoarticolari (5,65 prestazioni %o res.) si posiziona al di 0,87 punti sotto del dato regionale. - Incremento delle prescrizioni e prenotazioni di controlli effettuate direttamente dagli specialisti che hanno in carico il paziente: nei primi 9 mesi 2018 i medici specialisti hanno effettuato complessivamente 374.503 prescrizioni (+1,21% vs. stesso periodo del 2017) di queste le prescrizioni di visite di controllo sono state 95.723 (+3,76% vs. stesso periodo del 2017)⁴ l'indicatore viene calcolato dalla regione, il dato relativo all'intero 2018 e verrà pubblicato sul Dashboard degli Indicatori InSiDER entro il 15 aprile - Applicazione della DGR 377/2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali": le prestazioni prenotate e disdette dall'utente con il dovuto anticipo sono state 1.502.113 (+9,6% vs. 2017). - Ampliamento delle prestazioni disponibili in prenotazione on line su CUPWEB regionale garantendo che l'offerta delle prestazioni di primo accesso (classe di priorità D della ricetta) prenotabili on-line sia l'80% di quella a sportello: in regime SSN sono disponibili per la prenotazione on line 887 tipologie di prestazioni (+58 vs 2017) (di cui 374 di laboratorio, 32 prime visite e 65 visite di medicina dello sport) e in libera professione 265. Nel corso del 2018 sono state effettuate on line 73.954 (+ 48%) prenotazioni, 22.786 (+182%) cambi di appuntamento e 22.505 disdette (+ 226%).
--	---

⁴ InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna 0713 e 0715 dato dei primi 9 mesi del 2018. Il dato annuale sarà pubblicato entro il 20 aprile 2019

Indice di performance TDA

Periodo: 01/10/19/01/20

Raggruppamento MAPS

	01/01-31/01		01/02-28/02		01/03-31/03		01/04-30/04		01/05-31/05		01/06-30/06		01/07-31/07		01/08-31/08		01/09-30/09		01/10-31/10		01/11-30/11		01/12-31/12	
	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA
Colonscopia	388	100%	773	100%	692	100%	692	100%	652	100%	692	100%	554	100%	624	100%	790	100%	619	100%	630	100%	472	100%
RMG	1.046	100%	952	100%	993	100%	998	100%	998	100%	998	100%	679	100%	594	100%	836	100%	1.000	100%	831	100%	648	100%
Endoscopia/colp	4.039	100%	3.567	100%	3.911	100%	3.911	100%	3.911	100%	3.911	100%	2.735	100%	2.539	100%	3.374	100%	3.200	100%	2.351	100%	2.322	100%
Ecografia Addome	3.556	100%	3.037	100%	3.301	100%	3.312	100%	3.312	100%	3.312	100%	2.331	100%	2.109	100%	3.029	100%	3.344	100%	2.760	100%	1.900	100%
Gastroscopia	942	100%	859	100%	885	100%	885	100%	885	100%	885	100%	598	100%	547	100%	881	100%	878	100%	792	100%	634	100%
TAC del Capo	430	100%	425	100%	448	100%	448	100%	448	100%	448	100%	361	100%	302	100%	447	100%	482	100%	383	100%	317	100%
TAC Addome	317	100%	248	100%	257	100%	257	100%	257	100%	257	100%	221	100%	226	100%	308	100%	302	100%	233	100%	217	100%
RMN Cerebrale	622	100%	591	100%	615	100%	616	100%	616	100%	615	100%	301	100%	369	100%	636	100%	641	100%	522	100%	321	100%
RMN Addome	85	100%	77	95%	94	100%	94	100%	94	100%	94	100%	64	100%	59	100%	75	100%	102	100%	83	92%	51	96%
RMN della Colonna	1.997	100%	1.724	100%	1.783	100%	1.783	100%	1.783	100%	1.783	100%	1.551	100%	1.469	100%	1.967	100%	2.014	100%	1.789	100%	1.389	100%
TAC Rachide e Spazio Vertebrale	147	100%	128	100%	141	100%	141	100%	141	100%	141	100%	99	98%	106	100%	142	100%	152	100%	104	100%	90	100%
TAC Cranio	14	100%	14	100%	14	100%	14	100%	14	100%	14	100%	14	100%	12	100%	13	100%	15	100%	21	100%	12	100%
TAC Torace	461	100%	461	100%	408	100%	408	100%	408	100%	408	100%	377	100%	370	100%	601	100%	488	100%	440	100%	374	100%
Ecografia Mammella	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	0	0%
Endoscopia/colp Cervicale	1.953	100%	1.515	100%	1.684	100%	1.684	100%	1.684	100%	1.684	100%	1.173	100%	940	100%	1.574	100%	1.618	100%	1.148	100%	1.134	100%
Elettrocardiogramma	1.591	100%	1.433	100%	1.502	100%	1.502	100%	1.502	100%	1.502	100%	888	100%	916	100%	1.882	100%	2.064	100%	1.476	100%	962	100%
Elettrocardiogramma Holter	483	100%	351	100%	505	100%	505	100%	505	100%	505	100%	330	100%	249	100%	400	100%	480	100%	419	100%	328	100%
Audiometria	657	100%	608	100%	559	100%	559	100%	559	100%	559	100%	354	100%	312	100%	519	100%	575	100%	535	100%	282	100%
Spirometria	657	100%	611	100%	657	100%	657	100%	657	100%	657	100%	403	100%	438	100%	615	100%	714	100%	651	100%	434	100%
Fondo Oculare	333	100%	267	100%	323	100%	325	100%	325	100%	325	100%	206	100%	191	100%	251	100%	251	100%	177	100%	180	95%
Mammografia	1.338	100%	943	100%	991	100%	991	100%	991	100%	991	100%	582	100%	443	100%	900	100%	887	100%	972	100%	532	100%
Ecografia capo e collo	1.989	100%	1.709	100%	1.781	100%	1.781	100%	1.781	100%	1.781	100%	1.250	100%	1.010	100%	1.673	100%	1.882	100%	1.691	100%	1.170	100%
Ecografia sintetica e ginecologia	1.131	100%	1.089	100%	1.115	100%	1.118	100%	1.118	100%	1.118	100%	876	100%	559	100%	1.124	100%	1.205	100%	1.140	100%	816	100%
ECG da sforzo	259	100%	243	100%	245	100%	245	100%	245	100%	245	100%	155	100%	101	100%	229	100%	245	100%	216	100%	142	100%
RMN muscolo scheletrica	1.951	100%	1.735	100%	1.882	100%	1.882	100%	1.882	100%	1.882	100%	1.367	100%	1.189	100%	1.782	100%	1.994	100%	1.577	100%	971	100%
Visita Oculistica	3.285	100%	2.937	99%	3.435	100%	3.435	100%	3.435	100%	3.435	100%	2.797	100%	2.369	100%	3.255	100%	3.381	100%	2.949	100%	2.068	100%
Visita Urologica	919	100%	885	100%	910	100%	910	100%	910	100%	910	100%	548	100%	388	100%	762	100%	892	100%	876	100%	514	100%
Visita Psichiatrica	1.488	100%	1.459	100%	1.607	100%	1.607	100%	1.607	100%	1.607	100%	1.083	100%	1.044	100%	1.740	100%	1.830	100%	1.626	100%	1.028	100%
Visita Endocrinologica	790	100%	569	100%	878	100%	878	100%	878	100%	878	100%	599	100%	552	100%	642	100%	799	100%	811	100%	400	100%
Visita Neurologica	883	99%	714	99%	835	99%	835	99%	835	99%	835	99%	607	100%	528	100%	889	99%	948	100%	945	100%	574	100%
Visita Ortopedica	1.787	100%	1.598	100%	1.728	100%	1.728	100%	1.728	100%	1.728	100%	1.539	100%	1.325	100%	1.729	100%	1.871	100%	1.631	100%	1.099	100%
Visita Oncologica	91	100%	81	100%	91	100%	91	100%	91	100%	91	100%	68	100%	49	100%	70	100%	93	100%	77	100%	66	100%
Visita Cardiologica	2.400	100%	2.012	100%	2.263	100%	2.263	100%	2.263	100%	2.263	100%	1.618	100%	1.395	100%	2.345	100%	2.564	100%	2.224	100%	1.568	100%
Visita Ginecologica	1.072	100%	1.154	100%	1.142	100%	1.142	100%	1.142	100%	1.142	100%	921	100%	648	100%	1.072	100%	1.083	100%	1.082	100%	625	100%
Visita Dermatologica	3.832	100%	2.961	100%	3.181	100%	3.181	100%	3.181	100%	3.181	100%	2.789	100%	2.310	100%	2.871	100%	2.895	100%	2.954	100%	2.131	100%
Visita Otorinolaringoiatrica	2.957	100%	2.570	100%	2.910	100%	2.910	100%	2.910	100%	2.910	100%	1.899	100%	1.713	100%	2.279	100%	2.298	100%	2.303	100%	1.278	100%
Visita Chirurgia Viscerale	399	99%	181	100%	221	100%	221	100%	221	100%	221	100%	138	99%	86	99%	121	99%	137	100%	123	100%	103	99%
Visita Gastroenterologica	555	100%	879	100%	977	100%	977	100%	977	100%	977	100%	383	100%	404	100%	583	100%	471	100%	459	100%	335	99%
Visita Pneumologica	309	100%	663	100%	707	99%	707	99%	707	99%	707	99%	549	100%	536	100%	793	100%	872	99%	782	100%	610	96%
Visita Diabetologica	441	100%	356	100%	402	100%	402	100%	402	100%	402	100%	369	100%	379	100%	515	100%	578	100%	548	100%	384	100%
Visita Sessuologia	94	100%	140	100%	135	100%	136	100%	136	100%	136	100%	78	100%	74	100%	155	100%	132	100%	125	100%	96	100%
Totale	48.170	100%	42.551	100%	46.348	100%	46.348	100%	44.141	100%	44.141	100%	33.616	100%	29.452	100%	43.846	100%	46.215	100%	40.526	100%	28.586	100%
N. e % Prestazioni con TTP > 95%	41	100%	40	100%	40	100%	40	100%	40	100%	40	100%	41	100%	40	100%	41	100%	40	100%	40	100%	40	100%
di cui																								
Dispositivi	26.107	100%	23.361	100%	24.887	100%	24.887	100%	22.475	100%	22.855	100%	19.995	100%	17.591	100%	15.662	100%	24.698	100%	25.393	100%	21.013	100%
N. e % Prestazioni con TTP > 95%	25	100%	24	100%	24	100%	24	100%	24	100%	24	100%	25	100%	24	100%	25	100%	24	100%	24	100%	24	100%
di cui																								
Visite	22.013	100%	18.230	100%	21.433	100%	21.433	100%	17.365	100%	20.286	100%	17.088	100%	15.895	100%	13.790	100%	19.808	100%	20.862	100%	18.512	100%
N. e % Prestazioni con TTP > 95%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%

Le azioni messe in atto hanno consentito di mantenere stabilmente i tempi di attesa entro gli standard previsti per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per gli accessi ordinari.

Relativamente alle prestazioni con priorità B (urgenze differibili), fino a ottobre 2018 un'errata impostazione del Tempo Massimo di Attesa su MAPS (che considerava una soglia di 30 gg. per le visite e 60 per le prestazioni strumentali anche per le urgenze differibili) ha sempre fatto apparire positivi gli Indici di Performance di tutte le prestazioni.

A ottobre in seguito alla correzione di questa anomalia si è evidenziato un IP complessivo annuale per le urgenze differibili dell'82,6%. Si è poi verificato che per garantire il rispetto del tempo massimo di attesa per le urgenze differibili in area metropolitana, dal 2008 era stato impostato un blocco sul sistema di prenotazione CUP per impedire la visualizzazione dell'offerta e la prenotazione con una finestra temporale di 7 giorni lavorativi, mentre il calcolo MAPS corretto è di 7 giorni di calendario.

Non appena evidenziato questo scostamento è stato richiesto l'adeguamento del sistema di prenotazione CUP che però è divenuto operativo solo fra il 19 e il 20 di febbraio 2019. Nonostante questo errore di impostazione non abbia consentito il rispetto degli IP richiesti dagli obiettivi regionali è stato possibile però di rispettare i parametri ministeriali che sono fissati a 10 giorni.

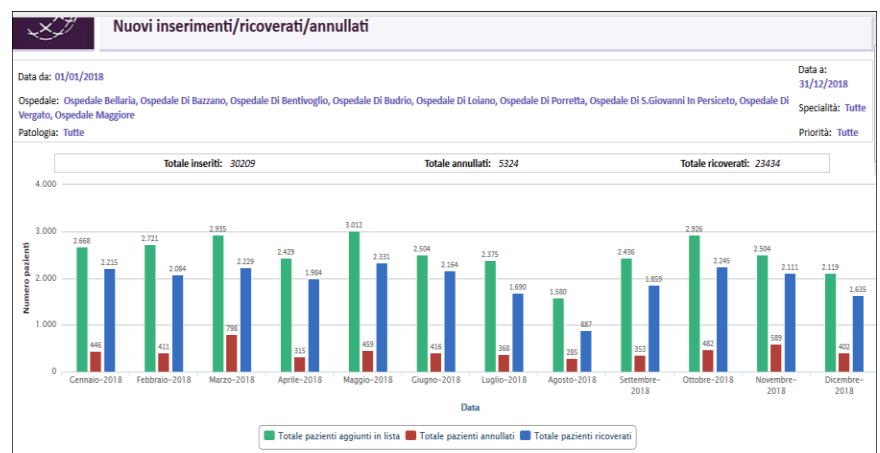
Le prestazioni che nel corso dell'ultimo anno hanno richiesto più impegno per assicurare i tempi di attesa sono l'endocrinologia, la diabetologia, la reumatologia sulle quali è in atto una riorganizzazione dell'offerta, la Tac (addome e torace) per la quale si è ricorsi alla SIMILALP e la visita

neurochirurgica che risente di una inappropriata richiesta. A questo proposito da inizio anno è stato implementato un percorso per la corretta gestione del paziente con lombalgia, che al momento richiede un rinforzo informativo sui prescrittori, che si sta programmando per il 2019.

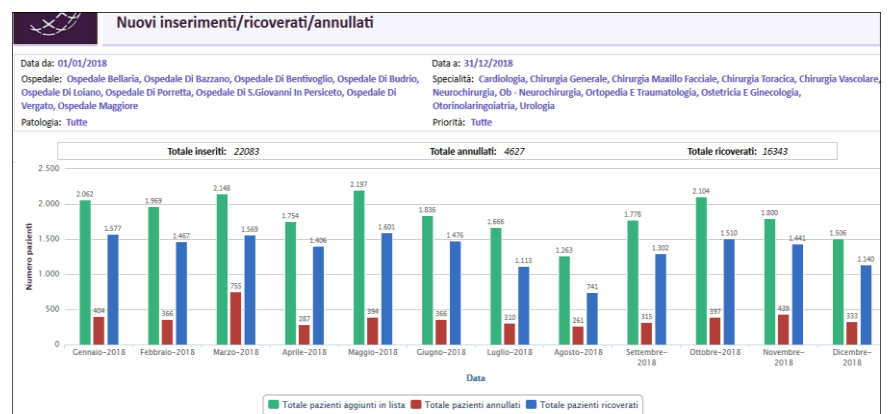
LISTA D'ATTESA E TEMPI D' ATTESA PER I RICOVERI PROGRAMMATI

In merito alla corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa (SIGLA), il grafico che segue rappresenta l'andamento della lista d'attesa dell'azienda per tutte le discipline presenti (SIGLA e non SIGLA) a far data dal 1/1/2018. Nello stesso periodo sono stati inseriti 30.209, casi di cui 23.454 15.500 ricoverati e 5.324 annullati. Quanto rappresentato permette di definire la nuova lista d'attesa in equilibrio.

Patologie SIGLA e NON SIGLA da 1/1/2018 al 31/12/2018



Il grafico seguente rappresenta solo le patologie discipline SIGLA a tutto il giorno 31.12.2018 a far data dal 1/1/2018



I casi inseriti sono oltre 22.000, i ricoverati oltre 16.300 e gli annullati circa 4.600, con un bilancio tra entrati in lista ed usciti (ricoverati e annullati).

Per quanto il rispetto dei tempi d'attesa (Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO) per le patologie oggetto di monitoraggio Regionale e Ministeriale, i risultati sono rappresentati nella tabella che segue:

		% casi trattati entro la classe prevista	
		Valore atteso	Anno 2017 Situazione al 31 dicembre 2018
Tumori maligni mammella	>90%	86,4	97,3
Tumori maligni Polmone	>90%	92	98,8
Tumori maligni Colon	>90%	89	93,9
Tumori maligni del Retto	>90%	NV	92,3
Tumori maligni Prostata ⁽⁵⁾	>90%	18,5	75,4
Tumori maligni dell'utero	>90%	79,2	94,7
% casi trattati entro la classe			
		Valore atteso	Anno 2017 Situazione al 31 dicembre 2018
Carotidi ⁶	>90%	50,2	29,1
Protesi anca entro 180 giorni	>90%	78	88,9
Ernia inguinale	>90%	58	94,7
Emorroidi	>90%	72	91,9
Tonsille	>90%	76,5	71,4
Coronarografia	>90%	90,4	99,4

I dati relativi all'anno 2018 sono molto incoraggianti soprattutto se confrontati con l'anno 2017. Restano ancora critiche alcune patologie di cui quelle più rilevanti sono rappresentate dai tumori della prostata e dalle patologie ostruttive delle carotidi. Notevole miglioramento si e' invece ottenuto incrementando l'attività negli ospedali Spoke per quanto riguarda ernie ed emorroidi (soprattutto attraverso l'attivazione del programma medio bassa complessità chirurgica).

Nella In tabella seguente sono riportati i tempi medi d'attesa per l'anno 2018 per i pazienti ricoverati per patologie oncologiche oggetto di monitoraggio regionale e ministeriale

Nella tabella di pagina seguente sono riportati i tempi medi d'attesa per l'anno 2018 per i pazienti ricoverati per patologie oncologiche oggetto o meno di monitoraggio regionale e ministeriale.

⁵ 4 tumori prostata inseriti come da linee di indirizzo RER in classe B, uno di questi oltre tempo

⁶ Dal giorno 1/10/2018 la SC di Chirurgia vascolare e' Interaziendale con Azienda capofila la AOU di Bologna.

PATOLOGIA		A	B	Totale
TUMORI MALIGNI COLON	Numero	180		180
	Tempo medio attesa (gg)	15,1		15,1
TUMORI MALIGNI CORPO DELL'UTERO	Numero	38	4	42
	Tempo medio attesa (gg)	23,7	45,3	24
TUMORI MALIGNI MAMMELLA DELLA DONNA	Numero	746	11	757
	Tempo medio attesa (gg)	18,5	41,8	23
TUMORI MALIGNI PROSTATA	Numero	61	4	65
	Tempo medio attesa (gg)	26,9	65	28
TUMORI MALIGNI TRACHEA, BRONCHI E POLMONI	Numero	168		168
	Tempo medio attesa (gg)	14,2		12,02
Nr. totale		1258	21	1279
Tempo medio di attesa (gg)		19,3	47	20,68

PATOLOGIA	CLASSE A		CLASSE B		CLASSE C
	N	ATTESA MEDIA	N	ATTESA MEDIA	ATTESA MEDIA
ALTRE NEOPLASIE MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED ISTIOCITARIO	29	13,4	1	1,0	
ALTRE PNEUMOPATIE ALVEOLARI E PARIETOALVEOLARI	1	12,0	1	31,0	
ALTRI TUMORI MALIGNI DELLA CUTE	31	15,8	2	53,0	
CARCINOMI IN SITU DELLA MAMMELLA E DELL'APPARATO UROGENITALE	11	17,8	2	43,5	
TUMORI DELLA LINGUA	19	10,8	1	35,0	
TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DEGLI APPARATI DIGERENTE E RESPIRATORIO	8	14,4			
TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DEGLI ORGANI UROGENITALI	14	52,8	1	39,0	
TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DELLE GHIANDOLE	1	27,0			

ENDOCRINE E DEL SISTEMA NERVOSO					
TUMORI DI COMPORTAMENTO					
INCERTO DI ALTRI E NON SPECIFICATI TESSUTI E SEDI	4	15,8			
TUMORI DI NATURA NON SPECIFICATA	1	21,0			
TUMORI MALIGNI DEI NERVI CRANICI	1	4,0			
TUMORI MALIGNI DEL COLLO DELL'UTERO (CERVICE UTERINA)	1 1	25,1	3	57,7	
TUMORI MALIGNI DEL COLON	1 8 0	15,1			
TUMORI MALIGNI DEL CONNETTIVO E DI ALTRI TESSUTI MOLLI	1 8	15,5	2	27,0	
TUMORI MALIGNI DEL CORPO DELL'UTERO	3 8	23,7	4	45,3	
TUMORI MALIGNI DEL FEGATO E DEI DOTTI BILIARI INTRAEPATICI	3 7	18,2			
TUMORI MALIGNI DEL MIDOLLO SPINALE	2	9,0	1	43,0	
TUMORI MALIGNI DEL PANCREAS	5 0	12,0	1	,0	
TUMORI MALIGNI DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA	8	14,4	1	58,0	
TUMORI MALIGNI DEL PENE E DEGLI ALTRI ORGANI GENITALI MASCHILI	7	39,3			
TUMORI MALIGNI DEL RENE E DI ALTRI E NON SPECIFICATI ORGANI URINARI	1 2 1	28,1	4	42,8	
TUMORI MALIGNI DEL RETTO, DELLA GIUNZIONE RETTOSIGMOIDEA E DELL'ANO	6 5	17,6	2	35,5	
TUMORI MALIGNI DEL RINOFARINGE	1 3	7,0	1	36,0	1 28,0
TUMORI MALIGNI DEL TESTICOLO	1 7	16,4			
TUMORI MALIGNI DEL TIMO, DEL CUORE E DEL MEDIASTINO	1 7	18,6			
TUMORI MALIGNI DELL'ENCEFALO	5 7	9,2	7	28,4	
TUMORI MALIGNI DELL'ESOFAGO	7	13,4			
TUMORI MALIGNI DELL'INTESTINO TENUE, COMPRESO IL DUODENO	1 0	18,0			
TUMORI MALIGNI DELL'IPOFARINGE	4	5,3			
TUMORI MALIGNI DELL'OCCHIO	3	77,7			
TUMORI MALIGNI DELL'OROFARINGE	6	14,2	1	42,0	
TUMORI MALIGNI DELL'OVAIO E DEGLI ALTRI ANNESSI UTERINI	9	9,3	1	2,0	

TUMORI MALIGNI DELLA GHIANDOLA TIROIDE		4 4	15,7	3 4	49,0	
Patologie Oncologiche (segue)	Classe A		Classe B		Classe C	
	N.	GG Attesa	N.	GG Attesa	N.	GG Attesa
TUMORI MALIGNI DELLA LARINGE	39	15,8	1	42,0		
TUMORI MALIGNI DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	746	18,5	1 1	41,8		
TUMORI MALIGNI DELLA PLEURA	17	9,4				
TUMORI MALIGNI DELLA PROSTATA	61	26,9	4	65,5		
TUMORI MALIGNI DELLA TRACHEA, DEI BRONCHI E DEI POLMONI	168	14,2				
TUMORI MALIGNI DELLA VESCICA	441	52,6	2 8	45,7	4	188,8
TUMORI MALIGNI DELLE ALTRE GHIANDOLE ENDOCRINE E STRUTTURE CONNESSE	1	2,0				
TUMORI MALIGNI DELLE CAVITA NASALI, DELL'ORECCHIO MEDIO E DEI SENI PARANASALI	21	9,2	1	10,0		
TUMORI MALIGNI DELLE COLONNA VERTEBRALE ,ESCLUSI IL SACRO E IL COCCIGE	1	12,0				
TUMORI MALIGNI DELLE GENGIVE	4	9,8				
TUMORI MALIGNI DELLE GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI	11	16,4	1	63,0		
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRA	5	15,6				
TUMORI MALIGNI DELLE MENINGI CEREBRALI	1	16,0				
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA DEL CRANIO E DELLA FACCIA, ESCLUSA LA MANDIBOLA			3	20,7	1	75,0
TUMORI MALIGNI DELLO STOMACO	59	14,3				
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E MAL DEFINITE SEDI	4	16,8				
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE PARTI DELLA BOCCA	11	15,2				
TUMORI MALIGNI DI ALTRI E NON SPECIFICATI ORGANI GENITALI FEMMINILI	5	19,6				
TUMORI MALIGNI SECONDARI DEGLI APPARATI RESPIRATORIO E DIGERENTE	23	13,7				

TUMORI MALIGNI SECONDARI DEL FEGATO	12	15,0			
TUMORI MALIGNI SECONDARI DI ALTRE SEDI SPECIFICATE	8	5,0			
TUMORI MALIGNI SECONDARI DI ENCEFALO E MIDOLLO SPINALE	6	9,0	1	31,0	
TUMORI MALIGNI SECONDARI DI OSSO E MIDOLLO OSSEO	1	13,0			
TUMORI MALIGNI SECONDARI E NON SPECIFICATI DEI LINFONODI	5	19,8			

Ad eccezione di alcune patologie in ambito Urologico riconducibili a papillomi/uroteliomi vescicali i Tempi di attesa per le classi A sono ben controllati.

La tabella sotto riportata rappresenta i tempi d'attesa per le patologie non oncologiche trattate nell'anno 2018 oggetto di monitoraggio regionale e ministeriale. Nel corso del 2018 l'Azienda ha scelto di associare a tali patologie anche le colecistectomie.

GRUPPO_PATOLOGIA	CLASSE A		CLASSE B		CLASSE C		CLASSE D	
	N°	ATTES A MEDIA	N°	ATTES A MEDIA	N°	ATTES A MEDIA	N°	ATTESA MEDIA
ARTROSI LOCALIZZATA PRIMARIA, ANCA			3	57,7	32	78,9		
ARTROSI LOCALIZZATA SECONDARIA, ANCA	1	33,0	4	45,5	3	118,3	1	93,0
ARTROSI NON SPECIFICATA SE GENERALIZZATA O LOCALIZZATA, ANCA					1	279,0		
COLELITIASI	5	30,8	170	53,8	298	84,4	7	81,9
CORONAROGRAFIA	241	13,5	258	27,4	22	59,5	1	255,0
EMORROIDI	2	19,5	39	50,7	100	77,2	8	92,8
ERNIA INGUINALE			113	46,8	676	67,5	16	102,9
MALATTIE CRONICHE DELLE TONSILLE E DELLE ADENOIDI	4	17,0	86	47,7	232	115,5	3	104,3
OCCLUSIONE E STENOSI DELLE ARTERIE PRECEREBRALI	101	54,6	12	88,2	4	101,8		
Totale	354	28,1	685	52,2	1368	109,1	36	121

Complessivamente i dati sono soddisfacenti, soprattutto per quanto riguarda le patologie non oncologiche cui è stata assegnata dai professionisti la classe di priorità massima (classe A).

62. Facilitazione dell'accesso

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	AUSL di Bologna con il coinvolgimento di AUSL, AOSP, IOR, privato accreditato, CUP 2000
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Facilitare l'accesso per le richieste in regime di urgenza differibile e urgenza 24 ore, affinché il MMG possa definire un primo inquadramento diagnostico, che in molti casi consente evitare l'ospedalizzazione. Migliorare l'accesso in particolari percorsi diagnostici e di presa in carico.
Descrizione	Facilitare l'accesso per le richieste in regime di urgenza differibile e urgenza 24 ore attraverso l'implementazione del nuovo Protocollo Interaziendale Urgenze (PIU). Riorganizzare il percorso di accesso per particolari problematiche diagnostiche e di presa in carico a partire da: patologie uditive, allergologiche, coagulative, OSAS.
Destinatari	Tutti i cittadini
Azioni previste	Revisione delle agende per la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali su AUSL, AOSP, IOR, privato accreditato per l'implementazione del nuovo Protocollo Interaziendale Urgenze (PIU). Applicazione Percorso interaziendale per la presa in carico di pazienti con patologie uditive Definizione percorso di accesso all'allergologia ed esami correlati Costruzione percorso di accesso agli esami della coagulazione Percorso di diagnosi e presa in carico pazienti con OSAS.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AOSP, IOR, Privato accreditato, CUP2000
Referenti dell'intervento	UOC Committenza e Specialistica ambulatoriale, DCP, Dip. Ospedalieri coinvolti
Novità rispetto al 2018	Scheda 32 Monitoraggio Indicatori locali.doc (tabelle in allegato)

63. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi di emergenza urgenza- Pronto Soccorso

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

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

Razionale	Migliorare input e l'output per il PS con interventi di potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari, per l'attuazione di percorsi di presa in carico alternativi all'accesso in Pronto Soccorso.
Descrizione	Il progetto intende intervenire nei seguenti ambiti: 1) Sviluppo a livello distrettuale della collaborazione e integrazione tra MMG e servizi socio-sanitari per interventi preventivi e precoci all'invio al PS 2) accesso a PS da CRA: relazione su PAI ed intervento per pazienti in terapia palliativa 3) Interazione/integrazione con i centri territoriali Disturbi Cognitivi e Demenza per riaffidare il paziente a stabilizzazione avvenuta 4) interfaccia PS/cure palliative/territorio per pazienti a fine vita (non solo per patologia oncologica, es BPCO, Scompenso)
Destinatari	Pazienti con disabilità fisica e/o intellettiva, anziani fragili con pluripatologie
Azioni previste	Per quanto riguarda i pazienti con grave disabilità fisica e/o intellettiva è in vigore una Istruzione Operativa del Presidio ospedaliero unico Ausl Bologna (IO 03 POUA) rivista nella maggio 2017 dal titolo: percorso di accesso agevolato a persona diversamente abile (D.A.M.A.) presso i Pronto Soccorso/Punti di Primo Intervento dell'Ausl Bologna I contenuti della suddetta Istruzione Operativa possono essere applicati anche ai pazienti anziani fragili pluripatologici. Prevedere la presenza/disponibilità (in relazione alle dimensioni della struttura di PS) di infermiere del servizio di assistenza domiciliare e/o di assistente sociale che fungano da facilitatori per il percorso di rientro al domicilio del paziente.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Dipartimento cure primarie, servizio sociale comunale, Associazioni dei cittadini, UASS, DSM, UO Cure Palliative, DATER
Referenti dell'intervento	UO PS Emergenza territoriale Spoke
Novità rispetto al 2018	Azioni da sviluppare: 1. definire linee di indirizzo e protocolli volti a migliorare l'accessibilità e la gestione dei percorsi in emergenza-urgenza (es. iperafflusso), inclusa l'organizzazione delle risorse tecniche e professionali e l'adozione di strumenti di comunicazione ai cittadini che orientino in modo appropriato sull'accesso all'intero sistema;

Nel 2018 il piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso (PEIMAF), specificatamente per l'iperafflusso dei feriti, ha visto proseguire l'impegno di un lavoro multiprofessionale.

È stato condiviso un piano omogeneo per i PS dell'Azienda e si è conclusa l'integrazione delle interfacce in particolare con i sistemi/applicativi/UO dell'Ospedale per accedere in modo semplificato in particolare alla diagnostica per immagini e al laboratorio.

Nel 2018 si è concretizzato il Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS) predisposto nel 2017, in relazione agli obiettivi contenuti nelle Linee di indirizzo Regionale, in particolare sui tempi standard cui tendere.

Si è teso a migliorare il throughput: fast-track, consulenze e diagnostica per immagini.

È in corso di monitoraggio anche il rilievo del N° di pz con tempo di permanenza (tempo dall'accettazione in triage alla dimissione/ricovero escluso i pz ricoverati in OBI) in PS entro 6h/totale pz che accedono in PS.

Rispetto al tempo di permanenza in PS (vedi tabella seguente) le mediane calcolate sul primo semestre 2018 dimostrano un tendenziale peggioramento dei tempi di permanenza (confronto anno 2017 – 1° sem 2018) degli ospedali Hub (Maggiore e Bentivoglio) a fronte di un incremento degli accessi. Negli altri ospedali si registra invece un trend di miglioramento o stabilità del tempo di permanenza.

Permanenza in PS generale (mediana espressa in minuti) e variazione % accessi 1° sem 2017-1° sem 2018

	ANNO 2017	1° SEM 2018	Var % accessi (cfr 1 sem)
PS Bentivoglio	187	198	3,40%
PS Maggiore	255	277	5,30%
PPI Loiano	78	77	-1,06%
PS Vergato	134	135	-7%
PS SGP	191	187	-2%
PS Bazzano	161	147	1,90%
PS Porretta	114	117	-0,20%
PS Budrio	135	141	-0.2%

2. definire metodologie di individuazione delle necessità relative alle strutture di Pronto Soccorso in termini di dotazioni, competenze e di assetti logistici;

È in corso di completamento la ristrutturazione del PS di Bentivoglio (apertura prevista per fine 2019); è stato deliberato il progetto di ristrutturazione dell'area dei Codici Verdi nel PS Maggiore, con ridefinizione lay out, organizzazione in open space e sensibile incremento degli spazi di gestione e di attesa dei pz

3. promuovere iniziative formative trasversali e dove pertinente (es. violenza e abuso) condivise con gli altri servizi della rete sanitaria e sociale del territorio

Partecipazione di operatori della Emergenza Territoriale e della CO 118 EE al corso Regionale su "La violenza di Genere"

4. migliorare l'appropriatezza e l'efficacia nei percorsi per pazienti cronici (es. BPCO) con particolare attenzione al funzionamento dell'interfaccia con i servizi territoriali (cure intermedie e cure primarie);

E' stata condotta una prima fase di gestione in Ps e MEU di pz "cronici/fragili" con la presenza ad Infermiere di Continuità per la precoce presa in carico sul piano assistenziale e sociale di bisogni di utenti che potessero così giovare di risposte alternative al ricovero nell'ambito di un più ampio processo di mantenimento della domiciliarità.

Inoltre da luglio 2018 sono stati creati percorsi facilitati di 1° livello per profili di prestazioni che non trovano risposta all'interno delle CRA, creando punti di offerta facilitati che bypassino l'accesso in PS che deve rimanere la sede privilegiata solo per le prestazioni ad elevata complessità. Per accedere al

	percorso sono fondamentali i seguenti step:la valutazione del personale Medico di struttura;la presenza della prescrizione su ricettario del servizio sanitario regionale, con indicazione urgenza 24 ore Nella fase iniziale dell'avvio del progetto si sono individuati come sedi di offerta solo alcuni punti di erogazione che saranno da maggio 2019 estesi su più sedi, seguendo una logica sovra-distrettuale. Le prestazioni oggetto di questo percorso facilitato sono: Indagine Radiologica a segmenti ossei e torace;Visita specialistica Urologica per es. sostituzione di catetere vescicale di difficile inserimento;Sostituzione di CVC PIC e Medline 5. adottare strumenti di monitoraggio dei percorsi in emergenza urgenza mediante il miglioramento/implementazione di specifici strumenti informativi o mediante l'integrazione di quelli esistenti; Il sistema informatico aziendale supporta la rilevazione di tutte le informazioni necessarie al monitoraggio corrente dei tempi di attesa e di quelli di processo per l'elaborazione del set di indicatori semplici e compositi (NEDOCS), previsti dalle linee di indirizzo, scelti per ogni stabilimento Ospedaliero. Sono monitorati costantemente gli Ospedali Maggiore (PS generale, ortopedico, pediatrico e PPI ostetrico_ginecologico) e Bentivoglio (PS generale). 6. individuare la metodologia più adeguata per garantire la sicurezza del personale e degli utenti. In PS è stata potenziata la presenza di Guardia giurata in PS dedicata al solo personale; inoltre in ps del Maggiore è stata potenziata la presenza in tutti gli spazi di pulsanti di emergenza in grado di attivare la Sicurezza interna. È stata inoltre attivata la procedura sulla Violenza sugli operatori, con avvio di procedura da parte del Rischio Clinico. E' stato realizzato corso per gli operatori sul tema della "de-escalation" per la identificazione del pz a rischio di sviluppare azioni aggressive Beneficiari: pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso volontariato. Elementi di trasversalità/integrazione Per tutte le azioni si prevede il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (servizi sanitari e sociali, enti locali ed altre istituzioni ove appropriato, associazioni di volontariato in particolare se impegnate nel contesto dell'emergenza-urgenza). Indicatori 1. Produzione di linee di indirizzo e monitoraggio dell'implementazione: N° di aziende che hanno adottato le linee di indirizzo/N. aziende sanitarie della RER. 2. Presenza di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovraffollamento, appropriatezza, ecc.). 3. Promozione
--	---

64. CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di San Lazzaro di Savena Unione Valle Savena e Idice Ausl di Bologna-Distretto di San Lazzaro di Savena Asp Laura Rodriguez y Laso De Buoi
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	La società attuale è una realtà complessa e fortemente mutata rispetto al passato. Le nuove povertà, a seguito della crisi economica, le nuove organizzazioni familiari, l'esclusione sociale, l'emergenza stranieri, le nuove fragilità, sono alcuni dei fattori che caratterizzano il contesto socio-economico attuale e, al contempo, fanno emergere aspetti fragili e vulnerabili del sistema stesso. Pertanto, è fondamentale che i servizi territoriali mettano in campo azioni e sinergie, capaci di rispondere ai bisogni complessi dell'utenza.
Descrizione	Secondo la DGR n.1012/2014, il Servizio Sociale Territoriale ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. Nell'ottica di rinforzare la valenza organizzativa distrettuale del Servizio Sociale Territoriale, il Distretto di San Lazzaro di Savena si trova, attualmente, in fase di definizione e costruzione del percorso di unitarietà nella gestione dei servizi. Infatti, nel 1/01/2015 si è costituita l'Unione Valle Savena e Idice, composta dai Comuni di Loiano, Monghidoro, Monterezeno, Ozzano e Pianoro, che formano, assieme al Comune di San Lazzaro di Savena (quale comune capofila) il Distretto di San Lazzaro di Savena. Successivamente, a partire dal 14/09/2017, sono stati conferiti i seguenti servizi dei cinque Comuni, relativi all'Area Welfare, all'Unione Valli Savena e Idice: Servizi Sociali, Politiche Abitative, Politiche Giovanili e Pari Opportunità. Per quanto riguarda i servizi di disabilità e per i minori, i singoli comuni del Distretto hanno delegato le funzioni di gestione direttamente all'Ausl del Distretto di San Lazzaro di Savena. Attualmente gli operatori presenti nei servizi territoriali sono i seguenti (dati da Regione Emilia-Romagna, anno 2016): AUSL: - SERVIZIO SOCIALE MINORI: • ASSISTENTI SOCIALI: 11 TOTALE MONTE ORE SETTIMANALI: 396 - SERVIZIO ADULTI DISABILITA': • ASSISTENTI SOCIALI: 4 TOTALE MONTE ORE SETTIMANALI: 120 COMUNE DI SAN LAZZARO DI SAVENA:

	- AREA ADULTI/ANZIANI: • ASSISTENTI SOCIALI: 9 TOTALE MONTE ORE SETTIMANALI: 311 • AMMINISTRATIVO (SPORTELLO SOCIALE): 3 TOTALE MONTE ORE SETTIMANALI: 84 UNIONE SAVENA IDICE: - AREA ADULTI/ANZIANI: • ASSISTENTI SOCIALI: 9 TOTALE MONTE ORE SETTIMANALI: 306 • AMMINISTRATIVO (SPORTELLO SOCIALE): 5 TOTALE MONTE ORE SETTIMANALI: 123 Infine, all'interno della gestione dei servizi territoriali, vi è il ruolo fondamentale dell'Asp "Laura Rodriguez" che, nel corso degli anni, ha visto una maggiore affermazione della propria funzione. Infatti, nel 2017, è in capo all'Asp la gestione dei centri diurni per disabili minori, e i centri semiresidenziali per adulti gravi presenti nel territorio distrettuale. Inoltre, dal 1/01/2018, l'Asp ha la completa gestione amministrativa per tutti i comuni del Distretto, in merito ai servizi di assistenza domiciliare, servizio di dimissioni protette, badando e il servizio di telesoccorso.
Destinatari	I cittadini residenti nel Distretto di San Lazzaro di Savena
Azioni previste	- Procedere con l'attività di riorganizzazione del servizio sociale territoriale; - Promuovere una maggiore integrazione tra i servizi territoriali in merito a aree specifiche di intervento (L.R. 14/15, RES, REL,...) - Attivare percorsi di formazione per gli operatori dei sportelli sociali e del servizio sociale territoriale.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi integrati con il servizi di area sanitaria e sociosanitaria, il servizio del lavoro, gli uffici scolastici e le politiche educative, e le politiche abitative.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni, Unione, Asp, Ausl
Referenti dell'intervento	Responsabili dei Servizi

Totale preventivo 2019: **689.151,46 €**

Risorse dei comuni

- SAN LAZZARO DI SAVENA: **493.454,40 €**
- MONGHIDORO: **6.000,00 €**
- MONTERENZIO: **36.000,00 €**

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **153.697,06 €**

65. Livelli essenziali delle prestazioni sociali nei Comuni della Città metropolitana di Bologna

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Promuovere equità di accesso e delle opportunità del cittadino in tutta l'area metropolitana Verso un nuovo Welfare metropolitano: dalla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni all'innovazione sociale per il contrasto alle disuguaglianze e all'impoverimento
Descrizione	La definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) è solitamente subordinata alla presenza di un livello adeguato di finanziamenti per garantirne l'implementazione. In assenza di finanziamenti che possano rendere esigibili i diritti stabiliti dai LEPS, si può adottare un approccio mirato a definire i LEPS attualmente erogabili, a condizioni e finanziamenti dati. Seguendo tale approccio, i LEPS possono essere operativamente classificati nella maniera seguente: • LEPS intesi come garanzia della presenza di determinati servizi. La stessa Legge 328/2000 ha definito un elenco di servizi da prevedere e la legislazione regionale ha introdotto altri servizi da assicurare a livello locale. • LEPS intesi come prestazioni da erogare nei limiti di uno stanziamento definito. Si tratta di prestazioni che vengono solitamente definiti in ambito locale, ma che spesso sono previste anche nella legislazione regionale. Si rende opportuno un impulso per omogeneizzare almeno le priorità di accesso, i requisiti qualitativi delle prestazioni, i criteri minimi di garanzia delle prestazioni. • LEPS che devono essere erogati per disposizioni di legge. Alcuni interventi sociali dei Comuni sono senz'altro da garantire per prescrizioni legislative (ad esempio, la presa in carico di minori privi di sostegni familiari) o di disposizioni della magistratura (ad esempio, la tutela di persone non in grado di provvedere a se stesse). • LEPS erogati dall'INPS: prestazioni assistenziali effettivamente esigibili, in presenza dei requisiti di accesso previsti.
Destinatari	
Azioni previste	L'attuazione delle leggi regionali in materia di welfare, del piano sociale e sanitario regionale, delle programmazioni di zona per la salute e il benessere sociale, non ha colmato le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi. La spesa sociale dei Comuni metropolitani è ancora estremamente diversificata. E' quindi opportuno definire un livello minimo delle prestazioni sociali, da garantire a tutti i cittadini dell'area metropolitana bolognese, attraverso un utilizzo delle risorse disponibili che sia maggiormente orientato all'equità sociale. L'analisi dei LEPS verrà condotta attraverso diverse azioni: 1. Rilevazione dei bisogni sociali, utilizzando prioritariamente il Sistema informativo degli sportelli sociali;

	2. Identificazione dei flussi di spesa e della dinamica degli ultimi 5 anni, utilizzando le rilevazioni esistenti (dati ISTAT sugli interventi e sulla spesa sociale dei Comuni, dati di consuntivo FRNA e FNA); 3. Analisi organizzativa della strutturazione dei Servizi Sociali Territoriali; 4. Costituzione di un gruppo di progetto finalizzato alla definizione dei LEPS, articolati come sopra.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ANCI, Università, Uffici di Piano
Referenti dell'intervento	Struttura Tecnica Metropolitana: Francesco Bertoni, Tiziana Di Celmo

66.Potenziamento segreteria organizzativa, comunicazione e formazione della CTSS Metropolitana di Bologna

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Strumenti operativi per la programmazione metropolitana e distrettuale Sviluppo azioni di sistema e relazioni con gli stakeholders
Descrizione	L'azione è mirata alla organizzazione e verbalizzazione della attività della CTSSM , della Struttura Tecnica Metropolitana, dell'Ufficio di Supporto per la soluzione dei problemi organizzativi e di monitoraggio della tempistica, in relazione alle scadenze istituzionali e alla pianificazione della agenda del Presidente CTSSM. Attività di supporto alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie nello svolgimento delle attività tecniche connesse CTSSM integrati in ambito sociale, sanitario ed socio sanitario
Destinatari	personale Servizi pubblici
Azioni previste	Si garantisce la segreteria organizzativa e verbalizzante della CTSSM, della Struttura Tecnica Metropolitana , dell'Ufficio di Supporto, di gruppi di lavoro tematici per progetti trasversali e intersettoriali di supporto alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie nello svolgimento delle attività tecniche connesse alla CTSSM integrate in ambito sociale, sanitario ed socio sanitario Si seguono i flussi di entrata e uscita della corrispondenza e la relativa archiviazione Si promuove la diffusione delle attività della CTSSM e supporto a iniziative di comunicazione Si gestisce il sito web/ si realizza un nuovo sito web in raccordo con quello in fase di ridefinizione della Città Metropolitana Si organizzano momenti di approfondimento di carattere seminariale per la programmazione di ambito metropolitano Si organizzano azioni di alta formazione rivolte alle tecnostrutture (Struttura Tecnica Metropolitana, Uffici di Piano, Responsabili UASS e altre figure tecniche impegnate nelle attività dell'Ufficio di Supporto) Si istruiscono e gestiscono le relazioni con l'utenza - in collaborazione con Aziende sanitarie e Città Metropolitana - reclami, diffide, interrogazioni, richieste accesso atti ai sensi dell'art. 30, comma 3 dello Statuto e all' art. 119, comma 1, del Regolamento interno dell'Assemblea Legislativa RER Funzioni trasversali collegate al lavoro di Segreteria organizzativa per la circolarità delle informazioni e archivio in particolare nei seguenti settori: • Stato avanzamento CAAD • Aggiornamento applicativo Legge 119 del 31/7/2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" • Designazioni componente delle Commissione di esperti per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori portatori di

	handicap, anziani, malati di Aids DGR 2011 n. 1904 integrata dalla DGR n. 1106/2014 e DGR n. 564/2000 e n. 1423/2015 • Nomine componenti Organi collegiali (Consiglio di Indirizzo e Verifica) su designazione CTSSM Bo e per pareri ai sensi dell'art. 3-bis, comma 6, della L.R. n. 502/92 sulla conferma dei Direttori Generali aziende sanitarie area metropolitana • Bilanci Economici Preventivi e di Esercizio di AUSL di Bologna, AOU di Bologna, IOR e AUSL di Imola • OTAP - Organismo Tecnico Accreditamento Provinciale • Nucleo Tecnico di Valutazione e Programma lavori della Unità tecnica di missione per la stesura "Documento di coordinamento della programmazione in ambito metropolitano" • Programmazione chiusure estive delle Aziende sanitarie • Alienazioni immobiliari e Piani programmatici ASP Si svolge funzione di Segretaria organizzativa per i seguenti Gruppi di lavoro: • Implementazione dei punti di atterraggio per il servizio di elisoccorso notturno • Riorganizzazione dei turni delle Farmacie della provincia di Bologna • Nuova Rete Reumatologica metropolitana • "Linee guida regionali sull'affidamento dei servizi alle cooperative sociali" in collaborazione con Legacoop Bologna, Consorzio Colibri e Consorzio Aldebaran • Costituzione coordinamento metropolitano per il superamento delle aree sosta • Costituzione coordinamento metropolitano per il contrasto al gioco d'azzardo patologico DGR 2098/2017 Piano Locale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico • Sviluppo delle professioni sanitarie" e Collegi delle professioni sanitarie • Auto Mutuo Aiuto 2018 Area metropolitana • Costruire Salute - Il piano della Prevenzione 2018-2021 della Regione Emilia Romagna" e del percorso avviato per la predisposizione del Piano Operativo Azienda USL di Bologna
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Città Metropolitana, Aziende sanitarie area metropolitana (Direzioni generali, amministrative, sanitarie, Dipartimenti e Direzioni territoriali, DASS, Responsabili UASS), altre figure tecniche impegnate nelle attività dell'Ufficio di Supporto, ASP, Assessorati RER, Anci, ASSR, Direzione Generale sanità e politiche sociali RER, Enti Territoriali
Referenti dell'intervento	Annalisa Carassiti

67.PRIS

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Verso un nuovo Welfare: dalla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni all'innovazione sociale per il contrasto alle disuguaglianze e all'impoverimento
Descrizione	Il PRIS è un servizio previsto dalla L. 328/00, riconosciuto come livello essenziale di assistenza da garantire nei confronti di soggetti che versino in situazioni di emergenza e urgenza sociale. La Legge R.E.R. 2/2003 lo prevede nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Il PRIS interviene nei casi in cui si verifica una condizione di abbandono e di disagio estremo nella quale la persona si trovi senza apparente possibilità di attivare nell'immediato e autonomamente soluzioni sufficientemente adeguate ad alleviare la condizione di bisogno stessa. Si configura, nell'ambito del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, come soggetto preposto agli interventi necessari per rispondere alle necessità di bisogno indifferibile ed urgente, in particolare per i casi che ancora non siano assunti in carico da parte degli SST competenti territorialmente. Il Comune di Bologna è Ente capofila del servizio, di valenza metropolitana, che prevede l'adesione dei Comuni capodistretto in rappresentanza dei Comuni del territorio provinciale. L'Amministrazione comunale coordina e garantisce il monitoraggio e la verifica del buon andamento del servizio. Il servizio è stato affidato dal Comune di Bologna ad ASP Città di Bologna.
Destinatari	Minori e adulti in situazione di bisogno indifferibile ed urgente
Azioni previste	Il PRIS attiva le prestazioni che devono essere erogate in termini immediati per tutto l'arco delle 24 ore per quanto riguarda il territorio del Comune di Bologna. Per i distretti del territorio provinciale aderenti al progetto sovraterritoriale, si attiva al di fuori del normale orario di funzionamento dei Servizi Sociali Territoriali (SST), e risponde ai bisogni di natura sociale per i quali la tempestività della risposta risulta imprescindibile a garantirne l'efficacia. Il servizio di Pronto Intervento Sociale prevede: una Centrale operativa telefonica che funziona come primo accesso e raccoglie tutte le telefonate dagli operatori e dalle forze dell'ordine che rilevino la situazione di urgenza sociale; un Nucleo professionale, costituito da operatori sociali con formazione specifica che garantiscono la reperibilità e che può essere attivato tramite la centrale operativa qualora la situazione richieda una valutazione professionale, pur se urgente e parzialmente esaustiva; una rete di risorse/servizi/strutture attivabili immediatamente dalla centrale operativa.

	Per l'annualità 2018 si prevede il potenziamento del servizio PRIS area anziani per il periodo estivo (18 giugno –15 settembre), al fine di evitare ricoveri impropri di persone anziane che accedono al PS/OBI. La sperimentazione prevede le seguenti azioni generali: • intervento (telefonico e/o diretto) presso il P.S. dell'Ospedale Maggiore nelle fasce orario dalle 8.00 alle 18.00 dal Lunedì al Venerdì e dalle ore 8.00 alle 13 il Sabato su richiesta dell'infermiera di continuità, per l'effettuazione di valutazione multidimensionale del caso/i individuato/i presso PS/OBI dell'Ospedale Maggiore. • reperimento ed attivazione della rete familiare e sociale della persona segnalata. • segnalazione ai servizi sociali territoriali • eventuale attivazione, da parte dell'infermiere di continuità, del servizio trasporto al domicilio o in struttura residenziale. Il percorso residenziale sovradistrettuale prevede: • Attivazione diretta di n° 2 posti di pronta accoglienza presso la CRA Valleverde di Rastignano. (servizio attivabile per i sei Distretti dell'Ausl di Bologna). • Solo residualmente, in caso di indisponibilità di posti presso la CRA Valleverde, attivazione diretta di posti di pronta accoglienza presso le Case di Riposo Villa Clelia (Lizzano in Belvedere), Villa Linda (Gaggio Montano), Villa Luana (Pianoro), Villa Morandi (Grizzana Morandi). (servizio attivabile per tutta l'area metropolitana di Bologna) NOTA: nei posti sovradistrettuali gli ospiti potranno essere accolti per un massimo di 48 ore, entro tale termine ogni Distretto dovrà provvedere al trasferimento del proprio cittadino sul proprio territorio.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comune di Bologna, ASP Città di Bologna, Comuni e Unioni di Comuni
Referenti dell'intervento	Chris Tomesani – Comune di Bologna; Annalisa Faccini – ASP Città di Bologna
Novità rispetto al 2018	

Totale preventivo 2019: **6.315,08 €**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **6.315,08 €**

68.Albo fornitori strutture minori di ambito metropolitano

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Bologna, Asp di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Ritornare ai giovani – La tutela dei minori in difficoltà
Descrizione	Il percorso prende avvio dall'esigenza di costituire, in un'ottica di committenza integrata, una cornice amministrativo-gestionale relativamente agli inserimenti in comunità di minori e mamme con bambino così come previsti dalla DGR 1904/11.
Destinatari	
Azioni previste	La forma identificata è quella della costituzione, attraverso una procedura di evidenza pubblica, aperta (con possibilità d inserimento progressivo per tutta la durata prevista per l'avviso), di un elenco di fornitori che possano mettere a disposizione le unità d'offerta e le erogazioni di servizi di cui il territorio abbisogna. Si propone di definire per ciascuna tipologia prevista dalla normativa una retta base riferita al progetto di accoglienza complessivamente inteso. Il percorso deve fare riferimento ad una analisi dei dati di natura quantitativa e qualitativa che rappresenti il fabbisogno di accoglienze in relazione ai numeri e alle tipologie di offerte. ASP Città di Bologna esprime disponibilità a fornire supporto tecnico ed amministrativo per la realizzazione di una procedura unitaria a favore dell'intera area metropolitana, per la costituzione e la manutenzione dell'albo avvalendosi delle competenze maturate nell'ambito del Servizio Risorse Minori e dei servizi Amministrativi e di una specifica consulenza giuridico amministrativa. L'iter di costruzione dell'elenco fornitori si articola nelle seguenti fasi: Azione: - Intesa interistituzionale fra Distretti/Comuni nei tempi di febbraio-marzo 2019 (elaborazione accordo da parte del Comune di Bologna/Distretti/Asl; Asp collabora; CTSS ratifica accordo); - Accordo operativo per il conferimento di incarico ad Asp per espletamento della procedura di costituzione dell'albo fornitori e del suo aggiornamento e sua manutenzione nei tempi di marzo 2019 (Comune di Bologna/Distretti/Asl/Asp elaborano accordo); - Gruppo tecnico per analisi quali-quantitativa del fabbisogno metropolitano nei tempi di marzo-aprile (Comune di Bologna/Distretti/Asl/Asp gruppo di lavoro congiunto per analisi dei dati distrettuali relativi all'utilizzo dei servizi di accoglienza e dei fabbisogni territoriali); - predisposizione procedura amministrativa nei tempi di marzo-aprile 2019 (Comune di Bologna/Distretti/Asl partecipa con figure esperte alla validazione della procedura; Asp predispone la procedura) - Consultazione soggetti terzo settore nei tempi di marzo-aprile - Bando nei tempi di aprile (Asp pubblica il Bando); - Istruttoria - commissione tecnica da aprile a tutta la durata del Bando (triennale) (Comune di Bologna/Distretti/Asl partecipano con figure esperte alla fase di analisi delle domande di

	iscrizione da parte dei soggetti gestori; Asp conduce la fase di analisi delle domande di iscrizione da parte dei soggetti gestori); - Convenzione da maggio per tutta la durata del Bando (triennale) (Comune di Bologna/Distretti/Asl/Asp compiono trattativa con soggetti gestori, e cioè ogni distretto adotta la Convenzione con i soggetti gestori, a condizioni concordate a livello metropolitano, mentre Asp predispone la Convenzione tipo (per Bologna sottoscrive e gestisce)) - Aggiornamento e manutenzione albo, raccordo con commissioni per autorizzazione al funzionamento DGR 1904/11 da maggio per tutta la durata del Bando (triennale) (Comune di Bologna/Distretti/Asl partecipano al monitoraggio, tramite gruppo tecnico con incontro periodici; Asp Cura il monitoraggio e l'aggiornamento dell'albo e la trasmissione delle informazioni ai Distretti/comuni).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Distretti /AUSL Bologna e AUSL Imola / Servizio gestione risorse minori
Referenti dell'intervento	Chris Tomesani, Annalisa Faccini
Novità rispetto al 2018	Il progetto, programmato per il 2018, sarà realizzato nel corso del 2019.

69.Promozione e supporto alla qualificazione dei punti di accesso

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Promuovere equità di accesso e delle opportunità del cittadino in tutta l'area metropolitana
Descrizione	La DGR 1012/2014 promuove la realizzazione del SST unico distrettuale; al suo interno, lo sportello sociale è uno snodo importantissimo per soddisfare adeguatamente i bisogni dei cittadini. Attraverso una serie di azioni, ci si propone di sostenere e potenziare l'accesso ai servizi nei territori, con l'obiettivo di garantire equità delle opportunità per i cittadini.
Destinatari	Operatori dell'accesso ai servizi, Uffici di Piano.
Azioni previste	Si realizzeranno azioni differenziate tra i territori, sulla base delle richieste e delle esigenze dell'organizzazione distrettuale esistente: - Focus group con gli operatori, finalizzati a far emergere le problematiche esistenti relative all'inserimento dei dati e alla "gestione" dello sportello e a garantire omogeneità nell'utilizzo del sistema informativo. - Elaborazioni dati dell'Osservatorio degli sportelli sociali, finalizzate alla conduzione dei focus group, a esaminare i bisogni esistenti nei territori e a fare un confronto con i dati esistenti relativi ai diversi territori e/o ai periodi precedenti per verificare l'andamento dell'inserimento dei dati. - Si inizierà la sperimentazione di una modalità omogenea di inserimento dei bisogni e dei servizi richiesti, in modo da arrivare ad avere dati confrontabili tra i diversi comuni. Si potranno aggiornare ed attualizzare le "regole d'oro" distrettuali per l'inserimento dei dati, elaborate nel 2016 in collaborazione con il distretto Pianura Est. - Si coordineranno alcune azioni di auto-formazione tra gli operatori degli sportelli. Si potranno anche realizzare momenti di formazione "standard", relativi al complesso del sistema dei servizi alla persona e alle novità della normativa nazionale e regionale in tema di servizi sociali (nuova governance, gestione pubblica unica, REI, RES, PSSR...) e momenti di formazione finalizzati ad un uso consapevole e corretto del sistema informativo. Si istituirà un coordinamento metropolitano dei referenti territoriali degli sportelli sociali, in modo tale da garantire le medesime opportunità e i medesimi servizi ai cittadini in tutta l'area metropolitana. Attraverso il coordinamento dei referenti degli sportelli sociali, si aggiornerà il Portale degli sportelli sociali inserendo le informazioni più recenti in modo tale da fornire uno strumento utile a tutta la cittadinanza. Si realizzerà una mappatura distrettuale dei soggetti del Terzo settore e delle attività da essi svolte in merito ai bisogni emergenti e si valuteranno le modalità con cui raccordare all'interno del portale queste informazioni, in modo da poterle diffondere alla cittadinanza. A seguire, potrà essere realizzata una azione di formazione rivolta agli operatori di sportello sociale, finalizzata allo sviluppo di una funzione di orientamento dei cittadino verso il territorio e la comunità. Si promuoverà inoltre l'integrazione tra i diversi punti di accesso.

	Si sosterranno azioni di accompagnamento ai processi di conferimento nelle Unioni e di omogeneità territoriale, anche attraverso la realizzazione di mappature delle attività dettagliando gli ambiti di attività, gli orari di apertura, i bisogni ai quali danno risposta, i servizi offerti. Si raccoglieranno anche altri dati di accesso eventualmente disponibili, in aggiunta rispetto a quelli dell'Osservatorio degli sportelli sociali. Saranno previsti momenti e restituzione dei lavori a livello tecnico e politico, con la finalità di raggiungere obiettivi e realizzare azioni con la maggiore condivisione possibile.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Uffici di Piano, responsabili di servizio sociale territoriale, operatori di sportello sociale, operatori di sportelli tematici.
Referenti dell'intervento	Struttura Tecnica Metropolitana: Francesco Bertoni, Alessandra Apollonio, Bianca Veronica Di Nuzzo.

70. Centro Specialistico metropolitano contro l'abuso e il maltrattamento "Il Faro"

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Il crescente disagio di bambini e ragazzi, che presentano problematiche complesse, in particolare legate a situazioni di abuso e maltrattamento, necessita di qualificare e consolidare sempre più gli strumenti, le modalità di lavoro e le azioni di rete tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema di accoglienza (servizi sociali, sanitari, educativi e privato sociale), mettendo a punto percorsi specifici ed integrati per la valutazione e la presa in carico del minore e della sua famiglia.
Descrizione	Il centro "Il Faro" garantisce l'intervento sulle situazioni complesse di bambini/adolescenti vittime di precoci e gravi forme di abuso/maltrattamento che necessitano di una risposta qualificata e specialistica e supporta i servizi territoriali attraverso interventi di consulenza al fine di offrire interventi omogenei sull'intero territorio metropolitano. Preventivo 2018 AUSL di Bologna €. 159.800 AUSL di Imola €. 25.000 Comune di Bologna/ASP Città di Bologna €. 11.496 Unione Reno Galliera €. 4.694 ASP Circondario Imolese €. 3.983 ASC Insieme €. 3.322 ASP Seneca €. 2.470 Comune di S. Lazzaro €. 2.301 Unione Comuni Appennino bolognese €. 1.734 È inoltre da definire dal Gruppo tecnico "Integrazione socio-sanitaria area minori" l'eventuale incremento delle ore della figura dell'educatore (fino ad un massimo di 36 ore settimanali) in base alle funzioni ed attività che saranno individuate. L'eventuale spesa per le ore di attività educative aggiuntive (prevista in un massimo annuale di €. 30.000) da ripartire, previo ulteriore passaggio in CTSSM Bo, tra gli Enti titolari della gestione dei servizi sociali sulla base della popolazione minorenni.
Destinatari	- Bambini/adolescenti vittime di precoci e gravi forme di abuso/maltrattamento e famiglie (interventi diagnostici, terapeutici e di accompagnamento nei percorsi giudiziari). - Operatori di Servizi Sociali, Sanitari, Educativi e Scolastici (interventi di supporto e consulenza). - Operatori e alunni di istituzioni educative e scolastiche (interventi di prevenzione).

Azioni previste	Il centro "Il Faro" realizza azioni riguardanti: - mantenimento di un'equipe multiprofessionale interaziendale che garantisca un adeguato intervento sui casi complessi inviati dai servizi; - attività di consulenza specialistica; - presa in carico diagnostica e terapeutica; - elaborazione del progetto di intervento riparativo e terapeutico con l'equipe del territorio; - realizzazione dell'attività formativa e di supervisione; - realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e informazione; - attività di documentazione e ricerca sul fenomeno; - gestione Centro di documentazione; - gestione spazio attrezzato per l'ascolto del minore nel procedimento giudiziario - elaborazione relazione annuale sull'attività svolta Nell'ambito dell'Ufficio di Supporto della CTSS metropolitana si è condiviso l'opportunità di consolidare ed ampliare l'attività de Il FARO, avviando contestualmente un gruppo tecnico finalizzato ad elaborare un progetto in cui siano dettagliate in particolare le seguenti funzioni: - modalità di raccordo tra Il FARO e i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali; - modalità di accesso al servizio Il FARO; - modalità di presa in carico di utenti particolarmente complessi (anche in relazione al servizio di accompagnamento e supporto nel corso di procedimenti giudiziari in tribunale); - raccordo con le ETI/UVM minori; - sinergie/integrazione tra servizio di consulenza giuridica de Il FARO e Ufficio Tutele del Comune di Bologna (nella prospettiva dell'eventuale sviluppo di un Ufficio Tutele Metropolitano).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, ASP Nuovo Circondario Imolese, ASP Seneca, ASP Città di Bologna, ASC Insieme, Istituzione Servizi Sociali, educativi, culturali dell'Unione dei Comuni dell'Appennino bolognese, Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, Comune di Bologna
Referenti dell'intervento	Monica Minelli, Mariagnese Cheli

Totale preventivo 2019: **4.602,00 €**

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **4.602,00 €**

71.Coordinamenti metropolitani per la prevenzione, tutela, cura dei minori

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	1) Coordinamento Integrazione socio sanitaria minori DGR 1102/2014: AUSL BO/DASS 2) Coordinamento Affidamento, accoglienza, adozione di minori: AUSL BO/DASS 3) Coordinamento metropolitano strutture per l'accoglienza minori: Città metropolitana /Accordo Cm – Un
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Poiché il tema del benessere di bambini e adolescenti è trasversale, si richiamano anche in particolare: Scheda 15 "Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita; Scheda 16 "Sostegno alla genitorialità"; Scheda 17 "Progetto Adolescenza" Atto di indirizzo triennale CTSSM Bologna, 10 maggio 2018, paragrafo. Ritornare ai giovani La tutela dei minori in difficoltà Il crescente disagio di bambini e ragazzi, che presentano problematiche sociali e socio-sanitarie sempre più complesse, necessita di qualificare e consolidare sempre più, gli strumenti, le modalità di lavoro e le azioni di rete tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema di accoglienza (servizi sociali, sanitari, educativi e privato sociale) mettendo a punto percorsi specifici ed integrati per la valutazione e la presa in carico del minore e della sua famiglia. Al fine di potenziare le politiche e gli strumenti a supporto e a sostegno della genitorialità e alla qualificazione del sistema di accoglienza, di protezione, cura e tutela dei minori, la CTSSM, attraverso il Coordinamento tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza, attiva le sinergie con i diversi coordinamenti attivi a livello metropolitano, volti a definire modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi e sanitari, a prevenire l'allontanamento dei minori dalla loro famiglia di origine attraverso l'implementazione del modello di intervento P.I.P.P.I., a qualificare il sistema dell'accoglienza fuori dalla famiglia e dell'adozione di minori. Appare inoltre opportuno ri-attivare il tavolo metropolitano sull'accoglienza in comunità per minori, come spazio ottimale di confronto e programmazione tra i territori e gli enti gestori del sistema dell'accoglienza, e promuovere l'attivazione di équipe integrate di secondo livello in materia di tutela, affidamento familiare, accoglienza in comunità e adozione, per la programmazione e la realizzazione dei percorsi di informazione e valutazione con le famiglie interessate. 1 Ai sensi della DGR n. 1102/2014. 2 P.I.P.P.I., Programma di interventi per la prevenzione dell'istituzionalizzazione
Descrizione	I coordinamenti 1 e 2 sono attivi, il coordinamento 3 sarà attivato entro il 2018: sono coordinamenti di area metropolitana, con rappresentanze di tutti i distretti (e con i referenti delle Comunità nel coordinamento specifico); sono finalizzati alla individuazione di percorsi, soluzioni, strumenti in grado di assicurare servizi qualificati ed omogenei su tutto il territorio metropolitano. 1) Coordinamento Integrazione socio sanitaria minori DGR1102:

	Composto da operatori che si occupano di tutela minori, di area sociale e sanitaria dei 7 distretti e dalla referente del Centro contro l'abuso ed il maltrattamento il Faro. 2) Coordinamento Affidò, accoglienza, adozione di minori: Composto da operatori sociali e sanitari dell'equipe affidò, adozione, accoglienza, dei 7 distretti 3) Coordinamento metropolitano strutture per l'accoglienza minori: Composto da operatori sociali e sanitari dell'equipe affidò, adozione, accoglienza, dei 7 distretti e gli Enti gestori del territorio
Destinatari	Operatori e referenti dei Servizi Sociali e Sanitari coinvolti, Equipe affidò distrettuali, Enti gestori comunità
Azioni previste	1) Coordinamento Integrazione socio sanitaria minori DGR 1102/2014: AUSL BO/DASS Finalità: condividere e definire le modalità di valutazione e presa in carico, compartecipazione dei minori con bisogni socio sanitari complessi, le modalità di relazione con il Centro Specialistico dell'equipe di II° livello "Faro" e con il Programma P.I.P.P.I 2) Coordinamento Affidò, accoglienza, adozione di minori: AUSL BO/DASS Sostenere e qualificare i percorsi di affidò e adozione, programmazione dei corsi per persone interessata all'affidò e all'adozione, la raccolta ed elaborazione del fabbisogno e dei dati. 3) Coordinamento metropolitano strutture per l'accoglienza minori: Cm Qualificazione percorsi di accoglienza attraverso confronto tra operatori ed Enti gestori del sistema dell'accoglienza su tematiche specifiche e attraverso formazione e aggiornamento integrate.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	I coordinamenti si raccordano con il Coordinamento tecnico metropolitano per l'infanzia e l'adolescenza (art. 21 L. 14/2008), anche per agevolare la relazione con la Scuola, la Formazione e gli Enti locali gestori di servizi e scuole dell'infanzia
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Referenti distrettuali, Sociali, Sanitari, degli Enti locali; Rappresentanza del Terzo settore
Referenti dell'intervento	Monica Minelli – AUSL BO/DASS Claudia Ceccarelli – Città metropolitana, Struttura Tecnica Metropolitana

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	Comune di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Ritornare ai giovani – La tutela dei minori in difficoltà
Descrizione	Al fine di potenziare le politiche e gli strumenti a supporto della genitorialità e a sostegno della qualificazione del sistema di accoglienza, di protezione, cura e tutela dei minori, la CTSSM, attraverso il Coordinamento tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza, attiva le sinergie con i diversi coordinamenti attivi a livello metropolitano, volti a definire modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi e sanitari, a prevenire l'allontanamento dei minori dalla loro famiglia di origine attraverso l'implementazione del modello di intervento P.I.P.P.I. a qualificare il sistema dell'accoglienza fuori dalla famiglia e dell'adozione di minori. 1 Ai sensi della DGR n. 1102/2014.
Destinatari	
Azioni previste	• Verifica e progettazione degli interventi intensivi ed integrati da parte di equipe multidisciplinari, nei confronti e con famiglie e minori in carico ai Servizi sociali comunali per situazioni di vulnerabilità, negligenza genitoriale o necessità di protezione e tutela (Area Accoglienza ed Area Tutela Minori del Servizio Sociale Territoriale, Centro per le Famiglie e Servizio Risorse Minori di Asp Città di Bologna) • realizzazione di Laboratori formativi, in collaborazione con l'Università di Padova, per l'implementazione, la cura e la sperimentazione dei Dispositivi previsti dalla Linee di Indirizzo nazionali del dicembre 2017 (vicinanza solidale, gruppi con genitori e gruppi con bambini, educativa domiciliare, partenariato tra scuola, famiglia e servizi) e per l'utilizzo degli strumenti di valutazione (triangolo, genogramma, scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio, ecc..) • prosecuzione incontri di Tutoraggio sui casi e di formazione congiunta tra gli operatori coinvolti, in collaborazione con il Consultorio Familiare Ausl di Bologna • rilevazione e valutazione dei risultati attesi attraverso una Cabina di regia a cadenza indicativamente bimestrale ed attraverso la partecipazione ai coordinamenti regionali sul progetto Pippi nelle diverse declinazioni assunte nei territori.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni dell'area metropolitana; Nuovo Circondario Imolese, Provincia di Bologna, Ausl di Bologna, Ausl di Imola, Asc Insieme, Asp Seneca, Asp Circondario Imolese, Asp Città di Bologna
Referenti dell'intervento	Gina Simona Simoni - Comune di Bologna-Responsabile Servizi ed interventi Famiglie e Minori Antonella Tosarelli e Tiziana Mori – Comune di Bologna – Referenti territoriali del Progetto Pippi

73.QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO AI 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 neomaggiorrenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di San Lazzaro di Savena- Unione Savena Idice- AUSL
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Nella società attuale, la rete dei servizi si trova a dover affrontare un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali che patologiche. Negli ultimi anni diverse sono state le normative regionali finalizzate a qualificare e regolamentare la tematica. Si pensi alla DGR 1904/2011, in merito alla comunità e l'affidamento familiare, la DGR 1677/2013 "linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento o di abuso, la DGR 1102/2014, che riguarda le prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento. Pertanto, all'interno dei riferimenti normativi, è evidenziata la presa in carico tempestiva ed integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali, sanitari, educativi e scolastici.
Descrizione	Una trasformazione in atto. Un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità presuppone un cambiamento di visione sia da parte dei cittadini, sia da parte di chi programma, gestisce e opera nei servizi. I servizi socio-sanitari, il privato sociale, le azioni politiche e i programmi di educazione con il coinvolgimento dei cittadini dovranno definire priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute collettiva e individuale. Si attivano nuove metodologie, tra cui mettere a punto percorsi specifici, per far fronte alle situazioni di complessità, che richiedono tempestività ed alta specializzazione, e attivare modalità di lavoro multi professionali, per la valutazione e la presa in carico dei servizi socio sanitari, e focalizzare l'attenzione alle attività dei servizi residenziali e semiresidenziali, in relazione all'aderenza dell'offerta in base all'evoluzione dei bisogni. Il ruolo del Tutore volontario, identificato come un riferimento per il MSNA, può essere un elemento di continuità nell'accompagnamento negli anni successivi ai diciotto.

Destinatari	- Famiglie e Minori del Distretto in situazioni di fragilità genitoriale - Servizio Sociali del Distretto - Scuole dell'Infanzia, Elementari Medie Inferiori e Superiori
Azioni previste	- Potenziamento del raccordo tra i Servizi sociali (Assistente Sociale, Psicopedagoga ed Educatore) Sanitari (psicologi del DCP, NPIA, CSM, Ser.T., PDL, MMG) ed Educativi (Scuola e Servizi Educativi Comunali): perfezionare l'utilizzo degli strumenti di lavoro multidisciplinari a disposizione (équipe territoriali e UVM distrettuale), per la valutazione e la presa in carico – utilizzo di strumenti per la valutazione dell'efficacia della progettazione elaborata. - Elaborazione percorsi specifici per una riflessione sulle situazioni più complesse attraverso la collaborazione con lo Psicologo, l'équipe Affido e gli interventi di Supervisione: attivare momenti di autoformazione e supervisione con la trattazione di casi emblematici da cui evincere azioni di miglioramento e implementazione di competenze. - Monitoraggio dell'attività residenziale per contribuire a renderla più rispondente ai bisogni di tutela e di sostegno alla genitorialità (strutture madre-bambino) e dell'attività semiresidenziale e sua integrazione nel progetto di sostegno complessivo: da un lato, l'adesione al percorso di "costruzione" di un Albo di strutture qualificate per minori che rispondono a criteri di qualità predeterminati; dall'altro lato, il monitoraggio degli interventi attivati per raccogliere dati di processo e di esito, al fine di valutare la loro efficacia. - Promozione di attività svolte ad un sostegno alla genitorialità con modalità innovative e maggiormente efficaci. Sperimentazione approcci innovativi per il sostegno delle famiglie negligenti al fine di prevenire l'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.): partecipazione con coach alla formazione regionale e presentazione di casi alla supervisione progettuale. Utilizzo degli strumenti previsti dall'approccio. - Partecipazione ai gruppi di coordinamento, monitoraggio, confronto e formazione promossi in ambito metropolitano e regionale: partecipazione a coordinamento della committenza a livello delle CTSS, coordinamenti tecnici a livello distrettuale LR 14/08 art 19, coordinamento UVM Minori); partecipazione al percorso di definizione dell'ufficio tutele metropolitano. - Progettualità di sostegno ai neomaggiorenni che escono da percorsi di tutela e protezione: azioni di raccordo con i servizi dell'accoglienza e tra questi e i servizi sociali adulti. Utilizzo finalizzato delle prerogative date dalla normativa vigente. - Sostenere l'attività del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza nel promuovere il Tutore volontario (legge 47 del 7 aprile 2017): promozione dell'attività del tutore Volontario con azioni promosse a livello Distrettuale e Metropolitano.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, educativo-scolastiche e della salute
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti locali, Istituzione Scolastica, Organizzazioni del Terzo Settore
Referenti dell'intervento	Alberto Mingarelli (Responsabile Area Minori e Unità Attività Socio-Sanitarie Distretto AUSL)

74. Nuovo calendario vaccinale regionale 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	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Bologna con le articolazioni dei Dipartimenti di Cure Primarie e di Sanità Pubblica.
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

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

	di età previste dal piano stesso. L'Azienda USL di Bologna come anche il livello regionale ha l'obiettivo di adottare le migliori strategie vaccinali al fine di garantire l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità che prevede la disponibilità di professionisti sanitari di dimostrata competenza nella somministrazione corretta dei vaccini in soggetti di differenti classi di età e con diverse condizioni anagrafe e di salute (bambini, adolescenti, adulti sani, donne in gravidanza, soggetti portatori di patologie a rischio, anziani) e l'adozione di elevati profili di sicurezza. In risposta a ciò si ritiene necessario riorganizzare i servizi offerti ed integrare maggiormente la rete vaccinale aziendale afferente ai Dipartimenti di Cure Primarie (DCP) e Sanità Pubblica (DSP) al fine di raggiungere obiettivi specifici quali: 1) mantenere la qualità e la sicurezza assistenziale; 2) facilitare l'accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ecc.) 3) saper comunicare e far comprendere l'importanza della vaccinazione per il singolo e la comunità attraverso specifici piani di comunicazione e informazione nei confronti della cittadinanza con l'intenzione di coinvolgere il paziente nelle scelte; 4) innalzare la copertura vaccinale; 5) organizzare attività di formazione rivolta agli operatori sanitari oltre che aumentare la loro adesione alle vaccinazioni; 6) perseguire la pro-attività degli interventi e la ricerca delle necessità non espresse, 7) ottimizzare le risorse; 8) sviluppare reti professionali integrate; 9) favorire l'autonomia professionale; 10) rispondere a quanto indicato dalla recente normativa in termini di vaccinazione (adozione nuovo calendario vaccinale che ha previsto nel 2017, tra l'altro, l'introduzione delle vaccinazioni contro la varicella ed il meningococco B in età pediatrica, il rotavirus ai neonati con fattori di rischio, la pertosse negli adulti e nelle donne in gravidanza, lo pneumococco alla coorte dei 65enni, il papilloma virus ai maschi dodicenni. Sono inoltre previste nel corso del 2018 l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati, l'introduzione del quinto richiamo alla poliomielite insieme a difto-tetanopertosse acellulare nell'adolescente e la vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni).
Destinatari	Tutta la popolazione, con particolare riguardo alla fascia di età pediatrica e a quella anziana, alle persone più fragili per la presenza di patologie croniche o condizioni di salute particolari.
Azioni previste	Al fine di raggiungere gli obiettivi di cui sopra si indicano le azioni da perseguire: 1) incremento delle sedute vaccinali e revisione tempistica dell'offerta vaccinale; 2) ridefinizione degli accordi con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta; 3) pianificazione e realizzazione momenti di aggiornamento per MMG, PLS, Medici competenti, Medici Specialisti e operatori sanitari che svolgono servizio presso consultori familiari, centri dialisi, servizi di pneumotisiologia, pronto soccorso, infettivologia, ecc.); 4) aggiornamento dei fondi necessari per l'acquisizione dei vaccini in risposta alle esigenze di adeguamento al nuovo Piano Vaccini; 5) riorganizzazione della rete dei servizi con identificazione di sette Centri Hub vaccinali in cui vengono concentrate attività di vaccinazione ed operatori con professionalità differenti (Pediatri, Igienisti, Assistenti Sanitari, Infermieri) e rimodulazione dei punti di erogazione periferici (vedi tabella di sintesi); 6) orientamento e sviluppo di servizi informatici al fine di migliorare il sistema di monitoraggio e di sorveglianza delle attività vaccinali; 7) arricchimento dell'offerta formativa per i cittadini che frequentano i corsi prenascita; 8) attività di counseling motivazionale su esitanti e inadempienti oltre che in occasione di colloqui per viaggi all'estero;

	9) attività di comunicazione attraverso vari strumenti mediatici tra cui isocial con particolare attenzione a criteri di equità (informativa in lingua urdù, araba, cinese, francese, spagnolo, inglese); 10) azioni specifiche nei confronti dei migranti (offerta attiva vaccini epatite B, tetano, varicella) e sottogruppi di popolazione ad alto rischio (soggetti disagiati, soggetti fragili, omosessuali o con comportamenti a rischio); 11) interventi di promozione delle vaccinazioni negli operatori sanitari.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Sviluppo di politiche integrate con: a) le amministrazioni comunali (ad esempio cogestione delle lettere a nuovi nati, realizzazione di corsi condivisi con la consulenza di professionisti dell'Azienda USL cogestite, ecc.); b) l'ufficio scolastico regionale e provinciale oltre che coi singoli istituti (realizzazione e distribuzione di strumenti informativi, definizione di strumenti per il monitoraggio delle coperture vaccinali nelle scuole, ecc.); c) la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria (realizzazione di strumenti pianificatori condivisi e partecipati)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Regione Emilia Romagna, Conferenza Territoriale Socio Sanitaria, Amministrazioni Comunali (assessorati alla sanità ed alle politiche sociali), Ufficio Scolastico Regionale, Ufficio Scolastico Provinciale, Istituti Scolastici, Associazioni di cittadini interessate alle tematiche di promozione della salute
Referenti dell'intervento	UOC Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio

75.BUDGET DI SALUTE

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

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

Razionale	Si propone di consolidare l'esperienza applicativa dei Progetti Personalizzati con Budget di Salute del DSM DP, iniziata con gli utenti della salute mentale e/o con problemi di dipendenza, estendendo tale esperienza alla condivisione, alla collaborazione e alla co-progettazione con il Comune di San Lazzaro e con l'Unione Savena Idice afferenti al Distretto di San Lazzaro. La metodologia e l'organizzazione del lavoro ruotano intorno al concetto di multi e interprofessionalità: operatori di servizi diversi mettono in relazione conoscenze e competenze. L'UVM è il luogo dove tale metodologia si esplica. La duttilità di questo strumento offre l'occasione per estenderlo ad altre tipologie di utenti, portatori di fragilità (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza , SerDP e Servizio Disabilità Adulti) ed alla partecipazione attiva e coproduzione di altri attori/stakeholder della Comunità locale (cooperazione sociale, associazionismo e volontariato). E' questo spazio di partecipazione e di coinvolgimento favorisce la promozione di atteggiamenti inclusivi e non stigmatizzanti in grado di ridurre l'isolamento e l'emarginazione . È un percorso di empowerment e di capacitazione per la persona in carico e per la sua rete sociale. Infine non è possibile prescindere da una formazione continua e condivisa come luogo di apprendimento e costruzione di nuovi progetti.
Descrizione	L'idea di coprogettazione e di cogestione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati con Budget di Salute, nasce nel 2013, nel DSM DP di Bologna, dopo un confronto ed un'elaborazione comune tra gli operatori sui temi della riabilitazione tradizionale, della sua evoluzione, dei risultati, dei rischi di cronicità, della necessità di un cambiamento dei percorsi svolti fino ad allora e del miglioramento degli esiti. Contemporaneamente in Regione Emilia Romagna, la Consulta regionale per la salute mentale aveva istituito un gruppo di lavoro composto da familiari, professionisti delle Aziende USL e della Regione per approfondire la metodologia del Budget di salute e che ha condotto nel 2015 al varo delle Linee d'indirizzo regionali. A fine 2013 viene emesso un bando di gara europea e a metà 2014, l'AUSL di Bologna affida ad un RTI di Cooperative Sociali A e B, lo svolgimento delle attività riabilitative socio-educative in favore degli utenti dei Centri di Salute Mentale, nell'ambito di aree specifiche di attività quali il lavoro, la socialità/affettività e l'abitare/domiciliarità. Tale modalità gestionale prevede il superamento degli interventi per singole e isolate prestazioni (a retta) e promuove progetti ad elevata integrazione socio-sanitaria (budget di salute) con il Terzo Settore (Cooperazione Sociale), utilizzando anche le reti comunitarie di

	supporto rese disponibili sul territorio (enti locali, volontariato, altri soggetti) al fine di favorire il contrasto alle disabilità, il miglior funzionamento personale e sociale dell'utente e la sua massima inclusione nel tessuto sociale di appartenenza. Il progetto terapeutico riabilitativo personalizzato diventa il fulcro intorno al quale ruotano i vari soggetti coinvolti. La finalità è costituita da un insieme di bisogni ed interventi in sintonia con il cambiamento dei bisogni dell'utente, direttamente coinvolto insieme con la famiglia in tutte le parti progettuali. Per questo i progetti riabilitativi orientati verso il budget di salute costituiscono un cambiamento degli schemi culturali e professionali rispetto agli interventi tradizionali ed esigono la creazione di un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di garantire efficacia, efficienza, continuità e appropriatezza nelle azioni. il concetto Budget di salute non è riconducibile alla sola dimensione economica, bensì all'idea guida di integrazione delle risorse umane, delle tecnologie, degli spazi, delle relazioni singole e di rete. A questo proposito, il percorso formativo iniziato nel 2014 dal DSM DP con i suoi partner attuali, potrebbe prevedere un allargamento ad altri soggetti nel momento in cui procederà a potenziare la dimensione di integrazione socio-sanitaria coinvolgendo maggiormente e a pieno l'Ente Locale e altri soggetti. Nel 2015 -16 vi è stata la grande trasformazione nel DSM-DP di 711 percorsi riabilitativi, lievemente incrementati nel corso del 2017. Ad oggi il Distretto di San Lazzaro di Savena conta 36 percorsi a budget di salute per utenti in carico al CSM, con età compresa tra 24 e 60 anni.
Destinatari	Utenti dei Centri di Salute Mentale, SerDP, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, altri soggetti in situazione di fragilità
Azioni previste	- consolidare l'uso dello strumento con gli elementi qualificanti delle linee di indirizzo per i percorsi già in atto nel DSM DP di Bologna; - incentivare, l'applicazione del Budget di salute per soggetti giovani, agli esordi e per utenti dei Centri di Salute Mentale, SerDP, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, altri soggetti in situazione di fragilità; - sperimentare l'applicazione dello strumento con nuove tipologie di utenza, con riferimento metodologico a procedure e strumenti già consolidati negli specifici percorsi (Scheda di Progetto Personalizzato, Sistema Informativo di raccolta ed elaborazione dati e Vademecum del DSM DP di Bologna); - formare un gruppo di lavoro con i referenti AUSL, dell'Ufficio di Piano che possa studiare l'applicazione di Progetti personalizzati con Budget di Salute per una selezione di casi trattati dalla UVM distrettuale; - promuovere azioni formative ed informative a livello locale distrettuale, con il coinvolgimento di operatori degli ambiti sanitario, sociale, terzo settore e di associazioni di utenti e familiari.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL di Bologna, Comuni, Unioni dei Comuni e Ufficio di Piano Distretto di San Lazzaro , Stakeholder (familiari, utenti), Terzo Settore (Cooperazione Sociale, Volontariato)

76.IN SOSTANZA

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	Percorso di prevenzione primaria e secondaria delle dipendenze, condotta da una equipe interservizi e multi professionale.
Descrizione	Il progetto si prefigge, attraverso l'organizzazione dei servizi di prossimità, di favorire il maggior benessere fisico, psichico e relazionale, per quanto attiene alla salute e di prevenire la diffusione dei comportamenti a rischio relativi all'uso di sostanze psicoattive, tecnologie digitali e al gioco d'azzardo. La metodologia e il finanziamento derivano dalla normativa regionale DGR 1533/2006;
Destinatari	Studenti, popolazione giovane, genitori, insegnanti delle scuole secondarie di primo grado e del secondo ciclo di istruzione, enti e associazioni, gestori locali e organizzatori di eventi.
Azioni previste	Ambito Scuola Il progetto si sviluppa in 7 progetti dedicati ai diversi cicli scolastici e formativi: Scuola secondaria di primo grado: 1) "Il piacere del rischio, il rischio del piacere", in collaborazione con lo Spazio Giovani, attiviamo per gli studenti delle classi 3°, un progetto integrato su diverse tematiche e con operatori provenienti da differenti servizi. Il filo conduttore è il rischio quale elemento connaturato alla crescita e molto diffuso in adolescenza, che per una certa percentuale di giovani può consolidarsi come stile di vita, producendo danni per la salute (sessualità non protetta, uso di sostanze, uso problematico delle nuove tecnologie, ecc.); 2) "Media Education", percorso rivolto alle classi 1° e 2°, finalizzato a produrre riflessione e strategie operative per promuovere una fruizione corretta e consapevole degli strumenti di comunicazione digitali e di prevenzione rispetto ai possibili rischi delle comunicazioni via web (cyber bullismo, sexting, grooming, ecc.); Scuola secondaria di secondo grado ed enti per la formazione professionale: 1)"Adolescenza: sessualità, MST, prevenzione delle dipendenze da alcol e sostanze psicoattive", n° 2/3 incontri per le classi 2°, in coprogettazione con lo Spazio Giovani AUSL;

	2) "Alcol e legalità", n° 2/3 incontri, con particolare riferimento alle vigenti norme e sanzioni del codice della strada, per le classi 4° e 5°; 3) " Peer One, percorsi di Comunicazione efficace tra pari", n° 6/9 incontri, sulle tematiche relative all'adolescenza, sessualità e prevenzione delle dipendenze da alcol e sostanze psicoattive, con le scuole superiori con le classi 2° e 3°, in coprogettazione con lo Spazio Giovani AUSL; 4) "Adolescenti e stili di vita", n° 2/3 incontri, percorsi sperimentali di informazione che attraverso una modalità interattiva elaborano il tema relativo agli stili di vita con riferimento anche ad alcol e tabacco. Rivolto agli studenti delle classi 3° delle scuole secondarie di primo grado; 5) "Sportelli d'ascolto", (Cosmos, consulenza mobile sostanze), attivazione di sportelli d'ascolto a cadenza quindicinale, ove precedentemente si era svolto l'intervento in classe, al fine di permettere ai singoli studenti un luogo d'ascolto dedicato; Ambito Consulenza 1) "Sportello d'ascolto In Sostanza", spazio d'informazione e consulenza a libero accesso, sui temi dei consumi e delle dipendenze, rivolto ai giovani tra i 13 e 25 anni, c/o via Repubblica 11, San Lazzaro di Savena, stanza B46, mercoledì pomeriggio ore 14,30 - 16,30; 2) "Percorsi Integrati", attivazione di consulenze volte alla valutazione di comportamenti a rischio legati al consumo di sostanze, anche attraverso colloqui con i minori, in raccordo e in coprogettazione con il Servizio Sociale Minori, lo Spazio Giovani AUSL di San Lazzaro di Savena e le scuole del distretto; Ambito Luoghi del divertimento 1) Attivare relazioni tra frequentatori dei luoghi del divertimento che permettano una informazione adeguata rispetto a sostanze, alcol e sessualità; 2) attivare relazioni ed eventuali progettualità condivise con i gestori dei locali. Ambito Rete Distrettuale 1) Consolidare la rete distrettuale attivando processi generativi di relazioni e progettualità con: referenti delle scuole, centri di formazione professionale e CPIA, sportelli d'ascolto delle scuole, Centri Giovanili e Culturali del Distretto, gestori di locali e organizzatori di eventi, collegamento e partecipazione alle progettualità dell'Associazionismo, Servizio Sociale Minori e SerDP; 2) informare gli amministratori dei Comuni del distretto e l'Ufficio di Piano sull'andamento del progetto, attraverso incontri con tecnici e assessori dei Comuni e report trimestrale cronologico delle varie azioni attivate.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Rete Istituzionale Scuole, Associazioni, Centri Giovanili, SerDP, Servizio Sociale Minori, Consultorio Spazio Giovani, Coordinamento Regionale Unità di Strada.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Attivare pratiche di informazione, sensibilizzazione e rielaborazione sugli stili di vita rispetto alla diffusione delle MTS e AIDS, dei comportamenti a rischio relativi all'uso di sostanze psicoattive e non, nei seguenti ambiti: a)Scuola 3° classi delle scuole secondarie di 1° grado e secondarie di 2° grado, centri di formazione professionale distrettuali. b)Luoghi di divertimento concerti, feste e locali significativi del territorio.
Referenti dell'intervento	Daniele Cirant tel. 051 6224268 335 6823606 d.cirant@ausl.bologna.it

Totale preventivo 2019: **36.316,00 €**

Altre risorse

- Altri fondi regionali (INTERVENTI BASSA SOGLIA (FINANZIAMENTO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE)E): **36.316,00 €**

77.Centro metropolitano A.A.A. Adozione Affidamento Accoglienza

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Situazioni sempre più complesse, la necessità di supportare maggiormente le famiglie adottive e affidatarie e di lavorare in maniera integrata, richiedono un coordinamento centralizzato dell'area Adozione e Affidamento. Obiettivo del Centro AAA è di ottimizzare l'utilizzo di risorse, gestire i casi più complessi, sviluppare integrazione inter-professionale e inter-istituzionale e ridurre il ricorso alla comunità residenziale quale risposta alle famiglie che faticano a sostenere il compito genitoriale in situazioni difficili. Centralizzare il servizio, permette inoltre il confronto e la valorizzazione delle esperienze più fruttuose a livello distrettuale. Nell'area dell'affido si proseguirà nello sviluppo di progetti radicati nel territorio al fine di mantenere i minori affidati nel loro contesto di origine, anche nella prospettiva di un percorso di re-inserimento.
Descrizione	Il servizio centralizzato e l'accorpamento del personale avrà i seguenti vantaggi: unico riferimento per Enti Autorizzati, Tribunale dei Minorenni, Regione Emilia-Romagna; riorganizzazione pratiche amministrative nell'abbinamento con gli stati esteri; snellimento delle pratiche burocratiche con conseguente maggior efficienza del servizio; unica lista d'attesa e maggiore equità nei confronti degli utenti; flessibilità e spostamento delle risorse sugli ambiti territoriali con maggior bisogno; maggior qualificazione dell'abbinamento; maggiore omogeneità nei percorsi di presa in carico e sostegno delle famiglie adottive; valorizzazione delle esperienze degli operatori impegnati da anni nel campo, anche in funzione della gestione/supervisione dei casi complessi e per la formazione; sviluppo di percorsi gruppalmente come strumento importante nel sostegno alle famiglie; compartecipazione tra famiglie, servizi, associazionismo familiare e istituzioni territoriali nella progettazione e verifica dei servizi; prevenzione dei fallimenti adottivi e del ricorso alle comunità; indagini sull'andamento dei progetti di adozione; ricerca sugli esiti, nel tempo, delle adozioni sul territorio.
Destinatari	Bambini e ragazzi adottati, in affido e accolti in famiglia famiglie interessate all'adozione, all'affido familiare e all'accoglienza famiglia adottive, affidatarie e accoglienti Operatori di Servizi Sociali e Sanitari dei territori

Azioni previste	Il centro AAA realizzerà azioni riguardanti: la programmazione di attività specialistiche rivolte alle famiglie che ne abbiano la necessità (es. gruppi di post-adozione e affido rivolti ad adulti e bambini) su tutti i territori distrettuali, al fine di garantire un'adeguata risposta alle famiglie del territorio aziendale; creazione di un punto di raccolta domande ed erogazione corsi centralizzato al fine di rendere omogenee le liste di attesa per i corsi di preparazione all'adozione e affido; progettazione tesa alla sensibilizzazione ed al reperimento di famiglie disponibili all'accoglienza ed affido sul territorio aziendale; promozione di progetti di formazione specifici rivolti alle équipe territoriali; definizione di procedure di intervento comuni; monitoraggio dei progetti attraverso la raccolta e l'analisi quali-quantitativa dei dati (valutazione esiti); monitoraggio delle eventuali problematiche organizzative derivanti da carenze di risorse nei diversi distretti per una e compensazione con la condivisione di risorse centralizzate; coinvolgimento nella fase ideativa-progettuale dell'associazionismo familiare (es. Ci vuole un villaggio, Famiglie per l'Accoglienza ...) la Scuola, gli Enti di Formazione Professionale, le Fondazioni Bancarie ampliamento delle attività di coinvolgimento/collaborazione con le famiglie adottive-affidatarie.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, ASP Nuovo Circondario Imolese, ASP Seneca, ASP Città di Bologna, ASC Insieme, Istituzione Servizi Sociali, educativi, culturali dell'Unione dei Comuni dell'Appennino bolognese, Comune di Bologna.
Referenti dell'intervento	Monica Minelli, Tiziana Giusberti - Azienda Ausl di Bologna
Novità rispetto al 2018	L'intervento, presente nella scheda "Coordinamenti metropolitani per la prevenzione, tutela, cura dei minori" del Programma Attuativo del 2018, è stato scorporato dalla stessa al fine di individuarne nello specifico le azioni previste per la realizzazione nell'anno corrente 2019.

Totale preventivo 2019: **1.826,63 €**

Altre risorse

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **1.826,63 €**

78. Trame educative per nuove comunità (Bando Prima Infanzia 0-6 anni)

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifico soggetto capofila	Cooperativa sociale "Quadrifoglio"
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;E;

Razionale	Il Distretto di San Lazzaro di Savena aderisce, come partner, al Bando Prima Infanzia "Trame Educative per nuove comunità", finanziato da "Fondazione con i Bambini". Il progetto ha l'obiettivo di contrastare le nuove povertà educative ed è dedicato alle famiglie con bambini della fascia d'età 0-6 anni, residenti a Bologna e nell'area Metropolitana. Per rispondere alle esigenze sempre crescenti delle famiglie, è nata una rete allargata di soggetti, pubblici e privati, che orienta e indirizza le famiglie alle diverse opportunità educative presenti sul territorio. Attraverso l'ascolto dei loro bisogni, i partner dell'iniziativa offrono un supporto concreto affinché sempre più famiglie possano avere un facile accesso ai servizi educativi per i loro figli. Attraverso il progetto vengono offerti percorsi dedicati alla genitorialità, cicli di incontri sul benessere dei bambini e apertura di spazi per la socializzazione dedicati a genitori e bambini.
Descrizione	Come in altre aree della città metropolitana, nel territorio del Distretto di San Lazzaro, la presenza di nuclei familiari a basso reddito e livello di istruzione, minoranze etniche e famiglie immigrate, determinano situazioni di temporaneo disagio e fragilità. In questi contesti, dove spesso mancano reti relazionali e di vicinato, emergono fenomeni di "povertà educativa" differenziati che investono l'intero nucleo familiare. Di conseguenza, i fattori di rischio socio-economici si sommano a fragilità psicologiche e si riducono, e, poi, vengono a mancare, nelle interazioni familiari, gli stimoli per lo sviluppo cognitivo, relazione e linguistico dei minori. La presenza di servizi integrativi quali centri bambini genitori, ludoteche, sezioni infanzia delle Biblioteche, luoghi di aggregazione, la presenza di questa pluralità di opportunità educative determina la necessità di un'intensa e capillare attività di informazione in merito ai servizi offerti al fine di

	“agganciare” tutti quei nuclei familiari che per motivi socio-culturali non frequentano alcun tipo di servizio educativo. All’interno del progetto, il ruolo assunto dai soggetti partner, è quello di connettere gli interventi educativi con quelli sociali, sanitari e di sostegno per i genitori, per contribuire a ridefinire il modello di welfare.
Destinatari	Le famiglie con bambini in fascia di età 0-6 anni residenti nel Distretto di San Lazzaro di Savena
Azioni previste	Le Azioni previste sono: - attivazione dello “Spazio Famiglie” a Monghidoro, ovvero uno spazio dove si svolgono attività ludiche e ricreative insieme ai genitori e/o agli adulti accompagnatori presso i locali della scuola dell’infanzia “Augusta Mariani Ferretti”; - attivazione di un ciclo di incontri per genitori sui vari temi legati al mondo del benessere dei bambini, in particolare in relazione allo sviluppo sociale, emotivo, linguistico, cognitivo e delle autonomie nel bambino, realizzati da professionisti del Dipartimento di Psicologia dell’Università di Bologna; - attivazione di un ciclo di incontri per educatori ed insegnanti della scuola d’infanzia sui vari temi legati al mondo del benessere dei bambini, in particolare in relazione allo sviluppo sociale, emotivo, linguistico, cognitivo e delle autonomie nel bambino, realizzati da professionisti del Dipartimento di Psicologia dell’Università di Bologna; - attivazione di incontri (sono previsti 2 all’anno) organizzati da Istituzione Gian Franco Minguzzi e Città metropolitana sull’importanza della scolarizzazione per bambini nella fascia 0-6 anni.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi di integrazione con i Servizi Sociali del Distretto (area minori); Interventi di integrazione con gli Uffici Scuola dei singoli Comuni del Distretto;
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	I soggetti coinvolti nel Progetto “Trame Educative per nuove Comunità” sono: Enti Pubblici: Comune di Bologna (Area Educazione, Istruzione e Nuove Generazioni e Istituzione Educazione e Scuola); Città Metropolitana di Bologna; Ufficio di Piano Appennino; Ufficio di Piano Pianura Ovest; Ufficio di Piano Pianura Est; Università di Bologna-Dipartimento di Psicologia; IRESS. Cooperativa sociale “Quadrifoglio” (soggetto capofila del progetto); Terzo Settore: Associazione “Antinea”; Associazione “Andlay”; Associazione “Amis”; Fondazione “Villa Ghigi”; Cooperativa sociale “La Carovana”; cooperativa “Baolab”.
Referenti dell'intervento	I referenti sono: Ufficio di Piano: dott. Paride Lorenzini (Responsabile UdP) e as.s. Laura Giuliani.

PIANO ECONOMICO FINANZIARIO anno 2019

RISORSE FONDO SOCIALE LOCALE 2019

D.G.R. n° 425/2019

RISORSE DISPONIBILI PROGETTAZIONE 2019

FONDO SOCIALE LOCALE REGIONALE 2019	€ 317.902,10
FONDO SOCIALE LOCALE RISORSE STATALI 2019	€ 333.879,95
TOTALE RISORSE FONDO SOCIALE LOCALE 2019	€ 651.782,05
contributi per segreteria SAA*	€ 7.756,74
integrazione HCP per costo personale dedicato	€ 10.000,00
TOTALE RISORSE DISPONIBILI 2019	€ 669.538,79

*ALTRE FONTI DI FINANZIAMENTO

contributo per segreteria SAA da AUSL

€ 7.256,74

contributo per segreteria SAA da ASP

€ 500,00

totale

€ 7.756,74

L'Ufficio di Piano gestisce la segreteria del SAA area anziani

FINANZIAMENTO PROGETTI FONDO SOCIALE LOCALE ATTUATIVO 2019

AUSL DELEGHE:RESPONSABILITA' FAMILIARI	€ 333.879,95	€ 387.893,55
AUSL DELEGHE:POVERTA'	€ 10.000,00	
TI.FO PER ME	€ 18.000,00	
TIROCINI FORMATIVI SERT	€ 10.000,00	
AUSL DELEGHE:PLURICULTURA	€ 6.013,60	
AUSL DELEGHE ATTIVITA' TUTELA MINORI NOMADI:PLURICULTURA	€ 10.000,00	
AZIONI CONTRASTO ALLA POVERTA':PROGETTI UNIONE SAVENA- IDICE	€ 43.598,00	€ 75.266,00
AZIONI CONTRASTO ALLA POVERTA':PROGETTI SAN LAZZARO DI SAVENA	€ 31.668,00	
PERSONALE UDP	€ 161.096,00	
FARO 2019	€ 2.301,00	
faro 2016	€ 2.301,00	
CANONE GARSIA	€ 10.357,80	
PRIS	€ 6.315,08	

ALBO FORNITORI MINORI	€ 0,00
CASA DELLE DONNE	€ 7.494,00
TUTELA GIURIDICA	€ 46,00
PARI OPPORTUNITA'	€ 2.500,00
OTAP	€ 2.141,73
CENTRO ADOZIONE-AFFIDO -ACCOGLIENZA (AAA)	€ 1.826,63
ACCORDO TPER	€ 10.000,00
TOTALE progetti	€ 669.538,79

FONDO REGIONALE e NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (2015-2016-2017-2018) previsione 2019												
ENTRATE complessive		di cui	quota indistinta	risconto anno precedente	Gestioni speciali	FNNA	PROGETTI SPECIFICI	ALTRI RESIDUI				
FRNA + FNNA	€ 9.523.096,00	di cui	€ 7.347.269,00	€ 1.125.154,00	€ 301.607,00	€ 638.401,00	€ 84.263,00	€ 26.402,00				
FRNA + FNNA	€ 9.156.908,20	di cui	€ 7.347.270,00	€ 987.679,90	€ 337.701,45	€ 484.256,85						
ANZIANI	TIPOLOGIA DI INTERVENTI	2015		2016		2017		2018		2019		NOTE
		CONSUNTIVO 2015		CONSUNTIVO 2016		CONSUNTIVO 2017		CONSUNTIVO 2018		Previsione 2019		
	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI		
	Assegni di cura anziani + Contributo 160 €	469.082,76	122/35	427.958,78	111/31	441.401,00	114/33	520.995,83	132/39	570.000,00		
	AD anziani	407.174,78	155	398.701,93	166	404.549,60	172 utenti / 31843 ore	421.848,29	175 utenti / 31108 ore	480.000,00		
	Rimborso 4 €PASTI a DOMICILIO	95.483,08	20466/151	91.645,61	19834/136	92.352,40	21542 pasti / 193 canoni	98.912,38		120.000,00		
	Rimborso TELESOCORSO											
	Strutture residenziali per anziani ORS	ORS	POSTI/UTENTI	ORS	POSTI/UTENTI	ORS	POSTI/UTENTI	ORS	POSTI/UTENTI	ORS	POSTI/UTENTI	
		2.929.692,09	206/283	3.045.404,38	206/288	3.038.736,38	207/305	3.106.024,08	208	3.240.651,00	210	
	Inserimenti Residenziali Temporanei (IRT) - Solievo sociale	17.836,19	18	18.832,80	19	21.007,51	25	18.010,50	22	40.000,00	25	
Strutture diurne per anziani CD ORS	ORS	POSTI/UTENTI	ORS	POSTI/UTENTI	ORS	POSTI/UTENTI	ORS	POSTI/UTENTI	ORS	POSTI/UTENTI		
	169.284,32	40/82	170.459,22	40/76	172.586,51	40/89	179.894,14	40	276.008,18	47		
Progetti residenziali e diurni Anziani disabili	125.577,84	6	128.303,70	6	150.129,45	7	161.970,64	7	177.376,80	7		
TOTALE AREA ANZIANI		€ 4.214.131,06		€ 4.281.306,42		€ 4.320.762,85		€ 4.507.655,86		€ 4.904.035,98		
DISABILI	TIPOLOGIA DI INTERVENTI	2014		2016		2017		2018		2019		
		CONSUNTIVO 2015		CONSUNTIVO 2016		CONSUNTIVO ANNO 2017		Consuntivo 2018		Previsione 2019		
		SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	
	Assistenza Domiciliare Socio Assistenziale utenti disabili	16.550,23	4	5.355,15	2	6.892,84	2	10.619,45	2	12.870,18	2	
	AD ed ED adulti e minori disabili gravi e gravissimi sostegno domiciliare ai sensi della DGR 1239/08 + AD SLA	238.403,97	27 12	266.144,87	29 6	285.614,89	33 10	330.906,75	37 10	350.900,79	3	
	Interventi temporanei residenziali e semiresidenziali per disabili gravi (sollievo- sostegno alla	19.925,45	7	18.793,08	5	22.096,19	6	45.470,03	10	44.321,98	2	
	Assegni di cura disabili gravi + contributo 160	96.047,78	16	81.113,67	16	71.136,01	16	78.313,68	19	90.000,00		
	Contributi domiciliari		5		6		4		6			
	Progetto/interventi per contrastare l'isolamento sociale	19.611,52	25	20.304,00		28.435,15	10	25.164,03		30.000,00		
	Promozione della protezione giuridica	2.221,56	10	2.221,56	10	2.221,56	10	2.221,56		2.221,00		
Inserimenti in struttura CD e RES disabili	CD	498.164,47	32	525.123,42	39	593.071,61	43	645.897,06	39	645.143,90	44	
	RES	767.937,10	23	785.156,92	24	754.580,56	24	900.992,94	23	855.351,89	23	
	ZANICHELLI diurno + gea +	600.777,60	29	624.231,12	34	525.771,25	32	491.326,66	35	473.531,62	30	
	ZANICHELLI residenziale	387.009,36	9	437.887,00	10	480.587,36	11	393.212,68	13	444.043,27	12	
	MONGHIDORO diurno	73.917,04	4	80.636,33	4	80.470,79	4	73.894,28	5	69.524,33	4	
	CARTERIA	120.290,49	8	120.858,00	9	141.294,44	10	126.109,59	9	139.993,46	10	
Assegni di cura disabilità acquisite 2068/04 + contributo aggiuntivo + SLA		55.082,00	6 5	92.517,00	10 8	105.492,00	11 8	106.848,00	11 7	120.000,00		
Interventi residenziali e di sostegno per persone con gravissime		70.788,74	5	74.738,57	5	74.313,86	5	75.043,35	5	78.118,90		
Interventi a sostegno di progetti speciali accompagnamenti + Trasporto AUSER		4.255,17	10	4.720,75	10	3.516,76	10	4.850,00	10	4.850,00		
TOTALE AREA DISABILI		€ 2.970.982,48		€ 3.139.801,44		€ 3.175.495,27		€ 3.310.870,06		€ 3.360.871,32		
ANZIANI e DISABILI	Dimissioni Protette + BADANDO	40.488,64	74 utenti (con progetto SADDP) + 13 BADANDO	41.800,16		59.999,00		63.111,75		112.500,00		
	Contributi adattamento domestico ANZIANI e DISABILI e contributi Legge 29/97	-		18.361,12	25	15.002,00		13.723,00		20.000,00		
	Auxili non autosufficienza + auxili SLA	3.063,59	2	4.280,00	2	7.244,64		27.315,25		24.000,00		
	Progetto dedicato SLA (30.000 per Area Metropolitana)							18.287,00		20.000,00		
	Progetti di emergenza per la non autosufficienza. Progetti integrati di community welfare per persone non	91.707,14	3	8.824,94	1	105.370,91	1	448.713,00		546.500,00		
	Trasporto e accompagnamento anziani e disabili per favorire l'accesso ai servizi e promuovere il benessere sociale	53.000,00	139	58.993,01		59.002,00		59.002,39		79.000,00		
TOTALE AREA MISTA		€ 188.259,37		€ 132.259,23		€ 246.618,55		€ 630.152,39		€ 802.000,00		
AD pazienti psichiatrici	62.727,06	16	62.948,60	16	59.897,33		86.737,79		90.000,00			
TOTALE AREA PSICHIATRIA		€ 62.727,06		€ 62.948,60		€ 59.897,33		€ 86.737,79		€ 90.000,00		
Progetto Nazionale SLA		CONSUNTIVO 2015		CONSUNTIVO 2016		CONSUNTIVO 2017		CONSUNTIVO 2018		CONSUNTIVO 2019		
		SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	SPESA	UTENTI	
		11.354,58										
		32.198,37	3									
		33.490,00	3									
		3.764,07	1									
		15.630,73	1									
		18.214,95	3									
TOTALE		€ 7.550.752,67		€ 7.616.315,69		€ 7.802.774,00		€ 8.535.416,10		€ 9.156.907,30		
RESIDUO		€ 543.122,93		€ 636.476,31		€ 1.125.154,00		€ 987.679,90		€ 0,90		

	<i>Macro livello</i>	<i>Obiettivi di servizio</i>	<i>Aree di intervento</i>
			<i>Infanzia Adolescenza Responsabilità familiari</i>
1	SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE	ACCESSO ¹	
		PRESA IN CARICO ²	50.081,99
		PRONTO INTERVENTO SOCIALE ³	
2	SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO	ASSISTENZA DOMICILIARE ⁴	83.469,99
		SERVIZI PROSSIMITÀ ⁵	
3	SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI	CENTRI DIURNI E ALTRI SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI ⁶	33.388,00
4	SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITÀ	COMUNITÀ/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITÀ ⁷	133.551,98
5	MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE – SOSTEGNO AL REDDITO	INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA ⁸	
		MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO ⁹	33.388,00

100%

A titolo esemplificativo:

- 1) Segretariato sociale, Telefonia sociale, Centri di ascolto tematici, ecc.
- 2) Servizio sociale professionale, Valutazione multidimensionale, Servizio per l'affidamento minori, Servizio per adozione minori, ecc.
- 3) Interventi quali mensa sociale e Servizi per l'igiene personale per sostegno a specifici target in emergenza sociale
- 4) Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio, Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, ecc.
Interventi di sostegno al contesto familiare in cui vivono bambini e ragazzi
 - a) sostegno socio-educativo domiciliare
 - b) sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare
 - c) specifici sostegni in presenza di un bambino o una bambina nei primi mille giorni di vita
 - d) attivazione sostegni innovativi (percorsi gruppal, famiglie/persone di appoggio, ecc.)
- 5) Servizi accoglienza di adulti e anziani, ecc.
- 6) Centri per le famiglie, Centri diurni riabilitativi, Laboratori, Centri di aggregazioni sociali, ecc. .
Interventi di sostegno ai contesti quotidiani di vita dei bambini e dei ragazzi
 - a) Nella scuola: interventi co-progettati e co-gestiti con gli insegnanti sia di gruppo, sia in équipe multidisciplinare per singoli alunni/studenti in condizioni di difficoltà/rischio
 - b) Nel territorio: sostegni e servizi socio-educativi territoriali
- 7) Residenze per anziani, Strutture per disabili, Comunità educativo-assistenziali, ecc.
Sistema di intervento per minorenni fuori della famiglia di origine
- 8) Supporto all'inserimento lavorativo, Buoni spesa o buoni pasto, Interventi per senza dimora, ecc.
- 9) Contributi per servizi alla persona, per alloggio, per i servizi scolastici, ad integrazione del reddito familiare, ecc.

PREVENTIVO 2019

Distretto	Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
San Lazzaro di Savena	Altre fondi statali/pubblici (specificare)	HOME CARE PREMIUM-INPS				€ 85.000,00				€ 85.000,00
San Lazzaro di Savena	Altre fondi statali/pubblici (specificare)	PON INCLUSIONE AVVISO 3 2016						€ 76.000,00		€ 76.000,00
San Lazzaro di Savena	Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC..)	ASP LAURA RODRIGUEZ Y LASO DE' BUOI (compartecipazione segreteria SAA)				€ 500,00				€ 500,00
San Lazzaro di Savena	Altri fondi regionali (specificare)	interventi bassa soglia (finanziamento servizio sanitario regionale)	€ 36.316,00							€ 36.316,00
San Lazzaro di Savena	Altri fondi regionali (specificare)	MOBILITA' CASA LAVORO DISABILI DGR 1964 DEL 19/11/2018		€ 10.656,10						€ 10.656,10
San Lazzaro di Savena	Altri fondi regionali (specificare)	PARI OPPORTUNITA' L.R.6/2014 -IN GENERE	€ 5.000,00							€ 5.000,00
San Lazzaro di Savena	AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA		€ 306.400,00	€ 151.453,00	€ 273.000,00	€ 1.221.602,00		€ 880.000,00		€ 2.832.455,00
San Lazzaro di Savena	Centri per le famiglie	CENTRO FAMIGLIA SAN LAZZARO DI SAVENA	€ 13.000,00							€ 13.000,00
San Lazzaro di Savena	Compartecipazione utenti	CRA-CD-AD				€ 4.349.478,87				€ 4.349.478,87
San Lazzaro di Savena	Comune (specificare)	SAN LAZZARO DI SAVENA -COMUNE CAPOFILA	€ 10.369.817,48	€ 1.691.840,02		€ 625.713,21	€ 81.301,22	€ 659.999,19	€ 493.454,40	€ 13.922.125,52

Distretto	Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
San Lazzaro di Savena	Comune (specificare)	MONGHIDORO	€ 15.515,00	€ 67.886,00			€ 1.000,00		€ 6.000,00	€ 90.401,00
San Lazzaro di Savena	Comune (specificare)	MONTERENZIO	€ 118.365,17	€ 59.997,00	€ 638,00		€ 2.500,00		€ 36.000,00	€ 217.500,17
San Lazzaro di Savena	Comune (specificare)	OZZANO DELL'EMILIA	€ 1.484.389,00	€ 273.000,00						€ 1.757.389,00
San Lazzaro di Savena	Comune (specificare)	PIANORO	€ 904.368,00	€ 550.000,00						€ 1.454.368,00
San Lazzaro di Savena	Comune (specificare)	LOIANO	€ 131.502,00	€ 55.390,96		€ 3.500,00				€ 190.392,96
San Lazzaro di Savena	FNNA			€ 161.418,95		€ 322.837,90				€ 484.256,85
San Lazzaro di Savena	Fondi FSE POR - LR 14/2015	PIT 2019						€ 295.255,00		€ 295.255,00
San Lazzaro di Savena	Fondo sociale locale - Risorse regionali				€ 10.000,00		€ 16.013,60	€ 113.266,00	€ 178.622,50	€ 317.902,10
San Lazzaro di Savena	Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 333.879,95							€ 333.879,95
San Lazzaro di Savena	FRNA			€ 3.566.202,37		€ 5.016.448,08		€ 90.000,00		€ 8.672.650,45
San Lazzaro di Savena	Mobilità soggetti fragili	ACCORDO TPER						€ 11.135,00		€ 11.135,00
San Lazzaro di Savena	Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)	DOPO DI NOI+VITA INDIPENDENTE-DGR 291/19		€ 112.883,00						€ 112.883,00
San Lazzaro di Savena	Programma gioco d'azzardo patologico	GAP DISTRETTUALE 2019			€ 37.879,14					€ 37.879,14
San Lazzaro di Savena	Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie (almeno 10% del totale FSE assegnato) LR14/15	PIT 2019						€ 29.525,50		€ 29.525,50
San Lazzaro di Savena	Unione di comuni (specificare)	SAVENA-IDICE	€ 1.078.373,39			€ 808.553,00		€ 276.805,00		€ 2.163.731,39
Totale			€ 14.796.925,99	€ 6.700.727,40	€ 321.517,14	€ 12.433.633,06	€ 100.814,82	€ 2.431.985,69	€ 714.076,90	€ 37.499.681,00

INDICATORI DISTRETTUALI

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note 2019
N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	1	31/12/2017	1	4	4	2	Obiettivo 2019: 3 gruppi di iniziative per prevenzione cardiovascolare, diabete, ipertensione coinvolgendo le associazioni di cittadini per la promozione. 1 iniziativa per Vita Sana in collaborazione con il Comune di San Lazzaro e con il coinvolgimento degli esercenti pubblici di bar per ampliare l'offerta di cibi prodotti con alimenti biologici. Incontri con i cittadini per la progettazione della nuova Casa della salute di San Lazzaro.
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	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	0	31/12/2017	70%	00	70%	70%	

Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	n.d.	31/12/2017	attivazione team cure intermedie	L'accesso ai letti di cure intermedie avviene tramite valutazione multiprofessionale all'interno del TEAM di cure intermedie (TCI).	percorsi attivi: - dimissioni protette in CRA; - dimissioni protette a domicilio; - dimissioni protette in altro ospedale	piena attività dei percorsi	
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	4 Budget di salute				utilizzo risorse finanziarie del DSM e collaborazione dello stesso con il Terzo settore per l'utilizzo di spazi, attrezzature, personale etc...	utilizzo risorse finanziarie del DSM e collaborazione dello stesso con il Terzo settore per l'utilizzo di spazi, attrezzature, personale etc...	utilizzo risorse finanziarie del DSM e collaborazione dello stesso con il Terzo settore per l'utilizzo di spazi, attrezzature, personale etc...	
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	4 Budget di salute				N	S	S	Da maggio 2019 sono state stilate le linee di indirizzo metropolitano per estendere l'applicazione dello strumento ad altre tipologie di soggetti fragili.
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	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N	31/12/2017	S	S	S	S	

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	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	1	31/12/2017	3	3	3	3	
N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	2	31/12/2017	2	2	2	2	
N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	2	31/12/2017	2	2	2	2	
N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	1	31/12/2017	2	2	2	2	
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	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	4	31/12/2017	5	5	6	7	

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	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	10	31/12/2017	13	13	15	17	
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	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	27	31/12/2017	32	30	32	38	
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	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	0	31/12/2017	0	0	15	20	
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	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	2	31/12/2017	4	4	5	6	
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	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	S	31/12/2017	S	S	S	S	
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 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale				0	0	0	Nel Distretto di San Lazzaro di Savena non è presente una struttura di reclusione.

N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	4	31/12/2017	2	7	2	2	7 persone dimoranti in strada prese in carico nell'Unione Savena-Idice: 3 Monterenzio, 2 Pianoro, 1 Monghidoro, 1 Ozzano.
Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S N	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	S	31/12/2017	S	S	S	S	
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	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	S	31/12/2017	S	S	S	S	
N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	0	31/12/2017	0	0	0	1	
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	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	S	31/12/2017	S	S	S	S	

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	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	S	31/12/2017	S	S	S	S	
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	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	0	31/12/2017	0	0	0	0	
Attività di rete dei Consulenti familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consulenti familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S N	16 Sostegno alla genitorialità	S	31/12/2017	S	S	S	S	
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	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N	31/12/2017	S	N	S	S	Il Coordinamento verrà ricostituito nel corso del 2019.

Costituzione del coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	S N	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N	31/12/2017	S	N	S	S	Il gruppo di lavoro è in fase di attivazione.
N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	0	31/12/2017	1	1	1	1	
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	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	0	31/12/2017	0	1	0	0	
Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S N	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	S	31/12/2017	S	S	S	S	
N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	0	31/12/2017	0	0	3	3	BADANDO DIMISSIONI PROTETTE IRT CAFFE' ALZHEIMER

Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	non valutabile	31/12/2017	non valutabile	non valutabile	MANTENIMENTO BADANDO DIMISSIONI PROTETTE- IRT- CAFFE' ALZHEIMER	MANTENIMENTO BADANDO DIMISSIONI PROTETTE- IRT- CAFFE' ALZHEIMER	
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	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	2	31/12/2017	2	3	2	2	la terza persona è in sostituzione di una maternità
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	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	0	31/12/2017	0	3	3	3	
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	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	4	31/12/2017	8	8	8	8	3 DSM (di cui una ritirata) 5 SERT (di cui una ritirata)
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	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	S	31/12/2017	S	S	S	S	
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	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	non pertinente per il Distretto	31/12/2017	non pertinente per il Distretto	N	N	N	N inteso come non pertinente per il Distretto
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	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	S	31/12/2017	S	0	0	0	0 = non disponibile

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	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	S	31/12/2017	S	0	0	0	0 = non disponibile
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	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	S	31/12/2017	S	0	0	0	0 = non disponibile
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	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	S	31/12/2017	S	S	S	S	
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	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	S	31/12/2017	S	S	S	S	
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	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	S	31/12/2017	S	N	S	S	
N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	0	31/12/2017	0	0	0	0	
N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	non valutabile	31/12/2017	0	0	0	0	
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	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	non valutabile	31/12/2017	0	0	0	0	

N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	non valutabile	31/12/2017	0	0	0	0	
N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	un corso di primo livello e un corso di secondo livello	31/12/2017	3	4	4	3	
Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	10 aree tematiche: disagio psichico, esperienze di lutto, deterioramento cognitivo, dipendenze, relazione, autostima e lavoro, comportamenti alimentari, essere genitori, disabili adulti e minori, problematiche di salute, esperienze e situazioni protette.	31/12/2017	10 aree tematiche: disagio psichico, esperienze di lutto, deterioramento cognitivo, dipendenze, relazione, autostima e lavoro, comportamenti alimentari, essere genitori, disabili adulti e minori, problematiche di salute, esperienze e situazioni protette.	10 aree tematiche: disagio psichico, esperienze di lutto, deterioramento cognitivo, dipendenze, relazione, autostima e lavoro, comportamenti alimentari, essere genitori, disabili adulti e minori, problematiche di salute, esperienze e situazioni protette.	mantenimento delle 10 aree tematiche ed eventuale implementazione delle aree sui bisogni espressi dai cittadini.	mantenimento delle 10 aree tematiche ed eventuale implementazione delle aree sui bisogni espressi dai cittadini.	
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	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	0	31/12/2017	0	0	1	1	

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	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N	31/12/2017	S	N	S	S	
Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S N	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	S	31/12/2017	S	S	S	S	
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	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	1	31/12/2017	1	1	1	1	
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	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	non attive	31/12/2017	percorsi alternativi all'accesso in PS: sperimentazione percorso dimissione protetta in periodo estivo con coinvolgimento CRA	Nota presente in "Novità 2018"	non definito	non definito	

Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S N	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	N	31/12/2017	N	N	N	S	Attualmente risultano ancora 2 SST: 1) Unione Savena-Idice 2) Comune di San Lazzaro
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	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	N	31/12/2017	S	S	S	S	
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	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	16	31/12/2017	14	14	15	15	

INDICATORI LOCALI

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
“Obiettivo salute” - catalogo dell’offerta educativo formativa per la promozione della salute	performance di progetti richiesti	numero progetti richiesti/numero progetti proposti	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0	0
“Obiettivo salute” - catalogo dell’offerta educativo formativa per la promozione della salute	visualizzazioni sito internet	numero visualizzazioni sito internet	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0	0
AZIONI PER L’INVECCHIAMENTO ATTIVO E IN SALUTE E DI TUTELA DELLA FRAGILITA’ DELL’ANZIANO – GRUPPO FRAGILI	utenti in carico		Numerico	55	31/12/2017	55	55	55	55
Contrasto alla violenza di genere	adesione di tutti i Comuni del Distretto/Unione al Protocollo di Intesa	Numero Comuni che hanno aderito al Protocollo di Intesa	Numerico	1	31/12/2017	6	1	6	6
Contrasto alla violenza di genere	Convenzione con UDI	Rinnovo convenzione con UDI	S N	S	31/12/2017	S	S	S	S
Contrasto alla violenza di genere	gestione distrettuale delle attività e delle risorse previste dall’Accordo di ambito metropolitano	Realizzazione gestione distrettuale delle attività e delle risorse previste dall’Accordo di ambito metropolitano	S N	S	31/12/2017	S	S	S	S
Contrasto alla violenza di genere	team building	num. operatori pubblici coinvolti	Numerico	25	31/12/2017	30	20	30	30
Indagine sperimentale sullo stato sociale di anziani – Comune di Pianoro	intervistati	Numero anziani intervistati	Numerico	0	31/12/2017	200	0	200	0

Offerta attiva di diagnosi e trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili, come presidio di prevenzione dell'infertilità di coppia.	Progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	Attivazione progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	S N	S	31/12/2017	S	S	S	S
Piano distrettuale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico	cabina di regia	incontri	Numerico	0	31/12/2017	3	3	2	2
Piano distrettuale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico	eventi pubblici	eventi	Numerico	0	31/12/2017	1	4	2	2
Piano distrettuale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico	operatori formati	operatori coinvolti nella formazione/informazione	Numerico	0	31/12/2017	30	0	20	20
Piano distrettuale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico	soggetti raggiunti da educativa di strada	esercenti,giocatori ,ecc...	Numerico	0	31/12/2017	100	0	100	100
Piano distrettuale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico	soggetti raggiunti da interventi di sensibilizzazione	esercenti,giocatori, ecc....	Numerico	0	31/12/2017	200	0	200	200
Piano distrettuale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico	studenti coinvolti scuole medie inferiori	studenti coinvolti scuole medie inferiori	Numerico	0	31/12/2017	600	334	300	300
Piano distrettuale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico	studenti coinvolti scuole superiori	studenti coinvolti scuole superiori	Numerico	0	31/12/2017	400	335	500	500
Progetto adolescenza: Interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di preadolescenti ed adolescenti	coordinamento progetto adolescenza	incontri	Numerico	0	31/12/2017	1	0	2	2

Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	Peer education 0-12	Numero genitori/educatori coinvolti direttamente	Numerico	35	31/12/2017	40	0	40	40
Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	Peer education 0-12	Numero persone coinvolte indirettamente	Numerico	70	31/12/2017	80	0	80	80
Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	Peer education 13-18	Numero studenti coinvolti direttamente	Numerico	44	31/12/2017	50	50	50	50
Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	Peer education 13-18	Numero studenti coinvolti indirettamente	Numerico	750	31/12/2017	800	800	800	800
Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	Progetto DiVersi Viaggiando,	Realizzazione del progetto DiVersi Viaggiando,	S N	N	31/12/2017	S	S	S	S

Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	Progetto Welcoming Bologna	Realizzazione del progetto Welcoming Bologna	S N	N	31/12/2017	S	S	S	S
Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	team building	numero operatori pubblici coinvolti	Numerico	25	31/12/2017	30	20	30	30
QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO AI BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E TUTELA	ATTIVITA' SVOLTE AD UN SOSTEGNO DI GENITORIALITA'	PROMOZIONE DI ATTIVITA' SVOLTE AD UN SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' CON MODALITA' INNOVATIVE E MAGGIORMENTE EFFICACI	S N	S	31/12/2017	S	S	S	S
QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO AI BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E TUTELA	ATTIVITA' SVOLTE AD UN SOSTEGNO DI GENITORIALITA'	NUMERO DI ATTIVITA' SVOLTE AD UN SOSTEGNO DI GENITORIALITA' CON MODALITA' INNOVATIVE E MAGGIORMENTE EFFICACI	Numerico	0	31/12/2017	0	7	10	1
QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO AI BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E TUTELA	FORMAZIONE	NUMERO INCONTRI DI FORMAZIONE IN AMBITO METROPOLITANO E REGIONALE	Numerico	0	31/12/2017	1	1	2	1

QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO AI BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E TUTELA	RACCORDO TRA I SERVIZI SOCIALI, SANITARI ED EDUCATIVI	ATTIVAZIONE E POTENZIAMENTO DEL RACCORDO TRA I SERVIZI SOCIALI, SANITARI ED EDUCATIVI	S N	S	31/12/2017	S	S	S	S
QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO AI BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E TUTELA	SOSTEGNO AI NEOMAGGIORENNI CHE ESCONO DA PERCORSI DI TUTELA E PROTEZIONE	NUMERO PROGETTI DI SOSTEGNO AI NEOMAGGIORENNI CHE ESCONO DA PERCORSI DI TUTELA E PROTEZIONE	Numerico	0	31/12/2017	1	3	6	1
Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	corsi di lingua	numero corsi	Numerico	5	31/12/2017	5	4	5	5
Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	MSNA in SPRAR	numero MSNA in SPRAR	Numerico	25	31/12/2017	25	25	25	25
Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Posti CAS	Numero posti CAS	Numerico	36	31/12/2017	37	36	36	36
Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Posti SPRAR	Numero posti SPRAR	Numerico	78	31/12/2017	79	102	79	79
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO/COMUNITA')	centro per le famiglie	in attivazione	S N	N	31/12/2017	N	S	S	S

SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO/COMUNITA')	mappatura	n.punti di accesso	S N	N	31/12/2017	S	S	S	S
Trame educative per nuove comunità (Bando Prima Infanzia 0-6 anni)	Incontri (2019)	Numero incontri	Numerico	0	31/12/2018	0	0	4	4