

# Aggiornamento schede intervento anno 2022

## Distretto: Ponente Approvazione Completata

Titolo	SUPPORTO E SOSTEGNO AL CAREGIVER
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
<b>Riferimento scheda regionale</b>	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifico del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arece

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Sì
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

Il caregiver familiare è una risorsa per il sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, il caregiver familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico.

Nelle situazioni più impegnative il *caregiver* familiare può incorrere in una condizione di sofferenza e di disagio, provare solitudine, affaticamento fisico, psicologico e frustrazione, essere afflitto per la mancanza di riposo, per il sovraccarico di responsabilità (di assistenza, di lavoro e familiari), per le difficoltà economiche, per trovarsi *costretto* a ridurre il lavoro retribuito o a rinunciare a prestare assistenza (lasciano il lavoro il 66% dei *caregiver* familiari).

Particolare attenzione richiedono quei caregiver che si fanno carico al domicilio di situazioni gravose. Tra queste rientrano, ad esempio, i famigliari di persone affette da decadimento cognitivo e disturbo del comportamento, patologia complessa, invalidante e progressiva, che impatta fortemente sulla vita dei familiari, esponendoli a sempre più elevati carichi assistenziali ed emotivi.

In Emilia-Romagna è stata approvata la Legge Regionale n. 2/2014 dedicata al riconoscimento e al sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) nell'ambito degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Le direttive regionali consentono da un lato di riposizionare e finalizzare le risorse già stanziare, rilanciano dall'altro l'esigenza di sviluppare ulteriormente il sostegno alle famiglie con rilevanti compiti di cura (individuando anche i bisogni sommersi), resi ancora più intensi dall'emergenza Covid.

Con Determina regionale 15465/2020 della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare vengono inoltre approvati gli strumenti tecnici per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare, elaborati dal gruppo di lavoro istituito dalla regione con i diversi referenti aziendali. Oltre a fornire preziosi strumenti per la valutazione e la stesura del progetto personalizzato, la determina invita i territori a promuovere specifiche iniziative di informazione e sensibilizzazione.

Con queste premesse, riprendendo il lavoro di progettazione avviato nel 2021, in sede di Ufficio di Piano allargato ai colleghi dei servizi territoriali e alle referenti territoriale nel gruppo tecnico regionale, si sono confermate le finalità e gli interventi distrettuali a sostegno del caregiver, anche introducendo progettualità innovative.

## Descrizione

---

### PROGETTO SAF "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE"

Il progetto prevede azioni concrete di incoraggiamento, sostegno, affiancamento ai caregivers che prestano volontariamente assistenza, in situazioni di grave stress e burn out. Questo Progetto vuole riconoscere e promuovere l'impegno del caregiver familiare, ovvero colui che presta continuativamente, in modo gratuito e responsabile, assistenza alla persona cara in condizioni di non autosufficienza.

Si intende cioè sostenere colui che presta assistenza al domicilio della persona cara in difficoltà, attraverso azioni di cura del malato e del suo ambiente di vita. Il caregiver familiare è anche colui che supporta la persona nella vita di relazione, concorrendo in tal modo al suo benessere psicofisico e sociale. È, inoltre, colui che aiuta e consente alla persona gli spostamenti al di fuori dell'ambito domestico ed il compimento delle pratiche amministrative necessarie.

Tale impegno di cura e di assistenza rappresenta il fondamento del valore della solidarietà nell'ambito delle famiglie di gravi malati e costituisce un bene prezioso per l'intera comunità di cui la famiglia fa parte.

La perdita di autonomia dovuta ad una malattia o ad un fatto traumatico è un evento che destabilizza il funzionamento e l'equilibrio della famiglia, portando con sé situazioni di forte stress emotivo e psicologico sia nel malato sia in coloro che volontariamente si attivano e si coinvolgono nella sua cura.

Questo Progetto si rivolge proprio alle situazioni familiari toccate da malattie difficili che compromettono in modo severo l'autonomia della persona, comportando un gravoso carico assistenziale e che possono costituire un rischio per la tenuta della famiglia. Si pensi per esempio a patologie importanti come il deterioramento cognitivo, la patologia oncologica, la condizione invalidante a seguito di incidenti e/o traumi o le patologie gravi ad andamento cronico.

In questi casi si evidenzia come il gravoso carico assistenziale sottoponga il caregiver familiare ad elevati livelli di stress che possono compromettere il suo benessere, ma anche il piano di cura stesso.

La sensazione di un carico eccessivo da parte del caregiver può comportare il peggioramento della sua qualità di vita. Intervengono in tal senso fattori emotivi, psicologici e finanziari.

Si è osservato in questi anni come il caregiver possa essere colpito da uno stato di apatia e abbandono di interessi dal rischio di isolamento sociale o dalla riduzione del proprio reddito (ciò è dovuto alla compromissione e/o alla ridefinizione della posizione lavorativa e al costo della cura al domicilio della persona assistita).

Le azioni di sostegno al caregiver familiare dovranno quindi tendere a tutelare e sostenere concretamente i suoi bisogni, in sintonia con le esigenze della persona assistita, mettendolo al riparo dai rischi sopra evidenziati.

Nel complesso delle azioni possibili individuate dalla vigente normativa, questo Progetto intende sostenere la figura del caregiver familiare mediante un insieme di azioni informative, formative e di sollievo, volte a qualificare il suo lavoro di assistenza e cura e, contestualmente, a contrastare il rischio di isolamento e burn-out in presenza di situazioni assistenziali particolarmente complesse.

L'esperienza maturata negli anni di lavoro con le famiglie di malati gravi e con i diversi servizi della rete territoriale e ospedaliera (Medici di Medicina Generale, Presidi Ospedalieri, Hospice, Centri Disturbi Cognitivi e Demenze, Servizio Assistenza Anziani e Assistenza Domiciliare Integrata) ha portato ad individuare, in particolare, due situazioni critiche che ricorrono frequentemente e nelle quali il caregiver necessita di aiuto e sostegno: la dimissione protetta e i disturbi cognitivi.

In riferimento ai disturbi cognitivi, grazie anche alla collaborazione del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze, si prevede la possibilità di realizzare momenti di formazione specifica agli operatori domiciliari, con l'obiettivo di qualificare ancora di più il servizio.

Il SAA, di concerto con i Servizi dell'Azienda USL e con i Responsabili del Caso comunali, definisce le procedure per l'attivazione del progetto.

Alcune caratteristiche del progetto SAF rendono gli interventi particolarmente efficaci:

- FACILMENTE ACCESSIBILE

L'Attivazione del servizio è fluida e non richiede di adempiere a pratiche amministrative/burocratiche complesse.

- TEMPESTIVO

Gli interventi vengono attivati in modo tempestivo, in risposta al bisogno.

- TEMPORANEAMENTE GRATUITO

Il servizio è gratuito per un periodo di tempo definito: 30 giorni per il SAF dimissione protetta e 3 mesi per il SAF Demenze. Alla luce dell'esperienza positiva e dell'opportunità estendere la durata dei progetti, si è condivisa la possibilità di una proroga di ulteriori 15 giorni, per il SAF Dimissioni protette, in situazioni straordinarie e di un'estensione a 6 mesi per l'ambito delle demenze. La gratuità dei progetti consente di non gravare sul bilancio familiare e di non subordinare l'attivazione degli interventi al disbrigo di pratiche amministrative/burocratiche.

- SUPPORTATO DA PERSONALE SPECIALIZZATO DI AREA SOCIO-SANITARIA

Il personale sanitario (ADI) e sociale (OSS) interviene a supporto del caregiver formandolo "sul campo" e mettendolo, così, in grado di svolgere al meglio il suo ruolo di assistenza nei confronti del familiare malato.

Per l'erogazione del servizio si fa riferimento ai requisiti già previsti dalla DGR 514/09 .

Alla luce del carattere sperimentale del progetto ed al fine di valutare la completa efficacia sono da prevedersi incontri di verifica tra i soggetti gestori ed il Servizio Assistenza Anziani con cadenza almeno annuale in particolare riferimento alla definizione del PAI e alla formazione coerente con l'intervento in atto.

#### TARIFFE

Euro 23,00 valore unitario per ogni ora di servizio effettivo.

valorizzazione coordinamento: + 8% sul valore totale delle ore di servizio effettivo, pari all'incremento di € 1,84/ora

totale omnicomprendivo pari ad € 24,84/ora

Riconoscimento ore trasferimento attraverso rimborso chilometrico in euro 0,30.

#### **PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI "RICOVERI TEMPORANEI DEMENZE" A SOSTEGNO DEI CAREGIVERS**

Il progetto, approvato nel 2021 ed avviato in via sperimentale nel 2022, mira a supportare i caregivers che si fanno carico al domicilio della cura di familiari affetti da decadimento cognitivo e disturbo del comportamento, patologia complessa, invalidante e progressiva, che impatta fortemente sulla vita dei familiari, esponendoli a sempre più elevati carichi assistenziali ed emotivi.

Il Progetto vede la realizzazione di ricoveri della durata di 30 giorni in CRA, con possibilità di proroga di 15 giorni in casi eccezionali e motivati, per pazienti affetti da demenza, finalizzati a dare sollievo ai caregivers, mettendo in campo strategie finalizzate ad una riduzione dei disturbi del comportamento, fornendo nel contempo supporto e formazione al familiare, per un percorso di empowerment che lo renda maggiormente in grado di proseguire le attività di cura per il proprio caro, limitando il rischio di stress e burn out.

Il progetto sostiene, pertanto, la domiciliarità del paziente, attraverso i seguenti obiettivi:

- controllo dei disturbi comportamentali attraverso strategie non farmacologiche (terapie occupazionali, validation..)
- stimolazione cognitiva e motoria
- addestramento del caregiver, nel rispetto delle normative Covid vigenti, in modo da fornire strumenti per facilitare l'attuazione di strategie di coping
- gravio temporaneo del caregiver

La proposta di attivazione parte unicamente dal CDCD che ha in carico l'utente e che segnala la situazione con apposita modulistica, sottoscritta dal caregiver, al SAA, che provvede ad inoltrarla all'AS territorialmente competente perché venga completata l'istruttoria sociale per consentire la segnalazione dello stato di bisogno e l'attivazione dell'UVG per la stesura del PAI.

L'autorizzazione al Servizio avviene a cura del SAA.

Si allega il Progetto  [prot\\_2021\\_0177540\\_doc004.pdf](#)

## **PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI SOLLIEVO AL CAREGIVER**

Come già previsto nella precedente programmazione e realizzato nel corso del 2021-2022, si ritiene fondamentale per il territorio del Distretto di Ponente prevedere la possibilità di realizzare ulteriori progetti individualizzati domiciliari, residenziali o semiresidenziali, al fine di poter rispondere in modo personalizzato alle diverse esigenze dei caregiver familiari, impegnati nella cura dei propri cari non autosufficienti.

Tali interventi consentono di riconoscere ai caregiver spazi di autonomia e sollievo dall'assistenza, attraverso interventi domiciliari di carattere socio assistenziale o socio educativo

In questo senso, grazie anche alla disponibilità di risorse regionali/nazionali dedicate ai caregivers si prevede la possibilità di attivare interventi individualizzati di sollievo al domicilio o in struttura residenziale e semiresidenziali. In situazioni di particolare gravità, al fine di contenere il rischio di eccessivo sovraccarico ed affaticamento dal lavoro di cura, sarà possibile realizzare interventi temporanei, di carattere straordinario, che prevedono l'attivazione di personale qualificato al domicilio, o la realizzazione di inserimenti temporanei diurni o residenziali, mirati ad offrire momenti di sollievo ai caregiver familiari, con la possibilità di supporto ed affiancamento nello svolgimento dei compiti di cura.

## **INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO**

Nel panorama degli interventi a sostegno dei caregiver familiari, sono previsti anche interventi di sostegno economico (assegni di cura anziani/disabili/contributi aggiuntivi assistenti familiari). L'assegno di cura riconosce l'impegno assistenziale dei caregiver familiari che si prendono cura di propri cari non autosufficienti nel proprio contesto di vita e che garantiscono le attività previste nel PAI, direttamente, o avvalendosi per alcune di esse, dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo. Sarà possibile prevedere assegni di cura, anche con l'utilizzo delle risorse dedicate ai caregiver (DGR 1789/2021).

PROGETTO DI ASCOLTO PER CAREGIVER DI PERSONE CON DEMENZA – CASA DI COMUNITA' BVT

ANDREA - MAGISTRALI

PROGETTO BADANTI

Si fa riferimento alla scheda 21 "Innovazione area anziani"

## **PERCORSI FORMATIVI RIVOLTI AGLI OPERATORI DEL TERRITORIO**

### **"LA VALUTAZIONE DEL CAREGIVER PER RILEVARE IL BISOGNO, DEFINIRE L'OBIETTIVO E PIANIFICARE L'INTERVENTO" - "LE DINAMICHE RELAZIONALI NEL RAPPORTO CON CAREGIVER E PAZIENTE"**

#### **Premessa**

Le linee attuative della DGR 1423/17 "Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019. - Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzo per l'elaborazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale" prevedono un complesso sistema di valutazione del caregiver al fine del riconoscimento dei bisogni e per la pianificazione degli interventi. Tale compito di valutazione è affidato agli operatori che intervengono a domicilio con appartenenze e competenze diverse. Per evitare valutazioni condizionate dall'esperienza e dalla professionalità del singolo operatore, favorendo un'analisi integrata, diventa importante il confronto, anche guidato, tra operatori di diverse professionalità. In questo senso, al fine di migliorare l'integrazione dell'équipe che lavora a domicilio del paziente e di confrontarsi sull'utilizzo degli strumenti regionali di valutazione del caregiver, ha preso corpo l'iniziativa formativa dell'Az. Usl di Piacenza, rivolta agli operatori (assistenti sociali A.Usl e Comuni, educatori, infermieri professionali impegnati sul territorio) dei tre distretti socio sanitari della Provincia di Piacenza. Ulteriore finalità del percorso formativo è stata di supportare gli operatori che intervengono a livello domiciliare nella loro azione sistemica all'interno della presa in carico del paziente.

#### **Obiettivi del progetto**

Standardizzare la compilazione delle schede di valutazione del Caregiver

Confrontarsi sugli obiettivi e sugli interventi da raggiungere

Aumentare l'integrazione all'interno dell'équipe multiprofessionale e multiappartenente

Sviluppare possibili sinergie tra i professionisti dei vari servizi

Sostenere gli operatori nell'allineare la loro azione quotidiana agli obiettivi di sistema e di servizio

Sostenere la relazione di aiuto nei confronti del paziente, attraverso il caregiver

## **SVILUPPO CENTRO ASCOLTO PER LA DEMENZA**

Tra le attività a sostegno dei caregiver che interessano anche il Territorio del Distretto di Ponente, va menzionato il Progetto C.A.DE, progetto della Geriatria Territoriale dell'Az. Usl di Piacenza, realizzato grazie a risorse Aziendali e della Fondazione di Piacenza e Vigevano. Il C.A.DE è operativo dal 19/10/2021 e nasce per rappresentare un punto di riferimento strutturato e continuativo per familiari e persone affette da questo morbo e si prefigge di essere di supporto rispetto al superamento delle difficoltà che la sindrome dementigena può far insorgere all'interno del nucleo familiare.

Gli obiettivi sono i seguenti:

1. Possibilità di parlare apertamente dei propri problemi
2. Ridurre lo stress del caregiver
3. Trasmissione di conoscenza sulla malattia a livello sociale creando cultura sulla malattia
4. Promuovere la socializzazione e prevenire il rischio di isolamento di queste famiglie
5. Migliorare l'integrazione dei malati e dei familiari nel territorio per contrastare lo stigma e favorire il confronto tra pari.
6. Favorire una domiciliarità sostenibile anche attraverso la conoscenza della rete dei servizi
7. Fornire informazioni sugli aspetti medici e psico-sociali della demenza.

Questi obiettivi sono perseguiti offrendo ai familiari e alle persone affette da demenza ASCOLTO rispetto alle difficoltà e alle problematiche esistenti, ORIENTAMENTO sia rispetto alla lettura del bisogno del familiare che rispetto alle risposte esistenti in termini di informazioni sulla malattia, servizi sul territorio e cure; CONSULENZA attraverso l'opportunità di incontri individuali o di gruppo con consulenti specialisti; SOSTEGNO di natura psicologica per i familiari attraverso incontri individuali e di gruppo.

L'Attività di ASCOLTO è stata svolta attraverso la creazione di una linea telefonica dedicata attiva h24 grazie ad una segreteria a cui è possibile lasciare un messaggio per essere richiamati nelle giornate di martedì e mercoledì n cui è presente l'operatore dedicato (vedi volantino). Tale attivazione ha avuto inizio in data 19/10/2021.

Nella prima fase, fino al 31/12/2021, la risposta telefonica è stata garantita attraverso una turnazione dei diversi professionisti afferenti al CDCD. A far data dal 02/01/2022, a seguito di una procedura aziendale si è individuata una figura unica da destinare all'ascolto nella figura professionale di uno Psicologo Clinico e Psicoterapeuta esperto nel supporto alla relazione di cura e formato sulle problematiche relazionali che la malattia dementigena comporta a livello familiare, tale scelta ha garantito una maggiore efficacia nella relazione con i portatori di bisogno .

## PROGETTO "AVO"

Il progetto mira ad affiancare i caregiver nel percorso di dimissione protetta attraverso l'aiuto di volontari

### Destinatari

---

Caregiver familiari e persone accudite, famiglie, assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali.

### Azioni previste

---

PROGETTO SAF "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE":

#### 1) LA DIMISSIONE PROTETTA – CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La dimissione protetta prevede una valutazione da parte del Nucleo UVM I livello composta da A.S. e Infermiere Territoriale, in previsione di una dimissione da un reparto di degenza ospedaliero di un paziente che ha problemi sanitari o socio-sanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi al fine di garantire la continuità assistenziale domiciliare. La continuità della cura, infatti, è una strategia finalizzata a migliorare la qualità assistenziale ed a rispondere in modo efficace ai bisogni, alle complessità organizzative, ed alle difficoltà della famiglia; il ricovero ospedaliero impatta fortemente sulla stabilità familiare mutandone gli equilibri sia della persona bisognosa di cura che dei caregivers.

Per tale motivo la dimissione protetta si concretizza con l'intervento integrato del personale ospedaliero, dove la persona è degente, dei servizi sociali territoriali, del medico di medicina generale del servizio ADI e della famiglia.

La dimissione protetta pertanto, garantisce al caregiver familiare un affiancamento temporaneo – e tempestivo, ossia presente immediatamente dopo la dimissione dal reparto ospedaliero - da parte di personale specializzato in grado di assistere il paziente e, contestualmente di formare il caregiver rispetto a tutte le pratiche concernenti lo svolgimento del lavoro di cura a domicilio.

Tale azione si configura, quindi, come un intervento di sostegno al caregiver familiare nel periodo di maggiore criticità (la dimissione da reparto, con la conseguente esigenza di organizzare l'assistenza del proprio caro a domicilio), con finalità più generali di sostegno alla domiciliarità del paziente.

In concreto, dalla valutazione di I livello verrà redatto un Piano Assistenziale Individualizzato in cui sarà possibile prevedere l'intervento di personale socio-assistenziale specializzato (OSS o figure equipollenti) e/o di personale infermieristico.

#### 2) I DISTURBI COGNITIVI

Altra situazione di forte criticità è quella della presenza in casa di un familiare affetto da disturbi cognitivi e demenza. Come specificato anche nella DGR 990/2016 "Aggiornamento Progetto regionale Demenze", il tema delle demenze "nella nostra Regione interessa più di settantamila persone (oltre centomila se si considerano anche i familiari che se ne prendono cura) costituendo, nell'ambito della programmazione locale, uno dei terreni di maggiore impegno di tutte le politiche territoriali".

Le persone affette da disturbi cognitivi e demenza rappresentano un forte carico assistenziale e possono essere fonte di depressione per i caregivers. Recenti ricerche evidenziano come le persone che assistono in modo continuativo pazienti con demenza siano sottoposte ad alti livelli di stress. Tale condizione è spesso associata alla percezione nel caregiver di un carico eccessivo nel piano assistenziale, denominato burden.

Per tale motivo gli interventi nel settore non devono essere solamente riferiti agli aspetti terapeutici specialistici bensì anche al sostegno ed all'accompagnamento dell'intero nucleo familiare lungo tutto il percorso di cura.

A tale proposito vi è la necessità che sia garantito un approccio globale, non esclusivamente farmacologico, attraverso la messa a disposizione di interventi rivolti al malato ed al caregiver. Occorre prevedere un insieme articolato di percorsi assistenziali in considerazione del fatto che i soli piani terapeutici e farmacologici impiegati nella cura della malattia degenerativa non sono risolutivi.

In particolare, il sostegno ai familiari che si prendono cura di persone affette da disturbi cognitivi deve prevedere un insieme di interventi articolati su più attività (informative – formative – di sostegno - ecc.) erogati lungo un arco temporale minimo garantito, effettuati da personale specializzato ad interagire ed assistere persone affette da demenza e ad accogliere e sostenere lo stato emotivo del caregiver familiare.

Tale supporto costituisce un aiuto concreto diretto al malato, ma rappresenta soprattutto un sostegno al caregiver ed al nucleo familiare che assiste a domicilio il proprio caro malato.

In concreto, si intende fornire al caregiver un percorso di accompagnamento e formazione alla cura del proprio caro affetto da demenza, mediante l'intervento gratuito a domicilio di personale sanitario e socio-assistenziale altamente qualificato e specializzato sui disturbi cognitivi. L'intervento di supporto all'assistenza familiare promuove la permanenza al domicilio del paziente e contrasta il rischio di burn-out del caregiver.

Il progetto formativo prevede la presenza a domicilio per un tempo limitato (indicativamente: un periodo di due mesi, flessibili in base al bisogno) – e per un monte ore concordato nel progetto di assistenza familiare definito dai servizi - di un infermiere dell'ADI e di un OSS attivato dai Servizi Sociali territoriali, per attività di educazione e formazione ai familiari e sollievo al caregiver.

A livello operativo il progetto è destinato esclusivamente ad utenti in carico ai "Centri per la demenza" e prevede l'intervento a domicilio dell'OSS "qualificato S.A.F." per un pacchetto di max 48 ore per utente (è prevista la possibilità di interventi con pacchetto massimo di 96 ore per un periodo di 6 mesi) , con accessi settimanali concordati con la famiglia e con i servizi. Nella prima fase, della durata di circa un mese, l'operatore del S.A.F. interviene con continuità ed approfondisce la conoscenza della famiglia e dell'utente demente, supportando i servizi nella definizione di un progetto individualizzato di assistenza e cura; anche l'infermiere dell'ADI interviene a domicilio per quanto di sua competenza, sostenendo/formando il caregiver al fine di garantire la continuità dell'intervento.

Nella seconda fase, se il progetto di assistenza prevede l'attivazione del SAD, l'operatore S.A.F. interviene a domicilio con un'azione di formazione, tutoraggio e supervisione/sostegno al caregiver.

Entro il termine previsto dal progetto occorre inviare al SAA il PAI/RELAZIONE FINALE relativa all'utente da cui emergano gli obiettivi raggiunti durante l'intervento e se del caso, le ipotesi progettuali per la presa in carico da parte dell'Operatore SAD .

Si tratta di un breve, ma fondamentale affiancamento a chi, poi, si prenderà cura della persona.

Si prevede, inoltre, la possibilità per i familiari del malato di partecipare a gruppi di sostegno condotti da uno psicologo specializzato nel campo dei disturbi cognitivi oppure di accedere al "Centro Disturbi Cognitivi e Demenze" per colloqui di sostegno finalizzati ad una migliore gestione delle dinamiche di relazione con il malato.

Nel corso del 2021, alla luce di quanto emerso nei tavoli di confronto con le Assistenti Sociali impegnate nell'area anziani e con i professionisti del Centro Disturbi Cognitivi e demenze distrettuale, si è avviata una riprogettazione dei servizi della rete,

ancora più mirata ai bisogni dell'utenza e dei caregiver di pazienti affetti da demenza.

In questo senso, anche grazie alle risorse economiche dedicate agli interventi a sostegno dei caregiver famigliari (DGR 2318/2019 – DGR 1005/2020), si è condivisa l'opportunità di rinforzare il SAF Demenze, implementando il numero di interventi ed estendendo il periodo di gratuità degli interventi da 3 a 6 mesi.

## **PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI "RICOVERI TEMPORANEI DEMENZE" A SOSTEGNO DEI CAREGIVERS**

Grazie alle risorse economiche dedicate al Caregiver, si prevede la possibilità di attivare ulteriori progetti individualizzati, segnalati dal CDCD ed opportunamente valutati. Al termine del primo anno di applicazione del progetto, partito in via sperimentale, i Servizi Coinvolti si confronteranno sull'andamento del progetto per eventuali modifiche e/o integrazioni.

## **PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI SOLLIEVO AL CAREGIVER**

Come già previsto nella precedente programmazione e realizzato nel corso del 2021-2022, si ritiene fondamentale per il territorio del Distretto di Ponente prevedere la possibilità di realizzare ulteriori progetti individualizzati domiciliari, residenziali o semiresidenziali, al fine di poter rispondere in modo personalizzato alle diverse esigenze dei caregiver familiari, impegnati nella cura dei propri cari non autosufficienti.

## **INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO**

Si prevede la sottoscrizione di assegni di cura per sostenere l'impegno dei caregiver che assicurano la domiciliarità dei propri cari non autosufficienti, anche con l'utilizzo delle risorse dedicate ai caregiver (DGR 1789/2021).

Si allega PROGETTO CAREGIVER PONENTE 2022  [progettazioni caregiver 2022.pdf](#)

## **SVILUPPO CENTRO ASCOLTO PER LA DEMENZA**

Dal mese di marzo 2022, presso le sedi dei CDCD nelle Case della Salute, sono partiti incontri informativi rivolti ai familiari dei pazienti in carico ai CDCD, con l'obiettivo di rispondere alle necessità di ORIENTAMENTO e CONSULENZA che il progetto si prefigge, permettendo ai familiari di acquisire conoscenze sulla malattia e sulla rete dei servizi. Gli incontri sono condotti dai professionisti del CDCD: Geriatra, Psicologo Assistente sociale.

Gli obiettivi degli incontri sono:

- Promuovere l'apprendimento di conoscenze sulla malattia, sui sintomi cognitivi, comportamentali e funzionali, sui servizi e associazioni di volontariato esistenti;
- Suggestire metodologie di gestione dei problematiche cognitive, comportamentali ed assistenziali e metodologie di comunicazione e stimolazione più efficaci;
- Rendere realistiche le aspettative relative alla cura e alle capacità del malato;
- Migliorare il senso di efficacia e di competenza;
- Promuovere la conoscenza dei vissuti legati alla malattia e al suo decorso;
- Accompagnare i familiari nella scelta e nell'utilizzo dei servizi e degli ausili più idonei a seconda della fase di malattia.

Questi momenti di incontro potranno essere ampliati nei prossimi mesi diversificando gli interventi e affiancando agli incontri INFORMATIVI/FORMATIVI anche momenti di incontro mirati al sostegno attraverso l'attivazione di gruppi di supporto ed AUTO/AIUTO in tutta la provincia.

## **PERCORSO FORMATIVO "LA VALUTAZIONE DEL CAREGIVER PER RILEVARE IL BISOGNO, DEFINIRE L'OBIETTIVO E PIANIFICARE L'INTERVENTO" - "LE DINAMICHE RELAZIONALI NEL RAPPORTO CON CAREGIVER E PAZIENTE"**

Gli incontri formativi dedicati agli operatori del Distretto di Ponente sono stati realizzati nel primo quadrimestre del 2022

## **PROGETTO AVO**

Affiancare i caregiver nel percorso di dimissione protetta attraverso l'aiuto di volontari.

Questo progetto ha già visto l'avvio sperimentale nella sub area Unione Montana Alta Val Trebbia Val Luretta. L'obiettivo è di svilupparlo su tutto l'ambito distrettuale.

### **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Politiche sanitarie, inclusione sociale

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

#### PROGETTO SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE:

Personale ospedaliero del reparto ove la persona è degente, assistenti servizi sociali territoriali, medico di medicina generale, operatori del Servizio infermieristico territoriale, Professionisti del Centro disturbi cognitivi e demenze, Operatori del SAA distrettuale, Coordinatori assistenziali e OSS che svolgono l'intervento al domicilio, famiglia

#### **PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI RICOVERI TEMPORANEI DEMENZE:**

Professionisti del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze e del SAA Distrettuale, Assistenti Sociali territoriali, MMG, operatori della CRA (Responsabile del Servizio, Medico di struttura, Referente assistenziale di nucleo, OSS, infermieri, fisioterapista/terapisti occupazionali, animatore)

#### PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI SOLLIEVO AL CAREGIVER

A seconda del tipo di progetto, possono essere coinvolti professionisti dei Servizi Sociali, Sanitari e Socio Sanitari. SAA Distrettuale, Assistenti Sociali territoriali, MMG, operatori delle strutture residenziali e semiresidenziali, del Terzo Settore.

-

#### INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO

Servizi sociali territoriali, SAA

#### SVILUPPO CENTRO ASCOLTO PER LA DEMENZA

-

Professionisti del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Servizi Sociali territoriali, SAA

#### PERCORSO FORMATIVO "LA VALUTAZIONE DEL CAREGIVER PER RILEVARE IL BISOGNO, DEFINIRE L'OBIETTIVO E PIANIFICARE L'INTERVENTO" - "LE DINAMICHE RELAZIONALI NEL RAPPORTO CON CAREGIVER E PAZIENTE

A.Usl, Comuni

AVO: Associazioni di volontariato

### Referenti dell'intervento

---

1. SAF: ASP e Comuni
2. RICOVERI TEMPORANEI DEMENZE: CDCD, SAA, Comuni
3. PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI SOLLIEVO AL CAREGIVER: SAA, Comuni
4. INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO: SAA, Comuni
5. SVILUPPO CENTRO ASCOLTO PER LE DEMENZE: Geriatria Territoriale - Az. Usl Piacenza
6. PERCORSO FORMATIVO "LA VALUTAZIONE DEL CAREGIVER PER RILEVARE IL BISOGNO, DEFINIRE L'OBIETTIVO E PIANIFICARE L'INTERVENTO" - "LE DINAMICHE RELAZIONALI NEL RAPPORTO CON CAREGIVER E PAZIENTE: Direzione Sociosanitaria Aziendale - Az. Usl Piacenza
7. AVO

### Novità rispetto al 2019

---

Azioni previste sul progetto Caffè Alzheimer

### Novità rispetto al 2021

---

azioni previste

### Preventivo di Spesa

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### Risorse dei Comuni

---

### Altre Risorse

---

<b>Titolo</b>	<b>PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
<b>Riferimento scheda regionale</b>	19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	AUSL DI PIACENZA
<b>Ambito territoriale</b>	Provinciale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo ha prodotto nel tempo un aumento del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza. Occorre continuare a programmare ed attuare sia azioni di informazione sia di formazione sui rischi potenziali sia interventi di cura per giocatori e familiari.

La presente scheda riassume la proposta di progetto per la quarta annualità in continuità con l'attuazione delle tre annualità precedenti del piano locale di Prevenzione e Contrasto al Gioco d'azzardo, approvato dai tre Distretti della Provincia di Piacenza. L'Azienda USL, ente capofila designato dai Distretti, ha concordato insieme ai Distretti di assegnarne lo svolgimento all'Associazione La Ricerca di Piacenza e alla Cooperativa sociale L'Arco di Piacenza, che quando si presentano insieme hanno assunto il significativo nome di Progetto Iceberg, nato durante i lavori dei tavoli creativi insieme alla cittadinanza che rende molto bene l'idea del Disturbo da Gioco d'Azzardo con la sua densità di vergogna, sensi di colpa, segreti e menzogne che avvolgono i giocatori d'azzardo patologici e le loro famiglie e ne giustifica l'enorme sommerso di chi non chiede aiuto.

La continuità è con la Deliberazione del Direttore Generale n. 40 del 07/02/2019 e poi la Deliberazione del Direttore Generale n. 180 del 24/06/2020 e poi la Deliberazione del Direttore Generale n. 116 del 16/3/2022 ed ha mantenuto nel tempo la possibilità di lavorare nei tre distretti, mantenendo un progetto comune, ma territorialmente individuato e formando sinergie di intervento uguali o molto simili in tutto il territorio dell'AUSL di Piacenza. L'obiettivo del progetto è in sintesi il supporto ai familiari dei giocatori d'azzardo e al loro parente giocatore, attraverso il coinvolgimento della comunità.

Si tratta di un tema complesso, difficile e sottovalutato dai cittadini e dagli stessi operatori sociosanitari. Un iceberg, insomma. Questa prospettiva su cui La Ricerca e L'Arco lavorano da anni è innovativa e complessa.

### **Descrizione**

Partiti dal Ser.D.P. di Levante (Cortemaggiore) ormai in tutte le sedi aziendali del Ser.D.P. (quindi anche nelle sedi di Piacenza e di Borgonovo Val Tidone) viene garantita una presa in carico del giocatore d'azzardo patologico e/o dei familiari. In collaborazione con la Associazione "La Ricerca" Ce.I.S. di Piacenza e con la Cooperativa L'Arco di Piacenza si organizzano e gestiscono corsi di prevenzione negli istituti scolastici superiori e formazione agli operatori dei Servizi Sociali.

È importante sottolineare che le oggettive difficoltà conseguenza della pandemia COVID-19 da SARS-COV-2 che da marzo 2020 hanno influito in modo significativo sullo svolgimento di tutte le attività territoriali e che hanno costretto a ridurre, modificare, rinviare e reinventare le modalità di intervento sono ancora incombenti sul prossimo futuro e dovranno essere tenute in seria considerazione. Sarà quindi ancora una variabile non completamente controllabile della programmazione che lasceremo sostanzialmente invariata a completamento di quanto già fatto.

## Destinatari

---

- Giocatori con dipendenza da azzardo e loro familiari;
- Operatori sociali;
- Studenti
- Operatori del settore con "malattia professionale"

## Azioni previste

---

**Cittadinanza:** Si proseguirà la "ricerca-intervento" che consentirà di interessare e coinvolgere le diverse componenti della comunità locale (amministratori, operatori sociosanitari, operatori economici anche legati alle attività dell'azzardo e cittadini). È stato costituito almeno un tavolo per ogni distretto finalizzato a progettare e coordinare azioni comunicative e di supporto per favorire la consapevolezza rispetto ai rischi dell'azzardo. Un esperto di media-education (Michele Marangi) ha aiutato i partecipanti dei tre tavoli a realizzare progetti di comunicazione pubblica. Useremo materiale già fornito dalla Regione o altro materiale prodotto da Iceberg, come "La Pulce nell'orecchio!", una rielaborazione per familiari del "Lie-Bet", un brevissimo questionario nato nei tavoli creativi insieme alla cittadinanza per indagare menzogna (Lie) e gioco d'azzardo (Bet) e quindi fare emergere il sommerso di chi è già nella palude del problema e non lo sa ancora o crede di non poterci fare nulla.

Ci si propone di proseguire la ricerca-intervento con lo step successivo di una ricerca partecipata sul gioco d'azzardo, che ponga il focus sugli effetti e le azioni che le comunità possono intraprendere per supportare i propri membri che affrontano le difficoltà legate al gioco d'azzardo problematico o alla dipendenza e per avviare progetti di comunicazione pubblica.

La ricerca prevede due percorsi che si intrecciano:

1. L'utilizzo di metodologie partecipative e qualitative per supportare la sensibilizzazione, iniziata nel progetto precedente, rispetto ai vissuti delle famiglie coinvolte nel gioco d'azzardo patologico. La realizzazione di gruppi di incontro e di dibattito per favorire il confronto e l'approfondimento degli aspetti peculiari del gioco d'azzardo problematico sosterranno i tavoli presenti in ciascun distretto.
2. Percorso sulla comunicazione e sulla diffusione sul territorio di messaggi sul gioco d'azzardo.

Ci si avvarrà di metodologie specifiche e di ricercatori esperti; in particolare sulla ricerca partecipata e sui progetti di comunicazione alternativa dal basso.

Alla cittadinanza verranno proposti i prodotti comunicativi e offerti anche momenti di incontro e di riflessione, anche con modalità accattivanti o autoironiche e spettacolari.

[Obiettivo 1/a].

**Contrasto al sovra-indebitamento:** Gli operatori del Ser.D.P. stanno collaborando con esperti del settore finanziario e hanno formato un gruppo di operatori in grado di consigliare e supportare le scelte finanziarie dei pazienti: comprendere come ripianare i debiti contratti è spesso centrale per consentire l'inizio di un percorso di terapia. Si continuerà a collaborare con gli Amministratori di Sostegno e con persone interessate al supporto finanziario del giocatore. [Obiettivo 1/c] \_

**Giocatori e Familiari:** attività ambulatoriale nelle sedi Ser.D.P. di Cortemaggiore, Piacenza e Borgonovo Val Tidone.

La diffusione del fenomeno e l'incremento della attività preventiva e di aumento di consapevolezza auspicata provocheranno un ulteriore (rispetto al già elevato trend osservato negli ultimi anni) incremento di richiesta di aiuto. Si sono pertanto potenziate le funzioni cliniche e di accoglienza e trattamento nei tre punti di erogazione ambulatoriale (Piacenza, Cortemaggiore e Borgonovo Val Tidone) presso gli attuali ambulatori Ser.D.P. con un ampliamento delle competenze psicologiche ed educative dedicate.

[obiettivo 4/a]

**Attività di sostegno ai familiari:** completa l'intervento clinico e lo precede nel caso in cui il giocatore non intenda, al momento, rivolgersi ad interventi di cura. La consapevolezza che la maggior parte dei giocatori non si rivolge alle strutture dedicate se non dopo ripetute esperienze di perdite economiche, espone i familiari a sofferenze economiche e relazionali. La necessità di

organizzare un punto di ascolto e gruppi di sostegno diventa quindi fondamentale sia per supportare gli operatori sociali e costruire con loro una "rete integrata" per raccogliere e canalizzare i giocatori problematici e patologici, sia per supportare i familiari. Il percorso si articola in cinque *step* (dal riconoscimento dell'impatto dell'azzardo nel nucleo familiare alla ricerca degli aiuti e dei supporti necessari a ritrovare il benessere familiare) e vede una figura di coordinamento degli interventi per garantirne la continuità e la formazione. Il supporto a familiari di giocatori d'azzardo, all'interno di sedi diverse nel territorio, sarà dunque fatto secondo il Metodo 5-Step acquisito con un corso di formazione specialistico eseguito da 6 operatori di Iceberg con il gruppo inglese AFINet (Addiction and the Family International Network).

Gli operatori sociali istituzionali saranno parti importanti nella costruzione della rete e saranno coinvolti in iniziative fatte allo scopo di condividere tutti gli aspetti che rendono possibile il funzionamento effettivo della rete stessa: condividere un linguaggio comune, confrontarsi sulle situazioni complesse e sui differenti sguardi attraverso cui le percepiamo e individuare un metodo comune che, pur nella flessibilità e nel rispetto delle diverse competenze, permetta di affrontare insieme problemi nascosti e sofferenze familiari.

Anche la violenza domestica sarà un tema formativo e di costruzione della rete, con la collaborazione delle istituzioni e dei soggetti che se ne occupano.

[Obiettivo 1/d]

Interventi nelle scuole: è terminata la ricerca intervento basata sulla collaborazione con l'associazione "AND" (Azzardo e Nuove Dipendenze) e il *Centre du jeu excessif* della Università di Losanna. Dobbiamo terminare di elaborare i dati della ricerca svolta nelle scuole nel 2019/2020 e diffonderne i risultati. Tale ricerca, iniziata a novembre 2019 ed interrotta dal Lockdown, riguarda i fattori di rischio e i fattori di prevenzione del gioco d'azzardo patologico. La ricerca è stata realizzata a Piacenza in 8 classi dei Licei Respighi e Colombini, a Levante in 8 classi dell'Istituto Comprensivo Mattei, a Ponente in 6 classi dell'Istituto Comprensivo Volta.

Per proseguire la prevenzione nelle scuole sono stati attivati:

- Incontri di "Matematica del gioco d'azzardo" centrati sull'aumento delle conoscenze sul calcolo delle probabilità e sul caso: una buona base per diffondere una cultura della consapevolezza per ragazzi a basso/bassissimo rischio è fare prevenzione universale.
- Incontri centrati sulla produzione di materiali creati dai ragazzi sul tema della relazione fra azzardo e convergenze tecnologiche, organizzati in piccoli percorsi per raggiungere target diversi.

[obiettivo 2/a]

Operatori del settore: intervento specifico per chi tra gli operatori del settore diventa dipendente, contraendo una sorta di "malattia professionale" legata all'intensità di esposizione al gioco d'azzardo legale. Ovviamente oltre allo specifico locale previsto si attuerà una piena adesione alla programmazione regionale prevista negli atti attuativi del PSSR 2017/19. [obiettivo 4 a]

Attività ambulatoriale: Attività ambulatoriale per la cura del Disturbo da Gioco d'azzardo in almeno una sede di ognuno dei Distretti provinciali (a Piacenza, a Borgonovo Val Tidone e a Cortemaggiore), con il potenziamento degli operatori professionali dedicati. L'attività clinica è dedicata all'intervento sui giocatori d'azzardo problematici e patologici e ai loro familiari. I professionisti dedicati, oltre al personale già assunto dai Ser.D.P., sono formati da 4 psicologhe psicoterapeute (per 40 ore settimanali) e due educatori professionali (8 ore settimanali). Questo a garanzia della rapida e puntuale presa in carico di quanti chiedono assistenza e cure.

Proseguimento dell'attività formativa/informativa rivolta agli studenti della scuola infermieri e ai medici specializzandi in Medico di Medicina Generale (MMG). Incontri formativi e di confronto con i MMG dei tre distretti e con i cittadini di diversi comuni.

Durante il periodo di Covid-19 abbiamo dato, in collaborazione con Iceberg, un supporto a pazienti e familiari, al bisogno anche online, e abbiamo colto l'occasione per indagare la situazione rispetto a quanto stava loro accadendo durante la pandemia in relazione al problema correlato al gioco d'azzardo e all'impossibilità di giocare grazie alle chiusure imposte dal Covid-19. Esempi di articoli che abbiamo prodotto:

1. Maurizio Avanzi, Antonio Calabrese, Silvia Cabrini, Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) al

tempo della pandemia di COVID-19: il punto di vista dei SerDP, Alea Bulletin 2020, VIII, 3: 13-

17. [https://www.gambling.it/images/pdf\\_bulletin/Bulletin%202020-3.pdf](https://www.gambling.it/images/pdf_bulletin/Bulletin%202020-3.pdf)

2. Maria Anna Donati, Silvia Cabrini, Daniela Capitanucci, Caterina Primi, Roberta Smaniotto, Maurizio Avanzi, Eleonora Quadrelli, Giovanna Bielli, Alfredo Casini and Alessandra Roaro, Being a Gambler during the COVID-19 Pandemic: A Study with Italian Patients and the Effects of Reduced Exposure, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18, 424. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020424> [obiettivo 4 a]

Ci proponiamo di raggiungere i seguenti obiettivi:

Mantenimento dell'attività ambulatoriale dedicata. Mantenimento degli obiettivi previsti dal PDTA (Percorso

Diagnostico Terapeutico Assistenziale) dedicato.

Prosecuzione degli studi e delle ricerche, visto che il lavoro svolto ha anche prodotto un apprezzamento anche da parte della Corte dei Conti, nel documento relativo al Fondo per il gioco d'azzardo patologico, facendo riferimento all'Emilia Romagna segnala come Focus: " L'esperienza della città di Piacenza durante il periodo di lockdown", che ha evidenziato l'impatto benefico soggettivo e familiare che hanno avuto le chiusure di diversi giochi d'azzardo durante la pandemia su quanti vengono danneggiati dal gioco d'azzardo (Corte dei Conti, Sezione Centrale di Controllo sulla Gestione delle Amministrazioni dello Stato, "Il fondo per il gioco d'azzardo patologico", Deliberazione 30 dicembre 2021, n.23 /2021/G, p. 65-66.

<https://www.corteconti.it/Download?id=464009b9-e5cc-4a9d-9700-671c5ef35667>

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

AUSL di Piacenza, Uffici di Piano Distrettuali, Associazione La Ricerca CEIS di Piacenza, Cooperativa L'Arco di Piacenza

### **Referenti dell'intervento**

---

Maurizio Avanzi

### **Novità rispetto al 2019**

---

DESCRIZIONE, RISORSE NON FINANZIARIE

### **Novità rispetto al 2021**

---

AZIONI PREVISTE

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	231.919,70 €
-------------------------------	--------------

### **Risorse dei Comuni**

---

#### **Altre Risorse**

---

<b>Programma gioco azzardo patologico (Anno 2022)</b>	231.919,70 €
---	--------------

<b>Titolo</b>	<b>PROGETTAZIONE SOCIALE INTEGRATA A FAVORE DI ADULTI IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
<b>Riferimento scheda regionale</b>	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES) 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015) 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	AUSL PIACENZA (DSMDP - PSICHIATRIA DI COLLEGAMENTO)
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Si
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arce

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Si
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Si
<b>C Promozione autonomia</b>	Si
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

L'area degli adulti in condizione di fragilità è una delle problematiche "di confine", a scavalco tra Servizi, che richiede interventi ed accordi a diversi livelli. Trattasi di utenza multiproblematica che i Servizi faticano ad agganciare, che genera situazioni di emergenza sociale, in cui la condivisione di valutazione e presa in carico tra servizi sociali e sanitari è elemento fondante per l'efficacia degli interventi.

### Descrizione

L'attività si esplica attraverso 5 gruppi territoriali siti sui 3 Distretti in cui sono presenti Operatori (Assistenti Sociali, Educatori ) di diversa appartenenza : AUSL Enti Locali ed operatori del terzo settore (attualmente su un unico gruppo). I gruppi hanno cadenza mensile per un totale di 10 incontri all'anno. La "Scheda di valutazione e progettazione" è lo strumento previsto dal PDTA per valutare i criteri di inclusione e la conseguente presa in carico delle situazioni proposte.

### Destinatari

La popolazione degli adulti fragili è in forte mutamento anche per gli effetti secondari della crisi COVID. E si sta allargando a persone (o a intere famiglie), che hanno subito gli effetti destabilizzanti della pandemia su vari aspetti di vita (somatici, psichici, relazionali, economici e lavorativi). Sono situazioni multiproblematiche che non richiedono azioni sporadiche ed isolate , ma interventi complessi e trasversali a più enti /Agenzie esterne . in tal senso la diversa appartenenza degli operatori consente uno sguardo di ampio respiro e una progettazione/gestione realmente integrata . I gruppi territoriali prendono in carico un numero limitato di casi su cui viene effettuato un **intervento intensivo** (circa 2-3 casi per operatore) all'anno. Tutti i casi in carico sono oggetto di costante verifica da parte del gruppo. Per tali modalità operative gli operatori devono poter disporre, nei casi di maggiore problematicità, di una risorsa economica da impegnare in tempi rapidi sotto forma di servizi alla persona nei vari ambiti

di vita.

Rispetto agli anni passati, la progettazione prevede una stabilizzazione del numero di casi in carico (N. 130 circa per il 2021) perché si è scelto un approccio intensivo con la presa in carico da parte di ogni operatore di non più di 2-3 casi a testa. Questo comporta una riduzione del numero di casi in carico, ma l'intensificazione dell'intervento permette anche una loro più rapida dimissione.

## Azioni previste

---

- Mantenimento dell'attività dei 5 Gruppi territoriali ( 2 Ponente, 2 Levante, 1 Piacenza) per un totale di 10 incontri ciascuno.
- Progettazione individualizzata e utilizzo di strumenti d'aiuto non standardizzati e personalizzati con particolare attenzione all'investimento nel contesto sociale dell'utente alle situazioni che richiedono interventi tempestivi ed intensivi
- Investimento del contesto sociale, per individuare e rendere attive le risorse della comunità territoriale utili ad una prossimità solidale
- **Formazione:**
  - di base ( PDTA e metodo di lavoro ) per i nuovi operatori inseriti sui tavoli, supervisione dei casi sui singoli tavoli. Questa formazione è molto importante perché il turn-over degli operatori soprattutto dei servizi sociali è molto elevato
  - sulla recovery , cioè sulla prospettiva del recupero delle risorse positive anche nelle persone con maggiore fragilità con proposte attive di riabilitazione per evitare il ricorso prece o inopportuno a misure di tipo assistenziale
  - sulla psicopatologia per tutti gli operatori aderenti al percorso per l'acquisizione di conoscenze di base della psicopatologia e un linguaggio da condividere col personale tecnico sanitario

## Eventuali interventi/politiche integrate collegate

---

- Budget di salute
- Azioni di supporto alla inclusione lavorativa/formazione
- Azioni di supporto ai progetti abitativi
- Azioni di supporto alla gestione del tempo libero

## Istituzioni/attori sociali coinvolti

---

Ausl / EELL / utenti beneficiari / familiari e contesto / Terzo settore

## Referenti dell'intervento

---

DSMDP/EELL aderenti al Percorso

## Novità rispetto al 2019

---

descrizione e risorse non finanziarie

## Preventivo di Spesa

---

**Totale Preventivo 2022** 7.484,00 €

## Risorse dei Comuni

---

### Altre Risorse

---

**Fondo sociale locale - Risorse regionali** 7.484,00 €

<b>Titolo</b>	<b>LA PRESA IN CARICO SANITARIA DI PERSONE STRANIERE, A SOSTEGNO DI PERCORSI INTEGRATI DI INCLUSIONE ED EQUITÀ'</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
<b>Riferimento scheda regionale</b>	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	AUSL DI PIACENZA
<b>Ambito territoriale</b>	Provinciale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	No
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arce

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Si
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Si

### Razionale/Motivazione

Per la popolazione straniera, anche per coloro non ancora regolarmente accolti sul territorio, l'accessibilità ai servizi sanitari rappresenta uno snodo strategico per garantire l'inclusione, l'equità oltre che la salute pubblica.

### Descrizione

La Unità Operativa Semplice di Medicina delle Migrazioni del Dipartimento delle Cure Primarie garantisce la presa in carico sanitaria degli stranieri presenti sul territorio provinciale, anche qualora non ancora in regola con le norme sul permesso di soggiorno, garantendo, secondo il disposto del Testo Unico dell'Immigrazione (D.L. 286/98), le cure urgenti ed essenziali. Inoltre l'attività sanitaria si sviluppa, in correlazione con il contesto sociale, offrendo servizi per fasce definite di stranieri, anche in accordo con partner istituzionali.

### Destinatari

- Stranieri non in possesso di tessera SSN
- Richiedenti asilo
- Minori stranieri non accompagnati
- Vittime di tratta all'interno del Progetto Regionale Oltre la Strada
- Persone con vulnerabilità psicologica

### Azioni previste

STRANIERI NON REGOLARMENTE SOGGIORNANTI O NON IN POSSESSO DI TESSERA SSN: La Unità Operativa

Semplice di Medicina delle Migrazioni garantisce attività di medicina essenziale. In particolare il personale sanitario provvede all'emissione del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) che consente l'accesso alle cure urgenti ed essenziali secondo quanto previsto dal D.L. 286/98. L'attività sanitaria, con caratteristiche di accesso a bassa soglia, si sviluppa quindi nell'ambito della medicina generica ed offre la possibilità di accedere a diagnostica e specialistica di I e II livello, ove ritenuto necessario.

**RICHIEDENTI ASILO:** l'obiettivo è quello di offrire ai migranti richiedenti asilo, ospiti dei CAS della provincia di Piacenza, il corretto percorso sanitario, secondo le indicazioni regionali e le linee guida nazionali. Tutti i migranti che pervengono sul nostro territorio, a seguito di un protocollo siglato tra AUSL di Piacenza, Questura di Piacenza, Prefettura di Piacenza e ASP Città di Piacenza, vengono valutati presso la UOS Medicina delle Migrazioni. In questa sede vengono eseguiti gli screening per malattie trasmissibili (Rx torace, intradermoreazione di Mantoux, prelievi ematici per infezione da HIV, epatite B, epatite C, sifilide) e viene avviato il calendario vaccinale. Viene inoltre offerta, in attesa del rilascio di tessera SSN, l'attività di medicina essenziale e il consulto per problematiche sanitarie intercorrenti.

**MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI:** L'inserimento in comunità dei MSNA che pervengono sul territorio del Comune di Piacenza, di Castelsangiovanni, Borgonovo, nell'immediatezza dell'accoglienza, richiede l'esclusione di malattie trasmissibili e l'attivazione del percorso vaccinale. Pertanto, tutti i minori presenti nel sistema di accoglienza MSNA vengono sottoposti a valutazione medica iniziale presso la UOS Medicina delle Migrazioni e agli adempimenti necessari per escludere malattie trasmissibili (TBC, infezioni a trasmissione sessuale, parassitosi), inclusi prelievi ematici e intradermoreazione di Mantoux. Al termine dei controlli, se non si ravvisano necessità di ulteriori approfondimenti specialistici, tutti i ragazzi vengono avviati al ciclo vaccinale, secondo le indicazioni regionali. Per tutti i MSNA l'ambulatorio resta a disposizione per le attività di medicina essenziale, in caso di intercorrenti problematiche di salute, sino all'ottenimento della tessera SSN.

**VITTIME DI TRATTA ALL'INTERNO DEL PROGETTO REGIONALE OLTRE LA STRADA:** con il Progetto regionale Oltre la Strada le persone che agiscono la prostituzione sono state identificate come estremamente vulnerabili alle infezioni sessualmente trasmesse, anche per la fragilità sociale che le caratterizza (irregolarità, sfruttamento, etc.). Dal 1998 è attiva una collaborazione tra la AUSL di Piacenza e il Comune di Piacenza per le attività di "riduzione del danno" all'interno del Progetto regionale Oltre la Strada. In particolare la UOS Medicina delle Migrazioni offre, oltre al rilascio del tesserino STP/ENI, necessario per fruire di cure urgenti ed essenziali, l'esecuzione di esami di screening per le malattie a trasmissione sessuale, le terapie (ove necessario), l'indirizzamento a strutture di II livello e il counselling per una corretta prevenzione.

**PERSONE CON VULNERABILITA' PSICOLOGICA:** la vulnerabilità psicologica può essere una delle problematiche di salute di maggiore complessità, in particolare per persone straniere con scarsi riferimenti sul territorio e/o difficoltà linguistico culturali. Se non affrontata precocemente, la vulnerabilità psicologica può essere soggetta a cronicizzazione e sfociare in patologia squisitamente psichiatrica, con le conseguenti ricadute in termini di salute e collettività. Dal 2015, presso la UOS Medicina delle Migrazioni, è stato attivato uno sportello di supporto psicologico, specificamente dedicato ai richiedenti asilo e parzialmente finanziato con fondi FAMI (2018 – 2021) e con il progetto Europeo ICARE (2019 – 2022). Attraverso questa attività è stato possibile prendere in carico persone con vulnerabilità legata al percorso migratorio, vittime di soprusi, abusi, violenze e torture, accompagnando i casi più clinicamente espressi al consulto e alla terapia psichiatrica. Questo servizio è rivolto a tutti gli stranieri non titolari di tessera SSN, ivi incluse persone vittime di tratta (progetto Oltre la Strada)

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

AUSL di Piacenza, Comune di Piacenza, Questura di Piacenza, Prefettura di Piacenza, ASP Città di Piacenza

### **Preventivo di Spesa**

<b>Totale Preventivo 2022</b>	5.440,00 €
-------------------------------	------------

### **Risorse dei Comuni**

#### **Altre Risorse**

<b>Altri fondi europei (Anno 2022)</b>	5.440,00 €
--	------------

<b>TITOLO</b>	<b>FONDO SOCIALE MOBILITA' 2022</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	16 Sostegno alla genitorialità
<b>Riferimento scheda regionale</b>	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES) 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015) 16 Sostegno alla genitorialità
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	2 - Programma finalizzato Mobilità soggetti fragili
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni (PC)
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arce

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	Sì
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

Applicazione DGR 211/2021 e DGR 516/2022

### Descrizione

Vedi Allegato  [ACCORDO MI MUOVO INSIEME 2022.pdf](#)

### Destinatari

Vedi Allegato

### Azioni previste

Vedi Allegato

### Eventuali interventi/politiche integrate collegate

Politiche per il trasporto e per l'inclusione sociale

### Istituzioni/attori sociali coinvolti

Comuni/Unioni, Agenzia Seta s.p.a., OO.SS. CGIL, CISL e UIL

### Referenti dell'intervento

Responsabile Ufficio di Piano e Referente Area Adulti

### **Novità rispetto al 2019**

---

Azioni previste

### **Novità rispetto al 2021**

---

Vedi allegato

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	16.480,00 €
-------------------------------	-------------

### **Risorse dei Comuni**

---

#### **Altre Risorse**

---

<b>Programma finalizzato Mobilità soggetti fragili (Anno 2022)</b>	16.480,00 €
--	-------------

<b>Titolo</b>	<b>Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di marginalità</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
<b>Riferimento scheda regionale</b>	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES) 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015) 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	1 - Programma finalizzato Scheda 40
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni (PC)
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	Sì
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

1. Misure di sostegno per l'accoglienza residenziale di adulti fragili: offrire sostegno ad adulti che necessitano di un periodo temporaneo di residenzialità a causa di un forte disagio socio-economico e/o a fronte di transitori bisogni sanitari/riabilitativi. 2. Misure di sostegno al reddito e all'abitare: progetti di autonomia e di contrasto alla marginalità per soggetti fragili: contrastare la povertà estrema e l'impoverimento derivanti dalla crisi economica e dalla fragilità delle reti sociali e familiari.

### **Descrizione**

1. Misure di sostegno per l'accoglienza residenziale di adulti fragili: L'intervento supporta i Servizi Sociali dei Comuni/Unioni nella gestione di persone singole in situazione di grave disagio socio-economico ed in situazione di emergenza. Il programma finanzia progetti individualizzati che prevedono l'inserimento dell'utente presso una struttura di tipo residenziale a sostegno di una temporanea situazione di bisogno e a fronte di un'assenza totale di reddito o di un reddito del tutto inadeguato a garantire il proprio sostentamento. I finanziamenti dei progetti presentati dai Servizi Sociali sono regolati da un dispositivo distrettuale che stabilisce criteri, tempi e modalità di accesso. Un'apposita Commissione Distrettuale si occupa dell'istruttoria e valutazione delle istanze presentate nonché del monitoraggio e misurazione dell'efficacia del dispositivo adottato. 2. Misure di sostegno al reddito e all'abitare: progetti di autonomia e di contrasto alla marginalità per soggetti fragili: L'intervento supporta i Servizi Sociali dei Comuni/Unioni nella gestione di nuclei familiari e persone singole in situazione di grave disagio economico e/o socio-relazionale. Il programma finanzia progetti di autonomia e contrasto alla marginalità realizzati dal servizio sociale che prevedono aiuti per il pagamento di quote di affitto/utenze domestiche arretrate, spese straordinarie di natura sanitaria/logistica o legate alla mobilità e quote di integrazione al reddito per il sostentamento. I finanziamenti dei progetti presentati dai Servizi Sociali sono regolati da un dispositivo distrettuale che stabilisce criteri, tempi e modalità di accesso. Un'apposita Commissione Distrettuale si occupa dell'istruttoria e valutazione delle istanze presentate nonché del monitoraggio e misurazione dell'efficacia del dispositivo adottato.

## Destinatari

---

1. Misure di sostegno per l'accoglienza residenziale di adulti fragili: adulti (18/64) ed anziani (65/74) in situazione di grave disagio relativo a condizioni di tipo economico, occupazionale e sociale residenti nei Comuni del Distretto di Ponente. 2. Misure di sostegno al reddito e all'abitare: progetti di autonomia e di contrasto alla marginalità per soggetti fragili: il dispositivo si rivolge sia ai "nuovi poveri" figli della crisi di questi anni (progetti di contrasto all'impoverimento) sia agli utenti "cronici" dei servizi territoriali (Progetti di contrasto alle situazioni di grave povertà ed esclusione sociale) - età 18-74 residenti nei Comuni del Distretto di Ponente

## Azioni previste

---

1. Misure di sostegno per l'accoglienza residenziale di adulti fragili:

- Individuazione criteri e modalità di accesso ai finanziamenti distrettuali da parte dei Servizi Sociali Comunali/Unioni (finalità, beneficiari, requisiti, risorse disponibili, modalità presentazione domande, valutazione, modalità erogazione contributi) e relativi strumenti (scheda progetto, modelli autocertificazione...)
- Nomina Commissione Distrettuale composta dalle assistenti sociali rappresentative del territorio per ambito ottimale
- Valutazione progetti individualizzati, assegnazione risorse e redazione elenco aventi diritto
- POTENZIAMENTO PROGETTI DI SOSTEGNO AL REDDITO E ALL'ABITARE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'EMERGENZA ABITATIVA
- MAPPATURA DEL TERRITORIO DISTRETTUALE AL FINE DI INDIVIDUARE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA ALTERNATIVE A QUELLE GIÀ ESISTENTI: RECUPERO SPAZI COMUNI, RIGENERAZIONE DEI LUOGHI, PROGETTI INNOVATIVI CON MODIFICA DESTINAZIONE D'USO DI LOCALI GIÀ ESISTENTI

2. Misure di sostegno al reddito e all'abitare: progetti di autonomia e di contrasto alla marginalità per soggetti fragili:

- Realizzazione progetti di CONTRASTO ALL'IMPOVERIMENTO: interventi finalizzati a contrastare il processo di impoverimento di cittadini e famiglie a seguito del perdurare degli effetti della crisi socio-economica e degli effetti conseguenti alla pandemia Covid-19. Vi rientrano tutte quelle situazioni in cui la povertà è principalmente connessa alla perdita /precarità del lavoro o al perdurare dello stato di inoccupazione da parte di uno o più componenti della famiglia
- POTENZIAMENTO PROGETTI DI SOSTEGNO AL REDDITO E ALL'ABITARE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'EMERGENZA ABITATIVA
- Realizzazione progetti di CONTRASTO ALLE SITUAZIONI DI GRAVE POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE: interventi finalizzati a supportare cittadini e famiglie in situazione di povertà conclamata e perdurante. Vi rientrano tutte le situazioni in cui la condizione di povertà - socio-economica ma anche socio-relazionale e culturale – costituisce un tratto stabile e caratterizzante l'utente e/o il suo nucleo familiare. Si tratta in prevalenza degli utenti "cronici" dei servizi sociali, totalmente in carico alle istituzioni, i casi complessi in carico a più servizi, le famiglie multi problematiche

3. Integrazione del Fondo previsto dalla DGR 507/2022 Inclusionione delle persone con disabilità di cui al Decreto 29/11/2021

## Eventuali interventi/politiche integrate collegate

---

Politiche abitative, per il lavoro, per l'inclusione sociale

## Istituzioni/attori sociali coinvolti

---

Servizi sociali dei Comuni/Unioni, Servizi specialistici di integrazione socio-sanitaria (Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche); Privato Sociale (Associazioni di Volontariato, Cooperative Sociali); Parrocchie e Istituti religiosi

## Referenti dell'intervento

---

Responsabile Ufficio di Piano e Referente Area Adulti

## Novità rispetto al 2019

---

azioni previste

## Novità rispetto al 2021

---

AZIONI PREVISTE

## Preventivo di Spesa

---

**Totale Preventivo 2022** 211.294,64 €

## Risorse dei Comuni

---

### Altre Risorse

---

Fondo sociale locale - Risorse statali	47.806,96 €
Fondo sociale locale - Risorse regionali	109.225,90 €
Programma finalizzato Azioni contrasto disuguaglianze scheda 40 (anno 2022)	54.261,78 €

<b>Titolo</b>	<b>POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI DI ACCUDIMENTO NEI SERVIZI</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
<b>Riferimento scheda regionale</b>	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	COMUNE DI CASTEL SAN GIOVANNI
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Come noto, i primi anni di vita sono fondamentali per lo sviluppo neurologico, psicologico e sociale della/del bambina/o. Le famiglie e le relazioni che si instaurano nella primissima infanzia sono fondamentali nella crescita dei bambini; è proprio in rapporto a quello che le famiglie sono o non sono in grado di fornire che si strutturano in fasi molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali. Il benessere psicologico e relazionale dei genitori è fondamentale perché influenza la loro capacità di "vedere" e "sentire" il bambino e di leggerne i segnali, per rispondere in modo adeguato e soddisfarne il bisogno. I genitori che riescono a trasmettere al bambino affetto e senso di protezione, oltre alla capacità di prevenire imprevisti e pericoli, molto probabilmente instaureranno uno stile di attaccamento di tipo sicuro che garantirà al nascituro le condizioni ambientali idonee al suo sviluppo. Al contrario, ambienti più fragili e svantaggiati (caratterizzati da abusi, maltrattamenti, isolamento relazionale, difficoltà economiche e sociali, ecc.) possono influenzare lo sviluppo motorio, cognitivo e sociale del bambino.

Alla luce di tali importanti considerazioni assume un ruolo centrale la connessione tra servizi sociali e sanitari: interventi precoci in epoca prenatale e post natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze.

L'intervento in questa fase di crescita ha valenza preventiva e di cura solo se attivato in sinergia con i servizi ed i professionisti che intercettano nel percorso lavorativo il caso specifico.

### **Descrizione**

L'obiettivo principale consiste nel promuovere forme di genitorialità positiva e ridurre lo svantaggio sociale nei primi mesi di vita (dal concepimento ai primi tre anni di vita) nell'ottica di prevenire problematiche di tipo sociale, relazionale e psicologico, in un'ottica di intervento di rete. Si prevede una serie di interventi mirati di sostegno alla genitorialità e promozione delle risorse educative, tra i quali:

## - PROGETTI CENTRO PER LE FAMIGLIE DEL DISTRETTO DI PONENTE & RACCORDO CON ALTRI SERVIZI SOCIO-TERRITORIALI

Il Distretto di Ponente della Provincia di Piacenza si caratterizza per la presenza sul territorio di una fitta rete di Enti e Servizi che si rivolgono al mondo dell'infanzia e della neo-genitorialità. Pur avendo in comune lo stesso tipo di target, essi si diversificano tuttavia per le attività proposte e per i nuclei familiari cui rivolgono il proprio intervento. I progetti di prevenzione e sostegno rivolti ai neogenitori trovano spesso il punto di accordo Centro per le Famiglie: assistenti sociali, mediatori interculturali, mediatori familiari, psicologi, educatori, ecc., lavorano insieme nell'intento di:

- fornire informazione, orientamento e sostegno alla genitorialità;
- raggiungere le famiglie svantaggiate sia italiane che straniere. Particolare attenzione viene riservata alle famiglie e ai nuclei familiari caratterizzati da isolamento delle famiglie sia dal punto di vista della collocazione geografica (zone periferiche, poco abitate, piccoli comuni montani), sia dal punto di vista delle relazioni sociali;
- individuare precocemente situazioni di vulnerabilità in fase preconcezionale, in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino;
- potenziare i Servizi del Consultorio, anche attraverso le Case della Salute, al fine di prevenire i disagi familiari e promuovere scelte genitoriali consapevoli (soprattutto in fase preconcezionale);

Il Centro per le Famiglie del Distretto di Ponente collabora in particolare con i Servizi Territoriali/Tutela Minori da molti anni, focalizzando le propria attività in tre aree in particolare: **area dell'informazione e orientamento, l'area del sostegno alle competenze genitoriali e dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie**. L'obiettivo è quello di integrare e potenziare le attività dei servizi specialistici e sostenere le famiglie nei momenti critici. Tra i progetti previsti per la prima infanzia, in particolare, rientrano: sportello informafamiglie, sportello interculturale e di mediazione familiare, progetto Fabbrica del Riuso (scambio comunitario di giochi e vestiti), corsi e laboratori rivolti a neo-genitori, ecc.

La collaborazione con il Servizio Sociale/Tutela Minori si attua su vari livelli: in primis, su attivazione da parte degli operatori per tutte quelle situazioni di disagio intercettate dal Centro per le Famiglie e che necessitano di una presa in carico più specifica. Si fa riferimento in particolar modo a tutte quelle situazioni che esulano, almeno in un primo momento, da un classico percorso di sostegno psico-educativo e di supporto e che necessitano di un intervento più mirato di tutela nell'interesse dei bambini. Parallelamente al percorso di tutela, il Centro per le Famiglie può offrire percorsi di sostegno educativo e psicologico per potenziare la presa in carico dei Servizi. Ad un secondo livello di intervento si colloca invece, a partire dal 2010, il Progetto di Home Visiting, il cui coordinamento è posto in capo al Centro stesso. Il progetto sostiene e attua una logica preventiva degli interventi, è rivolto a nuclei familiari fragili in carico e non, in particolare mamme in gravidanza e fino ai 2 anni del bambino/a. Il progetto si pone come principale finalità quella di fornire sostegno alla genitorialità fragile attraverso la messa in atto di specifici obiettivi, tra cui: favorire una buona relazione di attaccamento fra mamma e bambino, sostenere le competenze genitoriali e inserire la famiglia nella rete dei servizi territoriali e sociali. L'accesso al progetto di Home Visiting avviene principalmente su segnalazione e invio da parte dei servizi socio-sanitari del Distretto e prevede un percorso di educativa domiciliare con cadenza settimanale (numero ore flessibile in base ai bisogni e al momento di vita della famiglia); un percorso di supervisione degli educatori con cadenza mensile; una equipe sul caso a cadenza periodica con tutti gli operatori coinvolti nelle diverse fasi del progetto.

Un altro esempio di collaborazione recente tra Centro per le Famiglie e Servizi Sociali/Tutela Minori è la realizzazione di gruppi di genitori e bambini organizzati all'interno del più ampio progetto nazionale P.I.P.P.I. Tale esperienza ha promosso la collaborazione tra i vari servizi e la costruzione di reti sociali informali e formali sia tra gli operatori che tra le famiglie che hanno partecipato. La collocazione di tali gruppi nell'ambito del centro per le famiglie, oltre ad essere il naturale ambito di sostegno della genitorialità fragile, intende stabilizzare la presenza del gruppo genitori bambini e rendere tale attività comprese tra quelle ordinarie e ripetute durante tutto il corso dell'anno solare.

Il Centro per le Famiglie collabora da diverso tempo anche con le diverse figure professionali del Consultorio Familiare AUSL del Distretto di Ponente. La psicologa può decidere di avvalersi dei servizi promossi dal Centro per le Famiglie per potenziare e/o integrare il proprio intervento, ad esempio attraverso attività educative laboratoriali. Il Centro mette a disposizione anche alcuni spazi qualora non fosse possibile effettuare i colloqui della psicologa nelle sedi del Consultorio. Le ostetriche intervengono da diversi anni durante il corso di massaggio infantile organizzati dal Centro per le Famiglie fornendo un approfondimento di tematiche legate alla prima infanzia.

-PROGETTO DI SOSTEGNO ALLA NATALITA' 2022:  [CpF\\_Natalita2022 ZEROTRE.pdf](#)

## - PROGETTO HOME VISITING

Il progetto ha come principale obiettivo quello di individuare genitorialità fragili e parte con il periodo di gravidanza per arrivare ad un accompagnamento educativo di sostegno alla relazione madre bambino fino ai due anni di vita del piccolo. Considerando alcuni recenti avvenimenti, si prevede di rivedere il progetto alla luce di quanto fatto negli anni scorsi sperimentando nuove metodologie di osservazione e di intervento. Il progetto HOME VISITING si integra con le metodologie del Progetto Nazionale P.I.P.P.I. attivo sul nostro territorio e che coinvolge la rete dei Servizi Sociali, le Scuole, pediatri e le Associazioni del territorio;

## **Destinatari**

---

Bambini 0 – 3 anni e genitori

## Azioni previste

---

Progetti Centro famiglie.

Interventi di HOME VISITING per gravidanze segnalate, gruppi genitori/bambini connessi al programma P.I.P.P.I., in stretta collaborazione con i Servizi Sociali/Tutela Minori

(Vedere allegati SOSTEGNO ALLA NATALITA' SCHEDE PROGETTO ATTUAZIONE 2022)

## Eventuali interventi/politiche integrate collegate

---

Gli interventi messi in atto sono ad alta integrazione con i servizi sanitari dedicati all'infanzia (consultori familiari e pediatria di comunità) e con i servizi sanitari per gli adulti (Psichiatria e Sert) nel caso in cui i genitori siano pazienti di tali servizi. Home visiting e Pippi riguardano inoltre altri servizi sociali comunali e/o statali nel caso in cui esistano motivi di collegamento (ad esempio UEPE, servizi sociali comunali che si occupano del Reddito di Cittadinanza, Reddito di Emergenza (legato alla pandemia COVID-19) e/o dell'inserimento lavorativo dei fragili). Integrazione con le linee d'azione e di intervento previste dal Progetto Povertà.

## Istituzioni/attori sociali coinvolti

---

SERVIZIO SOCIALE MINORI (Asp Azalea, Unione Montana Valli Trebbia e Luretta, comune di Rivergaro, comune di Gossolengo)

## Referenti dell'intervento

---

RESPONSABILI UFFICIO DI PIANO E RESPONSABILI SERVIZI SOCIALI DISTRETTO DI PONENTE

## Novità rispetto al 2021

---

DESCRIZIONE

### Preventivo di Spesa

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	39.550,28 €
-------------------------------	-------------

### Risorse dei Comuni

---

<b>Comuni del Distretto di Ponente</b>	10.000,00 €
--	-------------

### Altre Risorse

---

<b>Fondo sociale locale - Risorse statali</b>	20.500,00 €
<b>Fondo sociale locale - Risorse regionali</b>	701,60 €
<b>Altri fondi regionali (Anno 2022)</b>	8.348,68 €
<b>Specifica altri fondi regionali (Anno 2022) Progetto Natalità</b>	

<b>Titolo</b>	<b>Qualificare la rete dei Servizi per la rilevazione, l'accoglienza e il trattamento dei bambini e degli adolescenti nell'ambito della protezione e della tutela.</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	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
<b>Riferimento scheda regionale</b>	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
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Provinciale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Sì

### **Razionale/Motivazione**

Il progetto si colloca nella programmazione territoriale a supporto degli interventi sociali, educativi e psicologici rivolti ai bambini e agli adolescenti che vivono in condizioni di fragilità familiare, esposti a situazioni di maltrattamento e abuso. L'approccio multi professionale alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, già radicato nella storia dei Servizi della nostra provincia, va implementato e rinnovato alla luce dell'aumentata complessità delle situazioni trattate. La compresenza di problematiche sociali, educative, di disfunzionalità nelle relazioni di cura espongono le persone di minore età a situazioni di pregiudizio con ripercussioni sullo sviluppo psico-fisico e rischio psicopatologico. Le forme di maltrattamento nell'infanzia e nell'adolescenza sono di diversa natura ed entità, impattano sullo stato di salute dei minori in crescita e se non riconosciute e trattate costituiscono un terreno favorente la trasmissione transgenerazionale delle dinamiche maltrattanti.

### **Descrizione**

La DGR 1677/2013 "Linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso" ha fornito ai Servizi socio – sanitari una cornice di riferimento teorico e operativa finalizzata all'adozione di modelli di intervento più omogenei a livello regionale.

La necessità di dare attuazione alla successiva DGR 1102/14 " Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni sociosanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento" ha visto la costituzione di un tavolo tecnico interistituzionale e multi professionale che ha costruito e redatto l'Accordo provinciale che è stato assunto dall'AUSL di Piacenza e da tutti i Comuni e Unioni dei Comuni e divenuto operativo a partire da giugno 2017.

La parte qualificante per gli aspetti organizzativi è la costituzione delle Equipe territoriali integrate (ETI) di ambito distrettuale e la costituzione della UVM provinciale.

Lo scambio multi professionale nelle ETI e quello inter servizi di ambito provinciale in UVM ha maggiormente uniformato i

percorsi di presa in carico integrata per fornire risposte rispondenti ai bisogni assistenziali di casi complessi di minori allontanati o a rischio di allontanamento dal proprio contesto familiare nelle tre tipologie indicate dalla normativa regionale: minori con disabilità accertata, minori con diagnosi psicopatologica, minori vittime di maltrattamento fisico, sessuale e psicologico, trascuratezza grave e violenza assistita.

Il miglioramento delle collaborazioni professionali nell'ambito delle ETI ha inoltre lo scopo di intercettare precocemente le situazioni di rischio familiare con interventi di sostegno alla genitorialità e di supporti psico-educativi ai minori in forma individuale e grupppale.

La funzione dell'UVM concerne l'analisi e la validazione dei progetti presentati dalle ETI anche per l'ammissione alle prestazioni economiche da parte degli Enti.

Nell'ambito delle funzioni di miglioramento e efficacia degli interventi, nell'anno 2020 è stata fatta un'analisi dei casi di affidamento familiare (suddivisi nelle diverse tipologie) valutando sia gli interventi preventivi, sia gli esiti.

Il monitoraggio dei casi complessi è proseguito nel 21 e nel 22 con vari approfondimenti riguardanti i vari dispositivi di intervento, la tipologia delle comunità di accoglienza e la loro collocazione geografica, la distribuzione per target di età dei minori allontanati. l'analisi dei dati è stata oggetto di confronto nell'ambito del Tavolo di Coordinamento Infanzia e Adolescenza (supervisionato dal Direttore Sociale/sanitario e a sua volta collegamento con CTSS), con la partecipazione dei rappresentanti dei Servizi, USMM e terzo settore.

## **Destinatari**

---

Psicologi, assistenti sociali, educatori, neuropsichiatri, dirigenti dei servizi socio-sanitari.

## **Azioni previste**

---

1. Potenziare l'integrazione socio-sanitaria attraverso una formazione condivisa tra le varie figure professionali coinvolte nella tutela minori anche in attuazione delle indicazioni previste dalla DGR1444/2020 (Programma regionale: Qualificazione dei servizi di tutela)
2. Monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multi professionale e nello specifico dei minori allontanati e a rischio di allontanamento (reportistica della casistica trattata in integrazione, reportistica UVM minori)

## **Referenti dell'intervento**

---

Dott.ssa Emanuela Fanzini -Responsabile U.O. Psicologia di base
---

## **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

## **Risorse dei Comuni**

---

## **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Gruppo di sostegno per adulti di riferimento di adolescenti con esiti di esperienze sfavorevoli infantili (E.S.I., Felitti) parallelo al gruppo di psicoterapia per ragazzi (target clinico-sintomatico e pre-clinico/popolazione a rischio di psicopatologia e</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
<b>Riferimento scheda regionale</b>	16 Sostegno alla genitorialità 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti 37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Azienda USL di Piacenza /U.O. ASSISTENZA PSICOLOGICA DI BASE
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	No
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Si
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Si

### **Razionale/Motivazione**

Il progetto s'inscrive nella categoria sia degli interventi terapeutici sia di prevenzione selettiva ed indicata per la popolazione nel target d'età 12-21 che presenta significativi fattori di rischio e/o segni prodromici di disfunzione, quando non già di franca patologia, così come indicato nelle Linee d'indirizzo 2016 "Percorsi di cura di salute mentale per adolescenti e giovani adulti con disturbi psicopatologici e/o del comportamento o significativi livelli di rischio", dai nuovi LEA 2017: art.24 (l, m, n), art. 25 (h), dalla

campagna nazionale e regionale di prevenzione della violenza di genere e della correlata violenza assistita. I ragazzi a cui si propone hanno sperimentato esperienze sfavorevoli infantili e/o traumi da maltrattamento fisico, psicologico e/o abuso, varie forme di trascuratezza e abbandono (materiale, educativa, affettivo-emotiva). In letteratura è noto come tali circostanze di vita costituiscano fattori predisponenti allo sviluppo di psicopatologie e disturbi comportamentali [cfr. Linee Guida Regionali sul Maltrattamento e

Abuso del 2013, Sroufe e altri del 2005: "la violenza fisica subita o assistita, l'abuso sessuale e la trascuratezza sono fattori altamente predittivi di esiti traumatici. Il maltrattamento intrafamiliare è frequentemente associato a pregresse esperienze sfavorevoli dei genitori che costituiscono un terreno per la trasmissione transgenerazionale dell'abuso", "l'abuso sessuale è collegato ad una vasta gamma di problemi di salute mentale: ansia, deficit d'attenzione, comportamento antisociale, aggressività, abuso di sostanze", "ogni forma di maltrattamento sembra essere correlata al comportamento antisociale ma il predittore più importante pare essere la storia d'indisponibilità psichica del genitore (trascuratezza emotiva)". Il supporto in gruppo ai genitori/care givers si propone di rinforzare, attraverso il confronto, l'efficacia terapeutica dell'intervento sui ragazzi, di potenziare la resilienza del contesto relazionale e di

aumentare le competenze genitoriali degli adulti che si prendono cura dell'adolescente nel quotidiano. Questo tipo di percorso si

colloca in continuità con la filosofia del progetto P.I.P.P.I. che riguarda minori dagli 0 agli 11 anni, rappresentando idealmente l'estensione del dispositivo "gruppo di genitori" alla successiva fase evolutiva.

Si sottolinea che, in conseguenza della pandemia covid 19 e delle relative restrizioni, che hanno privato le famiglie e i ragazzi dei sostegni educativi e relazionali quali la scuola in presenza, lo sport, i centri educativi o aggregativi, la parrocchia, ecc., si è assistito ad un aumento della psicopatologia grave in fascia pre e adolescenziale, ad una maggior incidenza di violenza domestica, ad un incremento delle richieste spontanee di presa in carico da parte degli adolescenti al Consultorio Giovani.

## Descrizione

---

Il gruppo di psicoterapia per adolescenti accoglie sia soggetti fragili/a rischio che soggetti con disagio psicopatologico del tipo disturbo misto della condotta e della sfera emozionale, d'ansia, dell'umore, disturbo traumatico dello sviluppo (anche con disabilità in co-morbidità). Il progetto è da intendersi annuale, nel senso dell'anno scolastico. Si tratta di un gruppo terapeutico a tempo limitato (PGLT), omogeneo, ad orientamento integrato. Lo stile di conduzione, la focalizzazione degli interventi e l'obiettivo di rinforzo del Sé dei partecipanti fanno riferimento al modello GRF (Gruppo per la ripresa delle Funzioni) messo a punto dal gruppo del Cart di

Milano che potenzia la resilienza individuale. La cadenza è settimanale, in orario pomeridiano, indicativamente dalle 15 alle 17. Le singole sedute sono organizzate in 3 fasi: 1. accoglienza, 2. attivazione, 3. restituzione e programmazione. Gli stimoli sono sia dialogici che esperienziali. La conduzione è affidata a due conduttori psicoterapeuti esperti dell'U.O. Psicologia di Base, con la possibilità di coinvolgimento di uno psicologo in formazione come osservatore. La proposta di un trattamento in gruppo integra la presa in carico multidisciplinare di base dell'adolescente che di norma include sostegno alla genitorialità per gli adulti di riferimento, progetto educativo individualizzato, monitoraggio sociale e scolastico.

Accanto al percorso dei ragazzi è previsto l'avvio di un parallelo gruppo di sostegno alle competenze genitoriali per gli adulti di riferimento (genitori naturali, genitori affidatari, educatori di comunità e territoriali, parenti con ruoli significativi), che può accogliere anche altri adulti i cui ragazzi non frequentino necessariamente il gruppo terapeutico, ma che abbiano interesse e necessità di confronto in merito alla relazione con adolescenti in difficoltà.

Il gruppo di sostegno alle competenze genitoriali dovrebbe avere cadenza quindicinale/trisettimanale in orario consono a favorire la maggior partecipazione possibile (sabato, orario tardo pomeridiano/pre serale/serale) ed essere affidato a due conduttori di cui uno di formazione psicologica e uno educativa/pedagogica, esperti di lavoro con i gruppi, di genitorialità fragile e di adolescenza.

Le attività di gruppo devono preferibilmente svolgersi in presenza, proprio come risposta ai vissuti di isolamento, solitudine, marginalizzazione aggravate dall'esperienza del lockdown, oltre che per massimizzare l'efficacia delle tecniche esperienziali e relazionali previste dalla metodologia di lavoro.

## Destinatari

---

Adulti di riferimento di adolescenti di età compresa tra 12 - 21 anni in carico all'U.O. Psicologia di Base e ai Servizi Sociali di Tutela Minori, inviati dal Centro per le Famiglie o dai consulenti scolastici. Si precisa che per quanto riguarda i casi complessi è possibile che i medesimi minori siano in carico anche all'U.O.N.P.I.A. (anche disabili) e/o al Ser.DP.

## Azioni previste

---

- Definire precisi criteri d'inclusione ed indicatori di esito
- Costruire percorsi d'invio su tutto il territorio distrettuale attraverso la collaborazione tra AUSL U.O. Psicologia di Base (Tutela Minori e Consultorio Giovani), U.O. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, U.O.Ser.DP, Servizi Sociali territoriali, scuole secondarie di primo e secondo grado attraverso i consulenti psicologi scolastici che afferiscono all'équipe distrettuale di psicologia scolastica, Centro per le Famiglie;

- Individuare ed allestire una sede distrettuale idonea per dimensioni, collocazione, fruibilità, privacy, accessibilità, in collaborazione con le Amministrazioni Comunali del distretto;
- Stabilire calendari congrui alla quotidianità delle famiglie con adolescenti;
- Concordare percorsi di accompagnamento e di sostegno alla motivazione e alla frequenza per gli adolescenti e gli adulti di riferimento (colloqui motivazionali/progetti educativi individualizzati/logistica degli spostamenti);
- Selezionare, organizzare e condurre un gruppo di psicoterapia per adolescenti a cadenza settimanale da parte di due conduttori psicologi psicoterapeuti specificamente formati;
- Selezionare, organizzare e condurre un gruppo di sostegno alle competenze genitoriali per gli adulti di riferimento dei partecipanti ed altri;
- Aggiornare in itinere e restituire ai ragazzi, alle famiglie, agli invianti l'andamento e l'esito del percorso;

### **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Linee d'indirizzo regionali del 20.06.2016: "Percorsi di cura di salute mentale per adolescenti e giovani adulti con disturbi psicopatologici e/o del comportamento o significativi livelli di rischio"; LEA: art.24 (l, m, n), art. 25 (h), programma di prevenzione e contrasto regionale contro la violenza di genere e assistita, P.I.P.P.I., DGR 1102/2014;

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

AUSL U.O. Psicologia di Base: Tutela Minori, Consultorio Giovani – Consultorio Familiare; [U.O. Neuropsichiatrica dell'Infanzia e dell'Adolescenza; Ser.DP] Rete dei consulenti psicologi dell'équipe distrettuale di psicologia scolastica, afferente al Centro per le Famiglie del Distretto di Ponente, Servizi Sociali territoriali di Tutela Minori

### **Referenti dell'intervento**

---

Dr.ssa Paola Frattola –U.O.Assistenza Psicologica di Base

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>RICONOSCERE E VALORIZZARE IL CRESCENTE CONTESTO PLURICULTURALE</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
<b>Riferimento scheda regionale</b>	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni (PC)
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

- Sostenere e qualificare interventi per l'accesso (servizi sociali e socio-sanitari) con particolare riferimento a specifiche e mirate azioni di mediazione culturale a sostegno degli operatori dei servizi e ad attività di informazione/consulenza e accompagnamento per cittadini stranieri - Garantire apprendimento e alfabetizzazione attraverso corsi di lingua italiana/educazione civica, con particolare riferimento alle donne e a i neo-arrivati - Favorire l'integrazione scolastica e la partecipazione sociale dei minori e delle famiglie migranti - Contrastare il disagio e favorire una presa in carico integrata con programmi educativi personalizzati, con particolare riferimento ai profili più fragili e vulnerabili (MSNA, neo-maggiorenni senza rete familiare, madri sole, o-arrivati..)

### **Descrizione**

Si tratta di andare ad incidere su tre aree principali di bisogno andando a creare azioni mirate e specifiche per ogni area attraverso un lavoro di rete tra operatori e servizi sociali, scolastici, socio-sanitari, formativi/di orientamento e terzo settore rivolti a infanzia, adolescenza, giovani adulti e famiglie. Le tre aree di bisogno individuate sono: - mediazione interculturale nei servizi e sul territorio - alfabetizzazione, formazione e orientamento per minori e adulti - realizzazione di percorsi e progetti di vita e lavoro. Gli operatori del territorio possono attivare al bisogno i mediatori culturali che sono gestiti e coordinati da una Cooperativa Sociale per l'ambito territoriale Val Trebbia (n. 10 Comuni) e da un'Associazione per l'ambito territoriale Val Tidone/Val Luretta (n. 11 Comuni). Gli Istituti Scolastici avviano interventi di accoglienza, orientamento e linguistici per alunni neo-arrivati; tali azioni sono coordinate a livello distrettuale tramite una figura di sistema interna all'Ufficio di Piano. La programmazione degli interventi linguistici per adulti è disposta annualmente dall'Ufficio di Piano sulla base delle esigenze del territorio ed in collaborazione con il CPIA distrettuale. Il Distretto si occupa in questo ambito anche del MSNA secondo la nuova normativa accennata per punti Per Minore Straniero non accompagnato si intende il minorenne non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione Europea che, non avendo presentato domanda di asilo, si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato privo di assistenza e rappresentanza da parte di genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili..." (DPCM 535/99 art. 1). 1. Un sistema organico e specifico di accoglienza, con strutture dedicate alla prima accoglienza-identificazione dei minori (in cui il tempo di permanenza massima è dimezzato – da 60 a 30 giorni) e il successivo trasferimento nel sistema di seconda accoglienza in centri che aderiscono al Sistema per richiedenti asilo e rifugiati (Sprar) 2. Standard omogenei per l'accertamento dell'età e l'identificazione con la presenza di un mediatore culturale durante i colloqui, creando così una tanto attesa procedura uniforme a

livello nazionale. 3. La protezione dell'interesse del minore, tramite: L'istituzione di regole più chiare per la nomina dei tutori con l'istituzione dell'albo dei tutori volontari a cura dei tribunali per i minorenni. La legge dà inoltre la priorità all'affidamento in famiglia come principale strada di accoglienza rispetto alle strutture; Il ricorso a due unici tipi di permessi di soggiorno, quello per minore età e quello per motivi familiari, che potranno essere richiesti direttamente alla questura competente anche in assenza della nomina del tutore; L'attenzione ai ricongiungimenti familiari attraverso indagini da parte delle autorità competenti nell'interesse del minore, i cui esiti saranno comunicati sia al minore sia al tutore; Il passaggio della competenza sul rimpatrio assistito al Tribunale per i minorenni, organo costituzionalmente dedicato alla determinazione dell'interesse del minore, al contrario del precedente organo competente (Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del ministero del lavoro e delle politiche sociali). 4. Il diritto alla salute e all'istruzione, con misure che superano gli impedimenti burocratici che precedentemente non consentivano ai minori soli di goderne a pieno ed effettivamente. 5. Il diritto all'ascolto per i minori stranieri non accompagnati nei procedimenti amministrativi e giudiziari che li riguardano (anche in assenza del tutore) e all'assistenza legale, avvalendosi del gratuito patrocinio a spese dello Stato. Per tali interventi, a seguito di rendicontazione opportuna e richiesta, si gode di un finanziamento ministeriale pari a € 45 die per accoglienza dei minori succitati Il Distretto ha inoltre aderito al Progetto FAMI CASPER 2014-2020 gestito a livello provinciale da una Cooperativa Sociale, attraverso le seguenti azioni: a. orientamento nella costruzione di percorsi e progetti di vita e di lavoro b. orientamento ai servizi del territorio c. potenziamento mediazione interculturale c/o Centro per le Famiglie

E' da sottolineare che l'Azienda Usl di Piacenza ha attivato dal 2010 un percorso formativo sulla clinica transculturale dedicato agli operatori del proprio ambito ma anche aperto ai servizi sociali dedicati ai minori. Nel corso del tempo, nell'ambito della attività professionale integrata, h affinato e precisato i contenuti tecnici e teorico pratici, arrivando a definire una prassi operativa sia per sostenere il percorso transculturale che per la supervisione in casi particolarmente complessi. Tale dato sottolinea quanto il progetto completi e integri gli intenti già profusi ad arricchire i contenuti teorici degli operatori sociali e sanitari del territorio caratterizzato da una forte presenza di migranti

### Gruppi interculturali donne

Il centro famiglie, nella logica dell'integrazione alla luce dell'elevata presenza di stranieri sul territorio, ha attivato da ormai 10 anni un gruppo di donne straniere che ha la possibilità di svolgere attività laboratoriali e nel frattempo apprendere alcuni atteggiamenti e comportamenti nodali negli ambienti sociali normalmente frequentati dalle famiglie come ad esempio il medico, la scuola, la farmacia. La condizione sanitaria non ha permesso una continuazione fluida del gruppo che non può che essere effettuato in presenza. Nelle comunità straniere il gruppo è ben conosciuto ed anche i mariti, dapprima diffidenti verso il servizio, ora accettano ed approvano la presenza delle mogli presso il centro che percepiscono fortificate nelle competenze linguistiche e relazionali.

Diffusione della pratica della mediazione culturale nello svolgimento quotidiano delle attività: le associazioni, oltre ad offrire le prestazioni inerenti lo sportello interculturale, sono disponibili per la presenza in colloqui ed in momenti nei quali si ritiene fondamentale l'intervento di supporto e di lettura interculturale dei contenuti dell'incontro

### Destinatari

---

Stranieri residenti nel Distretto di Ponente, con particolare riferimento alle donne, alle famiglie con minori, agli adolescenti e agli adulti in carico ai servizi sociali; alunni frequentanti le scuole del Distretto; neo-arrivati; MSNA

### Azioni previste

---

- POTENZIAMENTO sportello interculturale e servizio di mediazione interculturale presso Centro per le Famiglie distrettuale: i mediatori culturali sono componenti stabili dell'équipe del Centro e partecipano a tutte le attività di programmazione, monitoraggio e verifica. Sono coinvolti al bisogno anche in altri progetti del Centro (home visiting, gruppi di genitori, gruppi di adolescenti, attività nelle scuole..). Si rimanda alla scheda 15 "POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI DI ACCUDIMENTO NEI SERVIZI" per i progetti del Centro per le Famiglie allegati.
- PROSEGUIMENTO sportelli itineranti presso i Comuni del territorio al fine di supportare l'attività dello Sportello Sociale e degli Uffici Scuola
- gestione servizio di mediazione interculturale in Val Trebbia: realizzazione momenti formativi su temi interculturali per operatori dei servizi; realizzazione di incontri periodici di confronto, socializzazione ed alfabetizzazione rivolti alle donne (vedere allegato alla scheda 2018)
- mediazione interculturale a scuola: attività di prima accoglienza ed orientamento a scuola degli alunni neo-arrivati e delle loro famiglie; attività di facilitazione dei rapporti scuola-famiglia; laboratori di educazione interculturale e/o di approfondimento di tematiche connesse all'intercultura per le classi; percorsi formativi per insegnanti e genitori su temi legati all'intercultura; consulenza ai docenti su casi complessi (vedere allegato alla scheda 2018)

- avvio gruppi di apprendimento dell'italiano come L2: il progetto "Tutti a scuola" supporta le scuole per la prima alfabetizzazione degli alunni stranieri neo-arrivati con la possibilità di utilizzare personale esterno qualificato e formare i propri docenti sul tema della didattica interculturale (vedere allegato alla scheda 2018)
- supporto all'alfabetizzazione ed integrazione degli adulti: implementazione e coordinamento dell'offerta di corsi nel territorio distrettuale diversificando i livelli e garantendo omogeneità di accesso con il coinvolgimento delle Associazioni/Cooperative del territorio e del CPIA (vedere allegato alla scheda 2018)
- accoglienza, sostegno, progettazione interventi, predisposizione degli atti giuridici ed amministrativi necessari al collocamento (raccordo con Forze dell'Ordine, Uffici Giudiziari, Agenzia delle Entrate Azienda Usl, rendicontazione a Prefettura) realizzazione, gestione e monitoraggio interventi predisposti. L'implementazione di tutti gli interventi necessari all'accoglienza dei MSNA implica avere un operatore dedicato in grado di intervenire tempestivamente (non esiste una programmazione degli arrivi) per il collocamento, una capacità di mantenere una rete con tutte le istituzioni coinvolte, l'inserimento nei corsi di italiano presenti nel territorio e in progetti formativi. A conclusione del percorso occorre individuare una possibile strategia di permanenza sul territorio italiano, oppure la modalità di rimpatrio, tenendo conto che i finanziamenti ministeriali si concludono con il compimento della maggiore età
- orientamento adolescenti stranieri progetto predisposto presso l'Endofap Don Orione, luogo particolarmente accogliente e spesso individuato per il percorso formativo dei MSNA (vedere schede allegate [PROPOSTA PROGETTUALE DON ORIONE.pdf](#)).
- costituzione di un tavolo di coordinamento allargato che tenga in rete tutti gli operatori e gli interventi previsti garantendo maggior collaborazione tra i soggetti coinvolti e maggior specializzazione nell'operato
- progetto POVERTA'
- sportello Fami presente presso il centro famiglie per meglio rispondere ai bisogni evidenziati dalla popolazione straniera presente sul territorio

### **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Politiche per l'inclusione sociale, per l'integrazione dei cittadini stranieri e formative

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Servizi Sociali Unione/Comuni, Istituti scolastici, Privato Sociale (Cooperative Sociali e Volontariato), CPIA, Centro per le Famiglie, Endofap Don Orione di Borgonovo

### **Referenti dell'intervento**

---

Responsabile Ufficio di Piano, Referente Area Adulti e Referente Area Minori

### **Novità rispetto al 2019**

---

azioni previste

### **Novità rispetto al 2021**

---

AZIONI PREVISTE

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	74.317,18 €
-------------------------------	-------------

### **Risorse dei Comuni**

---

<b>Comuni del Distretto di Ponente</b>	6.250,00 €
--	------------

**Altre Risorse**

---

<b>Fondo sociale locale - Risorse statali</b>	42.000,00 €
<b>Fondo sociale locale - Risorse regionali</b>	26.067,18 €

<b>Titolo</b>	<b>FARE SISTEMA: UN NUOVO CONTENITORE PER TANTI CONTENUTI</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
<b>Riferimento scheda regionale</b>	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES) 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	No
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Si
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	Si
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Il Distretto di Ponente da diversi anni sta affrontando, attraverso l'attivazione di progetti ed interventi mirati, gli effetti del proliferarsi della crisi socio-economica e lavorativa al fine di contenerne gli effetti di deriva sociale. Di recente, a supporto del suddetto impegno, si sono aggiunti i dispositivi regionali e statali di contrasto alla povertà e di avvicinamento al lavoro delle persone fragili e vulnerabili che rappresentano importanti strumenti di lavoro. Nel contempo anche l'aspetto d'integrazione con i servizi sanitari e specialistici si è modificato, allargandosi e modificandosi sia in senso qualitativo che quantitativo: più persone in età adulta necessitano di percorsi personalizzati socio-sanitari per il superamento di momentanee situazioni di difficoltà e bisogno e sempre più si vanno a sommare nello stesso individuo problematiche di fragilità sociale con il manifestarsi di disturbi di natura psico-patologica. Ci troviamo quindi di fronte ad una nuova realtà, ad un concetto di VULNERABILITA' della persona diffusa e trasversale sia per quanto riguarda le diverse fasce d'età e i cicli di vita di ognuno sia per quanto riguarda la popolazione nel suo complesso; siamo transitati da un'attenzione al DISAGIO al concetto di FRAGILITÀ per giungere poi a quello di VULNERABILITA'. Occorre ad oggi fare sistema, creare un nuovo e diverso contenitore che tenga insieme tanti contenuti, operando con sempre maggior attenzione su: - progettualità integrate e centrate sulla persona - coinvolgimento attivo della comunità .

### **Descrizione**

Il progetto prevede che tutti gli interventi/azioni/dispositivi di contrasto alla povertà e sostegno/avvicinamento alla vulnerabilità/fragilità vengano messi in rete andando ad individuare percorsi operativi omogenei, integrati e condivisi da tutti gli operatori/servizi coinvolti: è pertanto necessario giungere all'utilizzo di medesimi strumenti di lavoro e ad una maggiore condivisione nelle fasi d'intervento. Ad oggi il Distretto di Ponente si è dotato di un'unica équipe integrata sia per quanto riguarda le misure a contrasto della povertà (reddito di cittadinanza) che per l'avvicinamento al lavoro delle persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015); inoltre attraverso l'adesione al Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione" sono state potenziate ore di attività per n. 3 assistenti sociali, per n. 2 educatore, n. 1 psicologa da dedicare all'équipe integrata suddetta; le figure individuate vanno a supportare l'organico già presente nell'applicazione dei dispositivi regionali e statali e a potenziare il sistema di accesso e presa in carico dei servizi. Obiettivo nel triennio è quello di potenziare ulteriormente il numero delle assistenti sociali dedicate all'accesso e presa in carico nell'ambito dell'area povertà, creare un coordinamento distrettuale dedicato e un sistema valutativo omogeneo e strutturato. Rispetto all'individuazione di percorsi omogenei e condivisi si sono individuati i seguenti punti di attenzione: Ø un miglior governo delle risorse pubbliche Ø un'attenta

valutazione sull'effettiva durata ed efficacia delle misure di sostegno alla povertà Ø un lavoro di sensibilizzazione/acculturazione del contesto sociale e di attivazione delle risorse comunitarie locali Ø un rafforzamento nei rapporti con il contesto produttivo e nel collegamento tra terzo settore, risorse economiche e servizi pubblici Ø una sperimentazione dei progetti relativi alle misure di contrasto alla povertà nell'ottica del superamento della frammentazione del progetto di vita Ø una maggior attenzione al benessere ed alla salute della persona nel proprio contesto di vita.

1. "PIANO INTEGRATO TERRITORIALE DEI SERVIZI PUBBLICI, DEL LAVORO, SOCIALI E SANITARI, AI SENSI DELLA LR 14/15"
2. REACT EU Avviso 1/2021 Prins Progetti di Intervento Sociale

## **Destinatari**

---

Cittadini, Operatori, Istituzioni e Rappresentanze Sociali

## **Azioni previste**

---

- Riorganizzazione dell'équipe unica distrettuale (reddito di cittadinanza, LR 14/2015) al fine di dare maggior rilievo alla diversificazione e qualificazione dei diversi percorsi:

1. definire progettazioni specifiche e dare avvio alle azioni di inclusione socio-lavorativa previste dal Reddito di Cittadinanza
2. definire specifiche progettualità afferenti alla LR 14-2015 al fine di utilizzare tale strumento nell'ottica della maggior possibilità di occupazione della popolazione in situazione di fragilità

- Potenziamento accesso e presa in carico e qualificazione progetti educativi individualizzati attraverso un aumento degli interventi educativi e il coinvolgimento della psicologa nella fase di prima valutazione (micro equipe)

- Potenziamento gruppi di lavoro per incrementare le occasioni di confronto ed il supporto metodologico tra servizi ed operatori

- Mantenimento collaborazioni con terzo settore per progettualità specifiche distrettuali: Riconnessi e Associazione genitori Futuro Insieme

- Mantenimento collegamento con progetto "Volontari in salute" (vedere scheda intervento "Case della salute")

- Consolidamento del coordinamento tecnico distrettuale dedicato che tenga in rete interventi/azioni/dispositivi di contrasto alla povertà e sostegno/avvicinamento alla vulnerabilità/fragilità e faccia sintesi del percorso di condivisione operativa e valutativa avviato.

-Attivazione delle risorse comunitarie locali (microprogettazioni) attraverso interventi integrati elaborati dai tavoli territoriali fragilità adulta al fine di sensibilizzare funzioni di sentinella del sistema dei servizi sociali (co-progettazioni pubblico/private).

- Avvio di un Centro Servizi per il contrasto alla povertà con sportello multifunzionale

## **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Politiche abitative, per il lavoro, per l'inclusione sociale

## **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Servizi sociali dei Comuni/Unioni, Servizi specialistici di integrazione socio-sanitaria (Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche); Privato Sociale (Associazioni di Volontariato, Cooperative Sociali)

## **Referenti dell'intervento**

---

Responsabile Ufficio di Piano e Referente Area Adulti

## **Novità rispetto al 2021**

---

DESCRIZIONE E AZIONI PREVISTE

**Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 531.024,22 €

**Risorse dei Comuni**

---

**Altre Risorse**

---

**Quota servizi Fondo povertà nazionale** 397.024,22 €

**Altri fondi europei (Anno 2022)** 134.000,00 €

<b>Titolo</b>	<b>SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO\COMUNITÀ)</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	16 Sostegno alla genitorialità
<b>Riferimento scheda regionale</b>	16 Sostegno alla genitorialità
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Il modo in cui guardiamo le cose, le modalità con cui costruiamo e coltiviamo i rapporti affettivi e sociali, lo stile comunicativo che usiamo per interagire con chi ci circonda, influenzano in modo significativo la nostra relazione con il mondo esterno. Il modo più efficace per modificare qualcosa nelle proprie relazioni interpersonali pertanto, non è chiedere all'altro di cambiare, ma cambiare il proprio atteggiamento nei confronti dell'altro. Non è all'esterno che bisogna chiedere un cambiamento, ma a se stessi. Gli incontri con la popolazione hanno posto al centro dei bisogni del territorio proprio la povertà relazionale che si sta diffondendo e che non permette di poter evidenziare le valenze positive che esprime la comunità. La scuola esprime fortemente questo disagio quando si trova ad affrontare, come impone il suo ruolo, le tematiche pedagogiche ed educative che si confanno al suo mandato istituzionale. I servizi hanno un'elevata capacità quando si tratta di individuare gli aspetti di fragilità e meno allenati a cercare le positività che sono i pilastri su cui si può costruire. Il P.I.P.P.I. è un progetto sperimentale che contiene, sperimenta, programma interventi anche su questo principio fondamentale. Gli interventi di sostegno economico oppure di inserimento lavorativo, se non godono di una visione globale della situazione diventano frammenti di sostegni che rischiano di produrre, come esito non sperato, la dipendenza e non autonomia, la deprivazione e non il benessere, la sedazione delle proprie capacità e non l'esaltazione delle risorse di una famiglia.

### **Descrizione**

Il Distretto di Ponente ha scelto pertanto di fare proprie le linee guida parallele di strumenti quali il Rdc il Pippi la Legge 14 istituendo gruppi di lavoro che tengono conto dell'intero carico che sopporta la famiglia quando più fragilità coesistono. 1) Per quanto concerne i minori il Distretto, frammentato territorialmente, ha scelto di aderire al progetto in modo unitario portando gli operatori, geograficamente lontani, a condividere obiettivi e metodologie, con sforzi quotidiani. 2) Esiste inoltre una commissione che si occupa più in specifico del Rdc per uniformare le prestazioni sul territorio e per crescere come operatori attraverso il confronto. 3) La legge 14 gode inoltre di un'altra équipe dedicata che ovviamente si interseca continuamente con le altre dedicate. 4) Gli operatori referenti degli adulti e disabili partecipano ad una supervisione/formazione creata sugli stimoli provenienti direttamente da chi si occupa in prima linea dei problemi. 5) I beneficiari di tali scelte metodologiche sono le famiglie che possono vedere nelle modalità operative espresse dagli operatori. 6) Rete SOSTengo che vede cooperare le diverse associazioni di volontariato per la costruzione di una rete solidaristica verso i più deboli anche attraverso la fornitura di alimenti e

colloqui di sostegno. 7) Centro famiglie quale punto di raccordo distrettuale che garantisce consulenze psicologiche ai genitori, mediazioni familiari e interventi di supporto avendo, oltre all'accesso diretto, come soggetti segnalanti anche il Consultorio e il servizio sociale.

Nell'evoluzione dei Servizi Sociali il Centro per le famiglie concorre a rinforza la rete delle opportunità per i cittadini ed i servizi stessi operando su più versanti: lettura delle problematiche familiari alla luce dei fenomeni sociali che impattano sul territorio con particolare attenzione a ruoli e funzioni educative, relazioni fra i genitori, rapporti con la scuola e altre agenzie sul territorio, aspettative e rappresentazione nei confronti dei servizi, promozione di forme di interazione e collaborazione fra i servizi del territorio e le altre realtà educative e ricreative, sostenendone il lavoro di rete e l'assunzione di orientamenti strategici condivisi; promozione di una cultura dell'accoglienza attraverso una più efficace messa in rete della realtà esistenti, oltre allo sviluppo di azioni finalizzate alla sensibilizzazione e all'attivazione dei molteplici contesti territoriali ; supporto alla definizione dei ruoli genitoriali in contesti difficili e/o problematici:

1. E' il punto di accoglienza con cui i cittadini entrano in contatto con le risorse ed i servizi esistenti
2. Orienta la fruizione dei servizi e ai nuovi contesti sociali: offre opportunità di incontro per i genitori, propone progetti con le comunità territoriali attraverso l'attivazione di gruppi
3. Partecipa al progetto ministeriale di prevenzione Pippi
4. punto di raccordo distrettuale che garantisce consulenze psicologiche ai genitori, mediazioni familiari e interventi di supporto avendo, oltre all'accesso diretto, come soggetti segnalanti anche il Consultorio e il servizio sociale
5. progetto prevede di connotare ulteriormente il grado di connettività e interazione tra servizi territoriali, scuole e terzo settore del Distretto di Ponente, assegnando in particolare al centro famiglie il ruolo di connettore della rete territoriale a più livelli

L'obiettivo è quello di incrementare e rendere permanente la collaborazione e la conoscenza e condivisione tra vari servizi (Servizio sociale Minori, Consultorio Familiare, Uonpia, Sert Psicologia di Base, e gestori privati di servizi educativi oltre alle scuole) potenziandone il carattere integrativo e di comunità. Si incentiverebbero le collaborazioni e gli interventi formativi ed educativi/laboratoriali con le realtà del Terzo Settore e associazionistiche

## Destinatari

---

Operatori socio-sanitari, amministratori, popolazione e famiglie

## Azioni previste

---

- 1) Consolidamento azioni attivate sul territorio con il coordinamento centro famiglie (vedere progetti allegati alla scheda "POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI DI ACCUDIMENTO NEI SERVIZI)
- 2) Implementazione del P.I.P.P.I con la partecipazione della psicologa del Centro famiglie e della psicologa del consultorio familiare
- 3) Gruppi per donne e bambini con inclusione delle donne partecipanti al progetto Home visiting
- 4) Corso formazione dedicato a diverse professionalità e a differenti servizi che a vario titolo si occupino di famiglie e minori
- 5) TANTO TEMPO COMUNI: è attraverso questo progetto che i minori con difficoltà possono partecipare alle attività estive extrascolastiche godendo di un sostegno che diventa mediatore tra le attività e le esigenze specifiche del minore (vedere allegato alla scheda 2018)
- 6) TANTO TEMPO TUTELA il progetto prevede interventi dedicati alla popolazione minorile con fragilità genitoriali nella dimensione del piccolo gruppo ed interventi di sostegno finalizzati a valorizzare le risorse (vedere allegato alla scheda 2018)
- 7) SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE (SED) A SOSTEGNO DI MINORI E DELLA GENITORIALITA' A RISCHIO. Il sostegno a domicilio ha il valore di intervenire sul sistema famiglia: è un servizio rivolto a minori in situazioni di disagio sociale ed a rischio di emarginazione, ed alle loro famiglie, quando queste si trovino in difficoltà nello svolgimento delle funzioni genitoriali ed educative, per impedimenti oggettivi (temporanei o strutturali), per privazione socio – economica e culturale, per limitazioni fisiche o psichiche. L'intento generale di questo tipo di intervento è di salvaguardare la qualità del rapporto genitori – figli, al fine di evitare l'allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare (vedere allegato alla scheda 2018).
- 8) Coinvolgimento e linguaggi comuni con il mondo scuola
- 9) Condivisione modulistica per segnalazione tra servizi sociali e sanitari e scuola
- 10) TUTTI IN RETE al Centro per le Famiglie:
  1. NIDI SCUOLE MATERNE (oltre ai Servizi e le famiglie). Si prevede che il centro famiglie sia fattivamente il connettore della rete. l'obiettivo a medio-lungo termine consiste nel creare una cornice di riferimento, unica volta a definire ruoli, obiettivi, strategie educative, sociali e culturali il più possibile condivise al fine di favorire il passaggio dal nido d'infanzia alla scuola materna. Il progetto prevede di individuare all'interno dell'organico del centro famiglie una figura di

- coordinamento capace di monitorare le varie risorse territoriali (pubbliche e private) e promuovere occasioni di scambio e confronto. Si prevede inoltre la progettazione di interventi specifici volti a creare reti formali e informali di scambio di conoscenze rivolte ai genitori
2. SERVIZI EDUCATIVI BAMBINI RAGAZZI ED ADOLESCENTI (centri educativi, oratori, gestori di interventi volti alla popolazione 6/18 anni con un interesse a prendere parte di un momento di raffronto)
  3. SCUOLE potenziamento delle attività ed integrazione con i servizi promossi dalla Casa della Salute e da altri servizi sanitari che lavorano con la stessa fascia d'età (Ser. D, Csm ed ad altri progetti prevenzione attivati all'interno delle scuole)
  4. Si prevede che il centro famiglie ricopra il ruolo di connettore di rete. L'obiettivo medio-lungo termine consiste nel creare una cornice di riferimento, unica volta a definire ruoli, obiettivi, strategie educative, sociali e culturali il più possibile condivise che abbiano come tema l'adolescenza ed i compiti di sviluppo ad essa associati. L'obiettivo consiste nel promuovere incontri di confronto e di scambio di conoscenze, iniziative/corsi gestiti tra servizi territoriali, cooperative, associazioni, oratori, ecc. Si intende trovare strategie comuni, comunicare buone prassi, sviluppare nuove strategie di intervento
  5. E' prevista la connessione con le attività previste dal Piano Adolescenza (promosso dal Regione Emilia-Romagna), le azioni legate al Fondo Povertà (Progetto Contatto), al progetto nazionale Pippi ed al progetto Promuovo Benessere già in essere sul territorio
  6. Il centro famiglie esprime un coordinatore del progetto che stabilisca un ordine del giorno con l'avvio dettato dalla necessità di unire i differenti bisogni che il territorio propone per consentire un confronto per individuare i bisogni a cui la rete riesce a rispondere in modo coordinato, lasciando le diverse competenze e caratterizzazioni che contraddistinguono le differenti unità d'offerta e dei gestori
  7. Individuare, se possibile, attività semplici a disposizione dei ragazzi, che vedano la collaborazione dei diversi interlocutori present

raccordo con il mondo del volontariato attivo sul territorio con incontro bimestrali ed attività dedicate e condivise

sportello del centro famiglie aperto anche presso la sede del comune di Rottofreno con cadenza mensile attraverso la presenza di una psicologa del Centro famiglie

Il Centro famiglie costituirà il gruppo genitori sperimentato nell'ambito del Progetto Pippi come permanente ed aperto a tutti per consentire ai genitori ed ai figli di proseguire l'esperienza ritenuta positiva anche al di fuori della sperimentazione del progetto ministeriale. Tale gruppo avrà cadenza mensile nelle fasi in cui non è attiva la sperimentazione PIPPI e modificherà partecipanti e cadenza temporale nel momento in cui si raccorda con il progetto ministeriale.

### **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Il Centro Famiglie e il Pippi sono interventi distrettuali, gli altri interventi necessitano per la realizzazione di un raccordo tra servizi differenti per la realizzazione.

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Servizi Sociali Territoriali, Azienda Usl (Neuropsichiatria Infantile, Sert, Dsm) Saa, Servizi Tutela Minori, Comuni – Pubblica Istruzione.

### **Referenti dell'intervento**

---

Responsabile Ufficio di Piano Distretto di Ponente, Responsabili Servizi Sociali

### **Novità rispetto al 2019**

---

DESCRIZIONE E AZIONI PREVISTE

### **Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 391.063,37 €

### **Risorse dei Comuni**

---

121.625,00 €

**Altre Risorse**

---

<b>Fondo sociale locale - Risorse statali</b>	199.058,19 €
<b>Fondo sociale locale - Risorse regionali</b>	45.050,32 €
<b>Fondi a sostegno dei Centri per le Famiglie</b>	25.329,86 €

<b>Titolo</b>	<b>CASE MANAGER PER UTENZA MULTIPROBLEMATICA: Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di marginalità</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
<b>Riferimento scheda regionale</b>	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	AUSL DI PIACENZA
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Sì
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	Sì
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Riduzione e contenimento della marginalità sociale e sostegno alla inclusione sociale per una fascia di popolazione di particolare gravità clinica e fragilità sociale. Tutela della salute di particolari fasce deboli (anche in un'ottica di tutela della salute pubblica e riduzione di condotte illegali).

### **Descrizione**

Il SerDP di Ponente garantisce, da anni, in collaborazione con la Cooperativa L'Arco di Piacenza la presenza di un operatore case manager per utenza particolarmente fragile. L'intervento di supporto, anche al domicilio, si articola su diverse azioni:

- implementare negli utenti la capacità di usufruire in modo adeguato dei servizi e gestire le normali relazioni quotidiane;
- favorire la costruzione di possibili spazi di risocializzazione nel contesto territoriale, attraverso la valorizzazione delle capacità presenti e/o residue dell'utente;
- sostenere la continuità del programma ambulatoriale monitorando l'adesione alle proposte di cura;
- sostenere e incentivare comportamenti volti ad una maggiore tutela della salute.

Gli obiettivi di queste attività sono rivolte a diminuire l'abbandono dei programmi di cura ( drop out ) in una fascia d'utenza particolarmente a rischio; implementare la progettazione individualizzata per favorire la stabilizzazione sul piano sanitario e psicosociale di soggetti fragili e la riduzione delle condotte illegali.

## Destinatari

---

Utenti con dipendenza per cui si ritiene opportuno uno stretto monitoraggio clinico per le terapie quotidiane date le condizioni di marginalità, mancanza di riferimenti familiari, condotte illegali, ,ecc... • Utenti con bassa capacità di gestire le normali relazioni quotidiane e che necessitano di un accompagnamento e tutoraggio plurisettimanale

## Azioni previste

---

Incarico ad un operatore adeguatamente formato (case manager) per il tutoraggio specifico di utenti di particolare gravità clinica e fragilità, all'interno di progetti individualizzati. I progetti hanno l'obiettivo di favorire la fruizione di possibili spazi di socialità e ridurre /evitare la marginalità e la devianza.

Questo prevede un supporto plurisettimanale, compreso il domicilio e i luoghi di normale attività, ad alcuni utenti individuati dalla equipe... Fatte salve eventuali disposizioni regionali legate all'Emergenza COVID.

## Eventuali interventi/politiche integrate collegate

---

La multifattorialità dei bisogni di questa utenza target richiede il collegamento con politiche abitative, di sostegno al reddito, di reinserimento lavorativo e sociale. Si rende sempre più evidente la necessità di interventi di raccordo e progettazione integrata con altri servizi sanitari , servizi sociali comunali, agenzie per il lavoro, enti di formazione e altri soggetti sia pubblici che privati del territorio.

## Istituzioni/attori sociali coinvolti

---

SerT Ponente, Cooperativa "L'Arco" di Piacenza.

## Referenti dell'intervento

---

Maurizio Avanzi

## Novità rispetto al 2019

---

AZIONI PREVISTE

## Preventivo di Spesa

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

## Risorse dei Comuni

---

## Altre Risorse

---

<b>Titolo</b>	<b>Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	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
<b>Riferimento scheda regionale</b>	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti 37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel san Giovanni (PC)
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

L'adolescenza è la fase della vita durante la quale l'individuo conquista le abilità e le competenze necessarie ad assumersi le responsabilità relative al futuro stato di adulto. Viene definito come un periodo di transizione dallo stato di bambino a quello di adulto prevede una costante evoluzione e continue trasformazioni di tipo biologico, fisico, psicologico e sociale.

L'adolescente, nel farsi progetto, si domanda: *chi sono, chi voglio essere?* I temi evolutivi sui quali si svolge la crescita degli adolescenti sono: l'accettazione del proprio corpo in continua mutazione, l'acquisizione di un'identità personale unica e definita, il consolidamento di un'identità sessuale e di genere. Per l'adolescente la dimensione grupale è molto importante, in quanto contribuisce a costituire gran parte dell'identità individuale. Il rapporto che si instaura con i coetanei diventa di fondamentale importanza anche perché promuove il senso di appartenenza e di identità sociale, facilitando il passaggio dalla fanciullezza all'età adulta. Non per ultimo, con l'adolescenza i ragazzi e le ragazze interiorizzano norme e valori stabili e coerenti con la propria identità che permettono loro di sviluppare spirazioni ed una personale visione del mondo.

Le manifestazioni del disagio del ragazzo o della ragazza possono essere rilevati attraverso una serie di segnali (non si parla di diagnosi ma di segnali di stati di sofferenza, il cui senso e la cui rilevanza o meno vanno valutati caso per caso), tra cui: difficoltà ad affermare la propria personalità; crisi di identità; conflittualità con i genitori; difficoltà a riconoscere con chiarezza i propri obiettivi di vita; problemi scolastici; sofferenze sentimentali; isolamento rispetto al gruppo dei coetanei; disagio nelle relazioni con i coetanei; disagio rispetto al proprio corpo; dubbi sulla propria identità sessuale; angosce e paure; ossessioni; autolesionismo manifestato attraverso pensieri o veri e propri comportamenti; rabbia e aggressività. L'adolescente necessita di essere ascoltato, rispettato, valorizzato, considerato ed accettato nella sua individualità. Per i genitori la difficoltà maggiore consiste nel cercare di mantenere la "giusta distanza". L'impegno e la fatica richiesti ai genitori in questo momento sono enormi, è perciò necessaria un'attenzione anche alle loro difficoltà e non solo a quelle del figlio. Genitori più sereni, con più strumenti di comprensione ed intervento, possono riuscire meglio nel compito di sostenere il figlio adolescente di fronte ai compiti di sviluppo tipici di questa età.

## Descrizione

---

Lo scopo principale del progetto è quello di garantire e potenziare interventi socio-sanitari ed educativi destinati alla fascia di età 11-19 anni in ambito scolastico e comunitario. In linea con quanto prevede il *Nuovo Piano Regionale Pluriennale per l'Adolescenza 2018-2010*, che sottolinea la dimensione distrettuale di un intervento preventivo coordinato e multidisciplinare, il Centro per le Famiglie coordina a partire dal 2017 un servizio territoriale integrato di psicologia per la prevenzione rivolto alle famiglie e agli adolescenti. Il progetto, denominato "Promuovo Benessere", ha nel mondo della scuola l'interlocutore principale e si avvale della stretta collaborazione con gli operatori ed i professionisti dei Servizi Sociali Territoriali, Ausl, Consultorio Giovani e mondo del Terzo Settore.

Lo scopo principale del progetto consiste nel garantire interventi coordinati e programmati di prevenzione, promozione del benessere e della salute, nonché interventi volti all'intercettazione precoce del disagio nei diversi contesti di vita di pre-adolescenti e adolescenti (attività di prevenzione e orientamento)

## Destinatari

---

Adolescenti, genitori, Scuola, Educatori, Psicologi, assistenti sociali ,educatori ,neuropsichiatri dirigenti dei servizi socio-sanitari, popolazione target, famiglie popolazione

## Azioni previste

---

- PROGETTO PROMUOVO BENESSERE – PROGETTOO DISTRETTUALE DI INTERVENTO PSICOEDUCATIVI E SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO NELLE SCUOLE (si veda scheda specifica)

Scopo fondamentale del progetto **consiste nel consolidare una rete tra servizi ed agenzie che condividono il target d'utenza** garantendo interventi coordinati e programmati di prevenzione, promozione del benessere e della salute, nonché interventi volti all'intercettazione precoce del disagio nei diversi contesti di vita di pre-adolescenti e adolescenti. Tenendo come punto di riferimento – in particolare – la Scheda Intervento 1 del *Piano Regionale Pluriennale per l'Adolescenza 2018-2010*, si intende incentivare e potenziare l'attività di ascolto a scuola e in ambiente extra-scolastico.

L'equipe è formata da psicologi e educatori del Centro per le Famiglie, del Consultorio Giovani AUSL e di servizi specialistici socio-sanitari (NPIA, Ser.T, Tutela Minori). Un primo livello di intervento è costituito dall'azione di psicologi ed educatori che lavorano presso i vari Istituti Comprensivi del distretto e Scuole Superiori. Ogni Istituto Comprensivo/Scuola Superiore ha la possibilità di beneficiare di "pacchetto ore" per poter sviluppare un progetto di intervento rispondente alle necessità e ai bisogni del singolo Istituto. Un secondo livello di intervento è costituito dalla possibilità inglobare in percorsi di consulenza specifica o orientare presso i vari Servizi Specialistici Territoriali (Consultorio giovani, consultorio familiare, NPI, Tutela Minori, AUSL, ecc.) le situazioni identificate come "a rischio" o di particolare disagio. Le situazioni più complesse possono essere affrontate in sede di équipe integrata.

Nel corso dell'anno scolastico, suddivise per aree territoriali, le psicologhe e l'educatore svolgono attività di prevenzione, promozione alla salute, supervisione, orientamento e sostegno nelle varie scuole, in funzione di quanto stabilito a monte direttamente con le scuole. Durante l'anno l'equipe si confronta con un supervisore psico-pedagogico e gli altri operatori socio-territoriali al fine di garantire il lavoro di rete tra scuole, territorio e servizi socio-sanitari inerentemente alle problematiche connesse al disagio di pre-adolescenti, adolescenti e famiglie.

In seguito ai rapidi cambiamenti sociali che hanno interessato il mondo della scuola e della famiglia, è emersa con il tempo la necessità di strutturare con maggior efficacia interventi volti a promuovere stili di vita salutari, educare all'affettività e alla sessualità. Per questo motivo ci si pone come obiettivo quello di arricchire ulteriormente il progetto della possibilità di strutturare nuovi interventi co-progettati di *Peer Education* (Si veda nello specifico la SCHEDA PROGETTO DEDICATO ALL'ADOLESCENZA 2022  [Adolescenza - Scheda Progetto attuazione 2022 COMPILATA.pdf](#))

Nel corso dell'anno scolastico 2019-2020, in corrispondenza della pandemia COVID-19, il progetto si è caratterizzato per la co-progettazione di interventi on-line di tipo educativo e psicologico, in linea con quanto previsto dal progetto. Di particolare importanza si sono rilevati tutti gli interventi di sostegno emotivo e di elaborazione dei vissuti legati alla diffusione del virus, cosiccome gli interventi effettuati nelle classi terze degli istituti comprensivi distrettuali finalizzati, in particolare, a garantire un momento di condivisione e di confronto tra insegnanti e studenti. Anche in relazione a quanto è emerso nel corso degli incontri di fine progettazione svolti con i presidi, si ritiene di fondamentale importanza proseguire con interventi di sostegno e di elaborazione sia in modalità sportello che in modalità laboratoriale, rivolti sia agli studenti che agli insegnanti. Al fine di garantire e promuovere la continuità delle azioni svolte durante la pandemia COVID-19, sempre in accordo con le scuole il progetto potrebbe caratterizzarsi in futuro per la strutturazione di percorsi educativi in orario scolastico e extra-scolastici, di tipo laboratoriale, in quanto sta emergendo la necessità di allineare il progetto con le misure di sicurezza che interesseranno la scuola nel corso dell'anno scolastico 2020-2021.

Per l'anno scolastico 2022-2023 è previsto il progetto HELP, pensato a seguito di un confronto con i Dirigenti scolastici e gli insegnanti delle scuole del Distretto  [HELP -NUOVO PROGETTO INS.pdf](#)

- Raccordo con APERTURA TERRITORIALE DELLO SPAZIO GIOVANI DEL CONSULTORIO AUSL PIACENZA, presso la sede dell'Ospedale di Castel San Giovanni Per visite ginecologiche e andrologiche, e consulenze psicologiche

- GRUPPO DI SUPPORTO AI GENITORI E.S.I.

Si veda la scheda "Gruppo di sostegno per adulti di riferimento di adolescenti con esiti di esperienze sfavorevoli infantili (E.S.I., Felitti) parallelo al gruppo di psicoterapia per ragazzi (target clinico-sintomatico e pre-clinico/popolazione a rischio di psicopatologia e disadattamento" - gruppo finanziato dall'Azienda AUSL di Piacenza)

- PROGETTO GIOVANI: SOSTEGNO C.A.G.

(vedere progetto allegato alla scheda 2018) I Cag sono servizi a disposizione delle giovani generazioni che hanno prioritariamente questi obiettivi:

Promuovere l'inclusione dei minori nella comunità favorendo forme di aggregazione spontanea e non emarginante tra i componenti del Centro, al fine di integrare ragazzi provenienti da ambienti socio-culturali diversi;

Migliorare la qualità di vita dei minori e delle loro famiglie favorendo l'armonico sviluppo della persona e delle relazioni sociali e familiari;

Promuovere lo sviluppo e/o il mantenimento delle capacità individuali in relazione all'impegno connesso con l'attività scolastica;

Riconoscere le risorse e le competenze educative delle famiglie e sostenerne il ruolo attivo;

Offrire percorsi formativi e ricreativi che sostengano i ragazzi nel cammino di crescita, nel rispetto degli interessi da loro espressi, delle loro possibilità e della realtà del territorio;

- PROGETTO DI ANIMAZIONE RELAZIONALE

(vedere progetto allegato alla scheda 2018): l'intervento è dedicato alla prevenzione all'interno prevalente della scuola, che rappresenta oggi il luogo dove è possibile incontrare il bacino d'utenza più ampio della popolazione giovanile

- SALUTE E VITA

è un progetto attivato presso l'Endofap Don Orione che utilizza il movimento fisico come terreno in cui misurarsi con la propria fisicità, il rispetto delle regole, l'adeguatezza al contesto. Tale spazio è terreno fertile per proporre chiavi interpretative trasversali per concetti di educazione alla salute fisica e relazionale

- EDUCATORE A SCUOLA

nella scuola professionale i ragazzi si relazionano più facilmente con una figura esterna con capacità professionali di ascolto e comprensione. Il professionista è quindi in grado di raccordarsi con la rete dei servizi e convogliare i bisogni dei ragazzi, se necessario, verso i servizi che possono fornire risposte adeguate.

Per un approfondimento, si rimanda agli allegati della scheda "RICONOSCERE E VALORIZZARE IL CRESCENTE CONTESTO PLURICULTURALE (rif. scheda regionale 12)

- LABORATORIO GIOVANI IDEANDO Ai giovani afferenti il centro famiglie e conosciuti nell'ambito del progetto promuovo benessere viene proposta la partecipazione ad un gruppo laboratoriale con lo scopo di individuare una forma espressiva in cui possano riconoscersi per comunicare emozioni, sentimenti, paure ed energia creativa. La costituzione è lasciata all'istinto motivazionale dei singoli. Una volta costituito il gruppo, attraverso la conduzione di uno psicologo e del mediatore culturale, si individua sia l'oggetto che la forma espressiva. Questo permette un confronto fin da subito legato all'operatività tra i ragazzi che spesso produce riflessioni più profonde del vissuto. Il centro famiglie, attraverso l'associazione del mediatore culturale, riesce ad

individuare esperti e collaboratori che possano supportare il gruppo ad esprimere in forma artistica (video, canzone, testo scritto, ecc.) il tema individuato ed alla fine del percorso si valuta quale sia la diffusione possibile per il materiale. Tale intervento rende possibile un confronto tra i partecipanti e la creazione di un prodotto tangibile. La difficoltà ad oggi in campo è rappresentata dalla discontinuità agli incontri in presenza a causa della situazione di emergenza sanitaria.

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Ausl UONPIA, Ausl Psicologia di Base, Ausl Consultorio, Ausl Sert, Servizi sociali, scuole, centro famiglie, educatore professionale, centri di formazione professionale, mediazione culturale, centro per le famiglie

### **Referenti dell'intervento**

---

Responsabile Ufficio di Piano Distretto di Ponente, Responsabili Servizi Sociali Comuni del Distretto di Ponente

### **Novità rispetto al 2019**

---

azioni previste

### **Novità rispetto al 2021**

---

Azioni previste

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	86.354,07 €
-------------------------------	-------------

### **Risorse dei Comuni**

---

#### **Altre Risorse**

---

<b>Fondo sociale locale - Risorse statali</b>	43.151,59 €
<b>Fondo sociale locale - Risorse regionali</b>	37.530,92 €
<b>Altri fondi regionali (Anno 2022)</b>	5.671,56 €
<b>Specifica altri fondi regionali (Anno 2022) Piano Adolescenza 2022</b>	

<b>Titolo</b>	<b>Promozione di strategie condivise per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	25 Contrasto alla violenza di genere
<b>Riferimento scheda regionale</b>	25 Contrasto alla violenza di genere 33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Provinciale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	Sì
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Si intende promuovere, consolidare e potenziare le collaborazioni stabili tra servizi, istituzioni e soggetti del privato sociale per rafforzare la rete dei servizi e renderla sempre più in grado di affrontare, pur nella specificità delle funzioni di ciascuno, il fenomeno della violenza contro le donne, con obiettivi comuni e modalità condivise a livello provinciale, nel quadro del Piano regionale contro la violenza di genere approvato con DAL n. 69/2016.

### **Descrizione**

I Comuni capo distretto, l'Ausl e il Centro Antiviolenza Associazione Città delle Donne – Telefono Rosa sottoscriveranno uno specifico protocollo d'intesa volto a identificare gli impegni di ciascuno, le risorse necessarie e le modalità di collaborazione tra il Centro Antiviolenza e i servizi sociali territoriali, nonché a promuovere le azioni coordinate finalizzate al monitoraggio, alla prevenzione, emersione e contrasto del fenomeno della violenza di genere, alla formazione permanente degli operatori impegnati a vario titolo e con varie professionalità sul tema. A seguito di tale Protocollo, Il Comune di Piacenza, individuato come capofila, stipulerà la nuova convenzione per il sostegno economico, con il concorso di tutti i distretti del territorio provinciale, all'attività del Centro Antiviolenza, comprensivo della Casa Rifugio. A conferma di tale percorso, Ausl, comuni capofila, centro antiviolenza Associazione Città delle Donne – Telefono Rosa, Tavolo provinciale contro la violenza alla donne, CIPM sezione piacenza, parteciperanno fattivamente al percorso di formazione "Accoglienza e assistenza nelle rete dei servizi di emergenza urgenza e nelle rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza", finanziato con delibera n. 1890 del 29 /11/2017, con cui la Regione promuove interventi formativi a sostegno dell'implementazioni delle reti locali in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere

### **Destinatari**

Donne vittime di violenza, operatori dei servizi sociali e sanitari.

### **Azioni previste**

Sono previste le seguenti azioni:

- Attuazione protocollo di intesa provinciale e coordinata collaborazione al PDTA-S aziendale (vedi scheda 33) per la valorizzazione della rete provinciale, sia dei percorsi di tutela in emergenza che di prevenzione del fenomeno violenza di genere;

- Centro Antiviolenza, comprensivo della gestione della Casa Rifugio (per un totale di 17 posti nelle varie articolazioni di ospitalità in emergenza, seconda accoglienza, casa ad indirizzo secretato) e del servizio di reperibilità telefonica

- Ospitalità madre/bambini Oasi a Borgonovo Val Tidone (presso la sede Andreoli di Asp Azalea

- Cose da donne il gruppo è composto da donne migranti con figli ed l'obiettivo più generale che si intende raggiungere è quello di raccontarsi e confrontarsi sui temi relativi alla quotidianità, all'integrazione, alla famiglia, alla gestione dei figli. L'intento primo del progetto è di vincere il senso di solitudine e inefficacia che molte donne straniere vivono e non lamentano, unitamente al tentativo di ricercare, di sollecitare la creazione di nuove reti tra donne, di far conoscere al meglio le risorse esistenti nel territorio, di offrire opportunità per sentirsi utili e valorizzate anche fuori dal contesto familiare. Le attività svolte sono di carattere concreto: alcuni momenti sono dedicati a laboratori, altri alla gestione ed organizzazione del corso di cucina. Tali incontri svolgono una funzione preventiva e costituiscono un ponte con i servizi a cui rivolgersi con fiducia quando si dovessero verificare momenti di grave difficoltà;

- Attività di formazione degli operatori sociali, sanitari dell'associazionismo locale e delle forze dell'ordine

- Nell'ambito provinciale è stato promosso un percorso di confronto tra gli operatori sociali, sanitari e del terzo settore che verrà proseguito nel corso del futuro. Il Distretto di Ponente ha partecipato con interesse a tali iniziative ritenendo il confronto un'occasione di crescita per tutti i partecipanti

### **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Politiche e interventi contro le discriminazioni. Interventi di contrasto alla povertà e inclusione sociale e lavorativa.

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Distretti Città di Piacenza, Levante e Ponente, Ausl, Questura, Prefettura, Terzo Settore

### **Referenti dell'intervento**

---

Ufficio di Piano

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative
<b>Riferimento scheda regionale</b>	7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Si
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **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 RLCP è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'azienda USL.

Costituiscono i nodi della Rete Locale di Cure Palliative l'ospedale, l'ambulatorio, l'hospice

e il domicilio che erogano cure palliative in funzione dei bisogni del paziente e della sua

famiglia attraverso figure professionali con specifica competenza ed esperienza così come

previsto dall'Accordo Stato-Regioni del luglio 2014.

## Destinatari

---

Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

## Azioni previste

---

A livello regionale:

- GRUPPO DI COORDINAMENTO RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE: *TAVOLO DI LAVORO "IDENTIFICAZIONE DEI CRITERI PER LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DI BASE E SPECIALISTICHE"* Attualmente in corso (aprile 2018)

A livello locale: (Avvio percorso per ACCREDITAMENTO RLCP)

- Identificare il professionista cui affidare la funzione di **Coordinamento** della rete, individuato tra i clinici palliativisti dell'azienda sanitaria che operano in una delle strutture che costituiscono la rete.
- Identificare un **organismo tecnico di coordinamento**, costituito dai referenti dei singoli nodi, rappresentativo di tutte le figure professionali presenti nella rete di cure palliative al fine di definire gli strumenti utili all'integrazione e alle attività trasversali, per pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.
- Identificare, per ogni **Nodo** (Ospedale, Hospice, Domicilio, Ambulatorio) un gruppo tecnico di lavoro che si occupi di sviluppare i criteri di accesso al nodo, le interfacce, i percorsi organizzativi che si realizzano dalla segnalazione/presa in carico all'exitus, prevedendo tutti gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici, le modalità di attivazione dell'equipe specialistica, gli strumenti per valutare la performance ed i percorsi formativi.

Elemento di trasversalità della RLCP: **Piani di Formazione**

In continuità con i significativi interventi formativi degli anni precedenti si propone

- Formazione in CP di base per infermieri ADI e MMG dei tre distretti rimandato causa pandemia COVID19
- Costruzione di Dossier Formativo –Progetto RER rimandato causa pandemia COVID19
- Condivisione del piano di formazione con i direttivi dei due Hospice della RLCP
- Formazione con medici e infermieri del PS e creazione interfaccia

## Eventuali interventi/politiche integrate collegate

---

Programmi di divulgazione e di informazione ai cittadini sulle cure palliative: integrazione con mondo del volontariato locale e del non profit al fine di proseguire nell'organizzazione di eventi di sensibilizzazione (sospesi a causa COVID)

## Referenti dell'intervento

---

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

## Novità rispetto al 2019

---

Azioni previste

**Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

**Risorse dei Comuni**

---

**Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/ i professionisti</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
<b>Riferimento scheda regionale</b>	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

La nascita non è un evento puntiforme anche se, per convenzione, ciascuno è identificato da una serie di coordinate (ora e luogo sono certificati dall'anagrafe), non avviene in un minuto, in realtà si tratta di una fase dell'esistenza, di lungo percorso che si sviluppa in un anno, dal concepimento al puerperio. Garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza al parto e al puerperio, significa quindi strutturare le prestazioni definendole all'interno di un percorso secondo la logica di presa in carico e attenzione in tutte le fasi, in quanto è noto che co questi momenti sono delicati e predittivi delle condizioni di forza o di debolezza che caratterizzeranno poi la vita del piccolo.

Il percorso Nascita aziendale, comprensivo degli indicatori e della descrizione delle interfacce principali tra il territorio e l'ospedale, è attivo come PDTA dal gennaio 2015. Il gruppo di lavoro costituito dai Direttori di Dipartimento delle Cure Primarie e Materno-Infantile, dai direttori delle U.U.O.O. maggiormente coinvolte (Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Psicologia Di Base), dai Responsabili Assistenziali di Dipartimento, dalle coordinatrici delle U.U.O.O. è coordinato dal direttore dell'U.O. Consultori Familiari, referente provinciale del percorso, si riunisce con cadenza trimestrale su tematiche di tipo clinico-assistenziale e gestionale e per la valutazione/monitoraggio degli indicatori.

### **Descrizione**

Il Punto nascita di Piacenza, attualmente unico a livello provinciale è un centro spoke con un volume di circa 1800 parti/anno e pertanto è allineato con i requisiti indicati nell'accordo Stato-regioni del 2010.

Obiettivi del percorso sono la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in gravidanza e il corretto ricorso al taglio cesareo.

Gli obiettivi specifici per il prossimo triennio sono i seguenti:

- Consolidare e monitorare l'attuale organizzazione dell'assistenza alla gravidanza al parto e al puerperio secondo profili assistenziali basati sui bisogni.
- monitorare i protocolli di interfaccia della gravidanza fisiologica e delle principali patologie con il punto nascita e con le unità operative maggiormente coinvolte.
- promuovere equità di accesso ai servizi territoriali in gravidanza e in puerperio, in particolare ai corsi di accompagnamento alla nascita e allo spazio mamma-bambino
- migliorare l'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo in particolare nelle classi I, IIB e IVB, V di Robson
- favorire l'approccio integrato sociale e sanitario al tema della nascita attraverso il consolidamento delle collaborazioni con i centri delle famiglie distrettuali
- promuovere la diffusione della cultura dell'importanza della nascita e dell'allattamento materno e dei primi anni di vita per la salute del bambino attraverso iniziative specifiche rivolte alla popolazione

## **Destinatari**

---

Donne, coppie in gravidanza e nel post parto e i loro bambini/e, professionisti del percorso nascita.

## **Azioni previste**

---

Coordinamento aziendale del Percorso Nascita attraverso incontri periodici trimestrali del gruppo di lavoro costituito dai direttori e dalle coordinatrici delle U.O. Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Psicologia di base.

- Registrazione puntuale dei dati, Rilevazione e Analisi almeno semestrale, con il gruppo di lavoro, dei risultati riferiti agli indicatori definiti
- Pianificazione e Implementazione delle eventuali azioni correttive/di miglioramento condivise in funzione dei risultati rilevati
- Validazione annuale, con eventuale modifica del documento PDTA

Offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita e prenotazione visita post-partum per tutte le gravide seguite nei consultori attraverso la compilazione della scheda scelte per il parto.

Offerta attiva e prenotazione di incontri in gravidanza allargati alla famiglia, in presenza delle mediatrici, il sabato mattina, quindi in orari più fruibili e con taglio prevalentemente informativo.

Partecipazione al progetto regionale l'amore a colori

Partecipazione progetto Regionale sulla prevenzione alla diagnosi cura e assistenza della sindrome depressiva post partum

Completamento della formazione specifica sul riconoscimento della violenza di genere e avvio dello screening per tutte le gravide

Consolidamento della collaborazione con i centri per le famiglie distrettuali

Promozione di un appropriato ricorso al Taglio Cesareo attraverso

- induzione programmata al travaglio di parto
- epoca di ammissione al travaglio di parto spontaneo
- sviluppo dell'attitudine di pazienti e professionisti verso il parto vaginale dopo taglio cesareo
- programmi di addestramento dei professionisti nel rivolgimento per manovre esterne (ECV) e parto operativo vaginale
- audit sulla appropriatezza nell'uso e competenza nell'interpretazione del monitoraggio elettronico fetale (EFM)
- valorizzazione del ruolo dell'ostetrica al sostegno emotivo in travaglio di parto

- corretto utilizzo e timing dell'anestesia epidurale in travaglio
- presenza di un medico dedicato alla sala travaglio-parto , senza altra responsabilità oltre a quella delle donne in travaglio

Pianificazione, in collaborazione con i centri delle famiglie, le associazioni di incontri pubblici e di seminari dedicati alle tematiche del Percorso Nascita destinati ai professionisti e al pubblico

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali  
Servizi specialistici in caso di patologie specifiche

### **Referenti dell'intervento**

---

Molinaroli M.Cristina, Responsabile dell'UO consultori familiari dell'Azienda USL di Piacenza

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali
<b>Riferimento scheda regionale</b>	38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Aree

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Sì

### Razionale/Motivazione

La Regione Emilia-Romagna ha recepito il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-19) e ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in esso proposto che deve essere attuato dalle Ausl. In particolare, considerato l'impatto del nuovo calendario, per alcune vaccinazioni è stata garantita l'offerta attiva e gratuita a partire dal 2017, mentre per altre l'offerta è stata implementata nel corso del 2018, fermo restando che i vaccini previsti nel nuovo PNPV 2017-19 sono comunque tutti ricompresi nei nuovi LEA. In attesa del nuovo PNPV anche per il 2022 sarà mantenuta l'offerta dei vaccini obbligatori e raccomandati contenuti nel PNPV 2017-2019.

L' Azienda Usl dovrà garantire, l'offerta attiva delle vaccinazioni:

- contro il meningococco B ai nuovi nati;
- contro la varicella in età pediatrica;
- contro il Papillomavirus HPV con l'avvio della chiamata attiva della coorte dei maschi (iniziata con la coorte 2006) e proseguendo la vaccinazione delle femmine e dei maschi dodicenni
- contro lo pneumococco alla coorte dei 65enni;
- contro il rotavirus ai neonati (attualmente estesa a tutti i nuovi nati)
- contro la pertosse agli adulti e alle donne in gravidanza.

Nel corso del 2022 si dovranno pertanto continuare a garantire:

- l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati (a partire dai nati dal 1-1-2018);
- l'introduzione della quinta dose di vaccino antipoliomielite nell'adolescente, a partire dalla coorte dei nati nel 2005;
- l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni.

Inoltre deve essere data piena attuazione a quanto previsto dalla legge nazionale 119/2017 e dalla Circolare regionale n. 13

del 22-12-2017 che fornisce indicazioni in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali.

## Descrizione

---

Nel corso del 2021, come previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19, occorre mantenere l'offerta attiva e gratuita della **vaccinazione contro lo pneumococco** ai 65enni. Il calendario vaccinale prevede prima una dose di vaccino coniugato 13 valente, seguita dopo un intervallo di tempo (2 mesi-1 anno), da una dose di vaccino polisaccaridico 23 valente.

Tale vaccinazione viene eseguita dai MMG e prende avvio contestualmente alla campagna antinfluenzale. Prosegue poi l'offerta alle persone di qualunque età a rischio per patologia. Per il 2021 è necessario rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione a tale vaccinazione.

Nel 2021 occorre mantenere:

- la proposta della vaccinazione **antipertossica** a tutti gli adulti in occasione del richiamo con vaccino antitetanico o anti difterico- antitetanico, e monitorare l'adesione alla vaccinazione delle donne in gravidanza ( 27esima settimana di gestazione) secondo gli accordi presi nel 2018 con i ginecologi territoriale e ospedalieri.

-l'offerta attiva della vaccinazione antitetanica-antidifterica ai 65enni, del vaccino MPR alle donne in età fertile con rubeo test negativo e ai ragazzi suscettibili nati nel 2003, della vaccinazione antitetanica-antidifterica-antipertossica e antimeningococcica con vaccino ACW135Y agli adolescenti della coorte del 2006 e 2007, della vaccinazione antinfluenzale agli ultra 65enni e ai soggetti affetti da patologie croniche, della vaccinazione contro **l'Herpes Zoster** ai 65enni e ai soggetti dai 50 anni di età ad alto rischio.

Anche nell'anno 2020 Il DSP ha mantenuto sempre attivi gli ambulatori dei soggetti cronici e delle gravide in sedi e con percorsi dedicati con lo scopo di evitare il rischio di contagio da COVID

Per migliorare l'adesione alle vaccinazioni da parte dei soggetti con patologie croniche, le lettere di dimissioni ospedaliere sono state integrate con le indicazioni sulle vaccinazioni consigliate in relazione alla patologia e viene mantenuto un ambulatorio presso il DSP dedicato con prenotazione diretta. Per agevolare l'adesione della vaccinazione antidifterica, tetanica e antipertossica alle le gravide dalla 27esima settimana di gestazione, viene mantenuto l'ambulatorio dedicato con prenotazione diretta istituito nell'autunno del 2018.

Nel corso del 2020 la pandemia da Sars CoV2 ha impattato , con la stessa violenza che ha dimostrato sulla salute della collettività, anche sull'attività della nostra Azienda. La Pediatria di Comunità, occupandosi delle vaccinazioni pediatriche 0-13 anni che costituiscono una fondamentale attività di prevenzione, ha sempre mantenuto attivi i propri ambulatori vaccinali anche durante il momento di maggiore emergenza epidemica riorganizzando la sua attività con lo scopo di evitare di esporre i minori ed i loro famigliari a contatti a rischio in ambiente sanitario.

Per la tutela degli utenti e del personale sono state applicate le indicazioni di sicurezza ministeriali, regionali ed aziendali riguardanti l'utilizzo dei DPI, la sanificazione degli ambienti ed il distanziamento interpersonale. Inoltre i genitori sono stati-~~sono tuttora~~ contattati il giorno prima dell'appuntamento per valutare, attraverso una breve anamnesi, lo stato di salute del bambino e dei conviventi e l'eventuale sussistenza di controindicazioni all'accesso in struttura (contatti con soggetti Covid positivi, indicazione all'isolamento domiciliare). Nella telefonata si confermava inoltre data ed ora dell'appuntamento e si raccomandava la massima puntualità. Consentito l'ingresso ad un solo genitore. Queste indicazioni organizzative (fatta eccezione per le telefonate) sono mantenute anche per il 2022 e fino a nuovi aggiornamenti regionali ed aziendali.

Anticipando le indicazioni regionali del 17.03.20, dal 02.03.20 le sedute vaccinali sono state rimodulate fissando gli appuntamenti in modo da evitare affollamento nelle sale d'attesa e limitando le chiamate attive prediligendo le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate del primo anno di vita (esavalente, anti pneumococco, antimeningococco B, antirotavirus) fino alle prime dosi di anti morbillo-parotite-rosolia-varicella e antimeningococco ACWY dei 13-15 mesi. Dalla seconda metà di aprile 2020 sono gradualmente ripresi gli appuntamenti per la vaccinazione anti HPV degli adolescenti (dando precedenza alle seconde dosi a chiusura del ciclo vaccinale) e per i richiami di legge del 5-6° anno di vita. Per garantire il corretto distanziamento dell'utenza e per utilizzare nella maniera più proficua il personale della PdC è stato aumentato il numero delle sedute vaccinali e sono state accorpate le attività di alcune sedi periferiche. Anche per l'anno 2022 sono organizzate tutte le chiamate attive e gli inviti per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste per l'età pediatrica fino alla vaccinazione HPV dei dodicenni secondo le modalità e le tempistiche previste dalle indicazioni regionali e dal calendario vaccinale.

Prosegue anche per il 2022 la proficua collaborazione con i di-PLS, utile anche nelle prime settimane di riapertura per affrontare le perplessità e le paure dei genitori che mostravano difficoltà ad uscire dalle proprie abitazioni per il timore di contrarre

l'infezione ed esporre i figli al rischio del contagio. Inoltre, il contatto telefonico personale con la descrizione dettagliata delle misure adottate per garantire un accesso tutelato ha permesso, e ~~permette tuttora~~, di acquisire la loro fiducia e favorire gli accessi agli ambulatori evitando la presenza in struttura di minori o accompagnatori sintomatici o in isolamento fiduciario o quarantena.

Per quanto riguarda l'età pediatrica 0-13 anni, nel 2020 l'iter di recupero dei soggetti inadempienti previsto dalla L 119 / 2017 è proseguito, in misura sensibilmente ridotta, anche nei mesi di emergenza Covid; non è stato invece possibile mantenere attivo l'ambulatorio ad accesso libero per ovvie ragioni di gestione degli spazi e degli ingressi. Questa attività di recupero e di applicazione della L119/2017 ripresa nel 2021 a pieno regime proseguirà come da indicazioni di legge anche nel 2022; gli appuntamenti ad accesso libero sono attualmente organizzati in seguito a richiesta dei genitori nel rispetto delle indicazioni relative alla gestione degli accessi.

Tale procedura legata al recupero ed al controllo dei soggetti inadempienti ed ai colloqui con i genitori esitanti, continua a richiedere un cospicuo impegno ed ha costretto, anche in epoca pre-Covid, a riprogrammare il numero delle sedute vaccinali per fornire un'adeguata risposta alla popolazione. Tale incremento dell'attività vaccinale legata al percorso di recupero e di adempienza agli obblighi vaccinali, dovrà essere mantenuto ancora nel lungo periodo.

Dal 2017 (anno di entrata in vigore della legge) sono stati organizzati ambulatori dedicati ai soggetti inadempienti secondo la L119/2017 dove effettuare i recuperi vaccinali necessari per rientrare negli adempimenti di legge o svolgere i colloqui con i genitori secondo le indicazioni della normativa vigente e le successive circolari regionali attuative; tali ambulatori sono stati mantenuti anche nel 2019, nel 2020 (con le modalità descritte più sopra), nel 2021 e verranno garantiti anche nel corso del 2022. E' stata inoltre avviata, come da indicazioni regionali, la procedura per la gestione delle sanzioni amministrative, attualmente in corso di aggiornamento.

Dal 2018 la vaccinazione **antimeningococco B** è stata proposta attivamente a tutti i nuovi nati; si è mantenuta la proposta attiva anche nel 2019, nel 2020, nel 2021 e nel 2022 applicando il calendario a 3 dosi previsto per l'età con modifica del calendario vaccinale regionale (a seguito di variazione dell' RCP del vaccino utilizzato) che prevede 2 dosi nel primo anno di vita ( 91° e 151° giorno ) e richiamo al 14° mese, a sei mesi di distanza dalla seconda dose (invece del calendario a 4 dosi precedentemente indicato per l'età dalla scheda tecnica del vaccino ed applicato nel 2018).

Dal 2018, sempre in occasione del primo appuntamento vaccinale, è stata proposta attivamente anche la vaccinazione **antirotavirus** a tutti i nuovi nati. Nel 2020 è proseguita l'offerta attiva con passaggio da 2 a 3 dosi, a seguito dell'introduzione di una nuova tipologia di vaccino. Per il 2022 è prevista ancora l'offerta attiva con il vaccino a tre dosi.

Anche nel 2022 la vaccinazione **anti varicella** sarà offerta attivamente e gratuitamente:

- ai nati 2017 ( obbligati per legge ) in cosomministrazione con MPR e antiMeningococco ACWY

- ai soggetti suscettibili in occasione del richiamo previsto nel 5°-6° anno di vita (per i nati prima del 2017) o di altre vaccinazioni consigliate. Sarà inoltre eseguita gratuitamente in tutti i bambini suscettibili che ne faranno richiesta.

Per quanto riguarda la vaccinazione **anti HPV** nel 2018 è stata ultimata la vaccinazione delle femmine nate nel 2006 ed è iniziata la chiamata attiva tramite lettera della coorte dei maschi 2006 . Nel 2019 verrà completata la coorte dei maschi 2006 e si procederà alla chiamata attiva tramite lettera della coorte 2007 (femmine e maschi). Nel 2020, causa epidemia da Sars CoV2, gli appuntamenti in corso e le chiamate attive per la vaccinazione anti papillomavirus sono state sospese a marzo su indicazione regionale e gradualmente reinserite in agenda a partire dalla seconda metà di aprile. Attraverso l'individuazione di sedute vaccinali aggiuntive sono state recuperate le dosi rimandate della coorte 2007, completata la chiamata attiva dei nati 2008 e 2009 (maschi e femmine) ed avviata la chiamata attiva della coorte di nascita successiva

Per favorire l'informazione e migliorare l'adesione alle vaccinazioni è stato utilizzato e distribuito ai genitori il materiale informativo preparato dalla regione "Le vaccinazioni nell'infanzia e nell'adolescenza. Perché , quando e come: informazioni per i genitori". Abbiamo inoltre aggiornato con informazioni e link utili il sito aziendale nella parte dedicata alle vaccinazioni pediatriche e predisposto nuovo materiale informativo da distribuire ai genitori.

Come da indicazione della L119/2017 e successive circolari regionali sono state mantenute le modalità di scambio dei dati tra le istituzioni del sistema nazionale d'istruzione, i servizi educativi per l'infanzia, i centri di formazione professionale regionale e le scuole private non paritarie e la nostra Azienda al fine di accertare la situazione vaccinale degli iscritti per l'Anno scolastico 2022/2023

Anche nel 2022 proseguiranno le attività di informazione rivolte alla cittadinanza e le attività di formazione rivolte agli operatori sanitari e saranno mantenute le attività finalizzate all'applicazione di quanto disposto dalla L. 119 del 31 luglio 2017 in tema di obblighi vaccinali.

Anche nel 2022 saranno incrementate le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie

## Destinatari

---

Età pediatrica 0-16 anni; donne in gravidanza; coorte 65enni, adulti, soggetti affetti da patologie croniche

## Azioni previste

---

Chiamata attiva delle coorti interessate; offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni; incremento delle sedute vaccinali; allestimento e mantenimento di ambulatori vaccinali dedicati alle vaccinazioni ai soggetti affetti da patologie croniche e all'attuazione della campagna vaccinale contro l'Herpes Zooster ai 65 enni; recupero dei soggetti 0-16 anni non correttamente vaccinati o inadempienti agli obblighi vaccinali e mantenimento di ambulatori con sedute dedicate.

### Obiettivo 2022:

- Copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia e dell'adolescenza (a 24 mesi) 95%
- Copertura Vaccinale per la vaccinazione contro il Meningococco B al 1° anno (2 dosi) 80% ↑
- Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV ragazze dodicenni 75%
- Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV ragazzi dodicenni 70%↑
- Nuovo obiettivo: Copertura vaccinale per la vaccinazione anti meningococco ACWY 80%

## Istituzioni/attori sociali coinvolti

---

PLS; MMG; Medici specialisti ospedalieri e del territorio

## Novità rispetto al 2019

---

DESCRIZIONE, AZIONI PREVISTE

## Novità rispetto al 2021

---

AZIONI PREVISTE

## Preventivo di Spesa

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

## Risorse dei Comuni

---

## Altre Risorse

---

<b>Titolo</b>	<b>Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti. Consultorio giovani</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
<b>Riferimento scheda regionale</b>	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	AUSL DI PIACENZA
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arece

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

Il consultorio Giovani svolge attività di prevenzione nelle scuole superiori presenti sul territorio.

### Descrizione

PROGETTO LOVE IN SCHOOL Destinatari Studenti del 2° e 3° anno degli Istituti superiori di secondo grado del Distretto.

Finalità ed articolazione del progetto. Il progetto si occupa di salute affettiva e sessuale, mira alla prevenzione di comportamenti a rischio in tale ambito, alla riflessione in merito a maternità/paternità responsabili, alla prevenzione di gravidanze indesiderate, di interruzioni volontarie di gravidanza, di malattie sessualmente trasmissibili. È stato verificato che la conoscenza diretta degli operatori e degli spazi del Consultorio Giovani favorisce l'accesso al servizio consentendo ai ragazzi di esprimere più

spontaneamente le proprie richieste. Si propone di realizzare in ambito scolastico un intervento, condotto dagli operatori (psicologa, ostetrica, educatore), di informazione capillare sull'attività del Consultorio Giovani, che permetta ai ragazzi e alle ragazze di riconoscere e orientare precocemente i propri bisogni e le proprie richieste verso il servizio. Prevede 2 incontri di 2 ore ciascuno con le classi individuate, condotti da ostetrica/ginecologa e psicologa/educatore del Consultorio Giovani in compresenza I° INCONTRO: finalizzato a stabilire una relazione fra operatori e ragazzi, a far conoscere gli operatori e le attività del Consultorio Giovani, ad individuare i bisogni della singola classe per calibrare l'intervento successivo. Contenuti-stimolo per la discussione: funzione sessuale, affettività, identità personale, mondo relazionale, individuazione dei temi da approfondire e conseguente progettazione con la classe nel 2° incontro. II° INCONTRO: è mirato ad approfondire e/o affrontare contenuti significativi quali: sviluppo psicosessuale, contraccezione, malattie sessualmente trasmesse (MST), ruoli sessuali, identità sessuale e di genere, a partire dagli interessi e dalle domande poste dai ragazzi. Si richiede la disponibilità di n. 1-2 ore per il/i docente/i referente/i della classe coinvolta per 2 momenti di confronto con gli operatori: uno preliminare all'intervento in classe ed uno a posteriori. Al bisogno, è possibile per le scuole chiedere un incontro in classe con l'andrologo.

Nel progetto Love in School nell'anno scolastico 2019-20 sono state coinvolte 11 classi Seconde per un totale di 205 studenti. Sono state programmate le attività nelle classi per ii mesi di febbraio- aprile 2020 ma a causa dell'emergenza sanitaria e la chiusura delle scuole in quel periodo rispetto a tutte le attività extra scolastiche, non è stato possibile effettuare gli interventi a scuola.

È stato invece realizzato il percorso di formazione del **gruppo di peer educator** che in forma sperimentale si è avviato nell'anno scolastico 2019/20 come evoluzione del progetto Love in school. Sono stati selezionati e coinvolti 12 ragazzi del Liceo Volta e Istituto Casali che hanno svolto la formazione in modalità in presenza e da remoto, condotto da operatori del Consultorio Giovani in connessione con il Progetto Distrettuale Promuovo Benessere.

Nell'anno scolastico 2020/21 si è realizzato il progetto Love in School presso il Polo Superiore Volta di Castel San Giovanni e Borgonovo coinvolgendo le 11 classi Seconde per un totale di 210 ragazzi; 5 classi sono state realizzate con la metodologia classica sopradescritta e condotte da psicologa /educatore e ostetrica mentre altre 6 classi sono state condotte con la metodologia della Peer education attraverso il gruppo di pari formato e il supporto degli operatori.

Si intende nell'anno scolastico 2021/22 proseguire con questa modalità mista di intervento ("classico" e peer education), si intende inoltre proseguire con la formazione di un nuovo gruppo di pari selezionato fra le classi Terze.

Si segnala inoltre l'apertura della sede distrettuale di Spazio Giovani a partire da Dicembre 2020 presso la Casa della Salute di Borgonovo; il martedì pomeriggio sono presenti su appuntamento la psicologa, l'ostetrica e la ginecologa per consulenze, visite e informazioni.

Il Consultorio Giovani è in stretta connessione con il Centro Famiglie del Distretto di Ponente e con il servizio Tutela Minori in un'ottica di integrazione e di cooperazione sempre in essere.

## **Destinatari**

---

Studenti scuole superiori del Distretto e Insegnanti- classi Seconde e Terze

## **Azioni previste**

---

- Attivazione corsi di prevenzione e promozione del benessere con metodologia di Peer education
- consulenza a libero accesso per adolescenti, genitori e insegnanti

## **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Gli interventi sono connessi alle altre attività esistenti sul territorio per gli adolescenti; gli operatori del Consultorio partecipano attivamente alla realizzazione del progetto distrettuale di psicologia scolastica "Promuovo benessere" nei diversi livelli di attività.

## **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Azienda AUSL

## **Referenti dell'intervento**

---

MOLINAROLI MARIA CRISTINA, DELLAGLIO CHIARA

## **Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

## **Risorse dei Comuni**

---

## **Altre Risorse**

---



<b>Titolo</b>	<b>Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
<b>Riferimento scheda regionale</b>	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arece

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

In Italia negli ultimi decenni sono intervenuti profondi cambiamenti culturali sociali e demografici che hanno determinato un posticipo della transizione alla genitorialità. L'età media per la prima gravidanza nel 2016 è infatti 31 anni in Italia e 32 in Emilia Romagna. Ciò contribuisce significativamente a un aumento del gap tra fecondità desiderata e fecondità effettiva per l'avvicinarsi, per il primo figlio, a quelle età che sono anche il limite biologico alla procreazione. Inoltre sono ormai consolidate in letteratura le evidenze scientifiche che comprovano, ai fini della preservazione della fertilità

- l'importanza di conoscere e aver cura della propria salute riproduttiva e sessuale fin dall'adolescenza
- la criticità derivata dall'attuale carenza di informazione, in particolare di quella "referenziata" (a vantaggio invece, di un'ampia disponibilità di dati "spazzatura" accessibili sul web),
- la diagnosi precoce di alcune patologie ginecologiche che se tempestivamente diagnosticate e trattate, possono essere curate con successo
- l'adozione di comportamenti sessuali responsabili e di corretti stili di vita proteggono la fertilità.

Nell'ambito della rete delle cure primarie, le sedi consultoriali costituiscono un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psicorelazionale della popolazione, sono un servizio a bassa soglia di accesso e utilizzato in modo privilegiato dagli utenti giovani. Per questo motivo uno spazio finalizzato alla preservazione della fertilità e alla promozione della salute sessuale relazionale e riproduttiva nei giovani adulti si colloca quindi nella nostra azienda all'interno del consultorio Familiare in continuità di metodologia e di approccio con l'esperienza del Consultorio Giovani, avvalendosi dell'esperienza ultradecennale di professionisti già formati,

### Descrizione

Secondo le indicazioni della DGR 1722/17, lo Spazio Giovani Adulti che ha come obiettivo generale la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli dei giovani adulti da 20 a 34 anni e la preservazione della fertilità. Gli obiettivi specifici sono i seguenti: • informare sull'evoluzione della capacità riproduttiva nel corso della vita e su come proteggerla, evitando comportamenti che possono metterla a rischio; • promuovere attivamente stili di vita sani a protezione della salute riproduttiva e della fertilità; • fornire un'assistenza sanitaria qualificata per la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie dell'apparato riproduttivo femminile e maschile endometriosi, MST e PID, PCOS, malformazioni uterine, criptorchidismo, infiammazioni delle vie seminali, varicocele, alterazioni ormonali; • effettuare una consulenza contraccettiva al fornire gli strumenti idonei alla pianificazione familiare consapevole. Tale spazio è stato identificato all'interno del consultorio familiare di Piazzale Milano, 6 a Piacenza, ad accesso libero(senza impegnativa del medico) tramite appuntamento. Le/gli utenti da ogni sede consultoriale dei

distretti periferici sono indirizzati dall'ostetrica ( con prenotazione contestuale) all'ambulatorio specifico per richiesta diretta oppure dopo una visita ginecologica dopo una valutazione iniziale, in casi definiti da un protocollo concordato. In questo spazio si offre l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nei seguenti ambiti: • Malattie sessualmente trasmissibili e prevenzione AIDS; • Pianificazione familiare; • Stili di vita e salute riproduttiva; • Preconcezione; • Patologie ginecologiche specifiche (endometriosi,PCOS); • Patologie andrologiche più frequenti in età giovanile; • Problematiche sessuali/relazionali e di coppia; • Infertilità di coppia. I professionisti che costituiscono l'équipe base sono ginecologa/o, psicologa/o e ostetrica/o; l'andrologo garantisce periodicamente la sua presenza per le consulenze maschili. E' prevista la possibilità dell'invio diretto a professionisti dedicati quali dermatologo, infettivologo, urologo e al secondo livello diagnostico in casi specifici.

### **Destinatari**

---

Giovani di età compresa tra 20 e 34 anni

### **Azioni previste**

---

Istituire lo spazio Giovani Adulti c/o il Consultorio Familiare di Piazzale Milano,6 a Piacenza con accesso diretto su appuntamento e definire l'invio da parte dei professionisti consultoriali  
Definire e redigere i protocolli di attività clinica dei professionisti dell'équipe di base riguardanti la presa in carico la consulenza e la cura per i principali temi trattati e la metodologia del lavoro dell'équipe.  
Progettare e redigere in modo integrato con i professionisti di riferimento protocolli e percorsi facilitati per le consulenze specialistiche e per l'accesso ai secondi livelli diagnostico-terapeutici.  
Organizzare un evento formativo sul tema in integrazione con i professionisti del dipartimento materno-infantile rivolto ai medici di medicina generale e agli operatori della casa della salute  
Organizzare interventi informativi rivolti alla popolazione generale per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità, della prevenzione della sterilità e la pubblicizzazione del servizio.

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Azienda USL/centri per le famiglie /centri di aggregazione giovanile/terzo settore

### **Referenti dell'intervento**

---

Molinaroli Maria Cristina

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Medicina di genere nell'approccio alla malattia cronica</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	9 Medicina di genere
<b>Riferimento scheda regionale</b>	9 Medicina di genere
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

La medicina di genere ed il suo progressivo approfondimento rappresentano un approccio innovativo alle disuguaglianze di salute a partire dalle condizioni predisponenti, dall'insorgenza ed evoluzione della malattia, dai sintomi, dalla diagnosi e prognosi fino ai trattamenti farmacologici e non. Tali disuguaglianze hanno radici non solo in una differente appropriatezza diagnostico-prescrittiva, ma hanno origine anche da disuguaglianze sociali, culturali, psicologiche, economiche e politiche. In particolare per quanto concerne le malattie croniche che estendono il loro impatto per tutta la durata della vita un approccio multidisciplinare alle malattie stesse, con uno sguardo alla differenza di genere, è argomento di grande attualità che coinvolge in modo trasversale diverse professioni e discipline sanitarie ma si affaccia anche su determinanti della salute più tipici dell'ambito sociale. La percezione dello stato di salute sta acquisendo una sempre maggior importanza sia nella valutazione dell'impatto che una determinata patologia ha sulla qualità di vita delle persone, che nel determinare gli obiettivi terapeutici per giudicare l'efficacia di uno specifico trattamento.

### **Descrizione**

In partnership con AIDM (associazione scientifica nazionale che partecipa alla stesura dei LEA) si vuole affrontare nella formazione e nella rilevazione dei dati quanto l'aderenza ai percorsi di cura in ambito di malattia cronica sia condizionata dalle differenze di genere. E' un dato che le malattie croniche, che colpiscono i singoli individui, possono compromettere la qualità della vita. La prevenzione e il controllo di queste malattie avviene, in primo luogo, attraverso la riduzione dei fattori di rischio comuni e modificabili e attraverso un'adeguata adesione a percorsi di cura. Un approccio integrato alle malattie croniche non può dunque prescindere dalle differenze di genere perché diverso fra uomini e donne il comportamento nei confronti dei fattori di rischio individuali, così come diversi sono anche gli effetti dei determinanti impliciti dello stato di salute. In questo contesto acquista sempre maggiore importanza riuscire ad identificare quali siano le differenze di genere nella prevenzione, nel decorso della malattia e nel trattamento terapeutico per migliorare qualità di vita e benessere sia a livello individuale che sociale. L'attività da svolgere riguarda la formazione specifica degli operatori del settore con tempi e momenti definiti e calendarizzati e a seguire la rilevazione dei fattori di rischio predisponenti e la tipologia di adesione ai percorsi di cura delle patologie croniche negli ambulatori della cronicità delle case della salute o delle medicine di gruppo.

### **Destinatari**

I destinatari delle attività sono per la formazione professionisti sanitarie e sociali, per l'analisi dei comportamenti agisti i pazienti con malattia cronica accedenti ai percorsi di cura Aziendali.

## Azioni previste

---

Gli ambiti d'intervento da prevedersi sono cinque:

- 1) Formazione dei professionisti dei PDTA cronicità
- 2) Rilevazione dei fattori di rischio distinti per genere
- 3) Rilevazione dell'aderenza ai percorsi distinti per genere
- 4) Analisi dei dati per identificare azioni di accompagnamento idonee distinte per genere
- 5) Diffusione del dato scientifico rilevato

In seguito alla compromissione di molteplici servizi destinati alla presa in carico dei pazienti cronici conseguente alla necessità di destinare figure professionali a servizi di emergenza pandemica, nell'anno 2020 e nel primo semestre dell'anno 2021 pur mantenendo costante la rilevazione delle adesioni ai percorsi distinte per genere e per area geografica degli ambiti di riferimento, non è stato possibile garantire la partecipazione dei professionisti a più di un evento formativo regionale sulle differenze di genere in corso di malattia epatica e a tre distinti eventi di nucleo su PDTA BPCO all'interno dei quali sempre si è data enfasi alla differenza di genere in termini di prevalenza di malattia e di adesione al percorso di cura

Si è iniziato, malgrado il proseguimento del periodo pandemico nell'anno 2021, un progressivo percorso di sviluppo di modalità di gestione delle condizioni clinico-patologiche genere specifiche attraverso l'istituzione e lo sviluppo del progetto "Ospedale rosa" presso il presidio ospedaliero di Castel San Giovanni dove agire anche una sempre maggior sensibilizzazione rispetto ai determinanti che condizionano diseguità di accesso alle cure e alla assistenza

## Eventuali interventi/politiche integrate collegate

---

Si ritiene che all'interno di questo approccio AIDM rappresenti un interlocutore privilegiato, in grado di rendere concreta l'opportunità di garantire una più appropriata diagnosi, cura ed assistenza alla popolazione con malattia cronica afferente ai percorsi di cura. La stessa società scientifica si fa portavoce a livello sovra-aziendale dei risultati raccolti

## Istituzioni/attori sociali coinvolti

---

AUSL, Case della Salute, AIDM

## Novità rispetto al 2021

---

AZIONI PREVISTE

## Preventivo di Spesa

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

## Risorse dei Comuni

---

## Altre Risorse

---

<b>Titolo</b>	<b>ANIMAZIONE RELAZIONALE SERT DI PONENTE</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
<b>Riferimento scheda regionale</b>	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	AUSL DI PIACENZA
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arce

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	Sì
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

• Garantire la continuità e la sinergia tra interventi di promozione alla salute e di prevenzione e cura per il target adolescenti e giovani, in rete con altri progetti promossi da servizi pubblici e privati e sempre rivolti al target giovanile. • Unire contenuti informativi con interventi formativi, attraverso proposte di animazione relazionale e attività di sensibilizzazione dei contesti di riferimento (luoghi di aggregazione, scuole, centri giovanili, ecc...)

### Descrizione

Il SerDP di Ponente attraverso la Cooperativa L'Arco di Piacenza promuove da anni attività di animazione relazionale finalizzate a:

1. intercettare precocemente nella popolazione target comportamenti e situazioni potenzialmente a rischio.
2. Informare sulla rete dei servizi di promozione alla salute, di trattamento e cura per la popolazione giovanile.

### Destinatari

Pre-adolescenti e adolescenti nei loro contesti formali e informali e adulti di riferimento ( genitori, insegnanti, educatori etc.)

### Azioni previste

Interventi nelle scuole secondarie di primo o secondo grado, luoghi di aggregazione e centri giovanili sull'uso corretto dei social e sui rischi dell'uso eccessivo di internet .

Interventi animativi- formativi sulla prevenzione di comportamenti e stili di vita a rischio quali il consumo eccessivo di alcol, l'uso di sostanze psicotrope, i rischi legati all'uso del tabacco, la pervasività delle offerte di gioco d'azzardo etc.... Attività di formazione per adulti (operatori, insegnanti, educatori) sul gioco d'azzardo, gli eccessi da internet etc.

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

SerDP Ponente, Cooperativa "L'Arco" di Piacenza, Scuole secondarie e Istituti professionali del territorio, Centri di aggregazione giovanile, etc.

### **Referenti dell'intervento**

---

Maurizio Avanzi

### **Novità rispetto al 2019**

---

azioni previste

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Health Literacy nelle Case della Salute</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)
<b>Riferimento scheda regionale</b>	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa 27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	No
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Si
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	Si
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

L'Health Literacy è correlata alla Literacy, e si riferisce alla conoscenze, motivazioni e competenze necessarie alle persone per accedere, capire, valutare e utilizzare le informazioni sulla salute, al fine di esprimere opinioni e prendere delle decisioni nella vita di tutti i giorni rispetto all'assistenza sanitaria, alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute, e di mantenere o migliorare così la qualità della propria vita. E' un'interpretazione innovativa della relazione tra paziente ed empowerment, e nasce dalla consapevolezza che gli interventi basati esclusivamente sulla comunicazione non sono riusciti ad ottenere risultati significativi.

Nei setting sanitari, le informazioni sulla salute sono spesso inaccessibili, perché vi è una asimmetria tra il livello di literacy richiesto dai servizi sanitari e le reali competenze di literacy dell'adulto medio. La riflessione sull'Health Literacy ha portato, quindi, a sviluppare regole e strumenti specifici per facilitare la comprensione delle informazioni fornite agli utenti dei servizi sanitari.

Nella recente esperienza dell'Ausl di Piacenza, un percorso partecipativo ha evidenziato come un luogo cardine per l'orientamento dei cittadini nell'accesso ai servizi sanitari sia costituito dalle case della Salute, realtà cui il cittadino accede più frequentemente rispetto ai reparti ospedalieri. In questo contesto, una delle azioni proposte e condivise con i cittadini che hanno partecipato al percorso è stata la realizzazione di carte dei servizi partecipate. La realizzazione di carte dei servizi partecipati, infatti, può facilitare l'orientamento dei cittadini attraverso vari fattori:

- riducendo il livello di Literacy richiesto per accedere ai servizi, grazie alla condivisione dei contenuti, del linguaggio e degli strumenti comunicativi, che potranno risultare maggiormente accessibili e ritagliati sulle esigenze della comunità;
- contribuendo a formare cittadini di riferimento e volontari, maggiormente informati e pertanto in grado di incidere sulle modalità di funzionamento del sistema. Questi cittadini possono contribuire a incrementare i livelli di literacy della comunità di riferimento.

Un aspetto particolare dell'health literacy, inoltre, riguarda la capacità degli operatori di aumentare la capacità di capire e accogliere le informazioni sulla salute anche in chiave preventiva. Rispetto a questo tema, si è registrata, negli scorsi anni, la positiva esperienza dei corsi di formazione sul modello transteorico del cambiamento, già proposti ai Responsabili Organizzativi delle Case della Salute, per i quali esiste un rodato sistema di monitoraggio di impatto.

Negli anni 2018-19 gli interventi hanno coinvolto le Case della Salute di Carpaneto e della Val Tidone, per le quali è stata

realizzata la guida ai servizi nell'ambito di percorsi partecipativi che hanno messo in connessione il mondo sanitario, sociale e le iniziative di promozione della salute attivate sui territori, e si è avviato un percorso "CommunityLab" che ha iniziato a favorire la condivisione delle esperienze maturate nei singoli territori per realizzarne la ricaduta su tutte le case della salute della provincia. E' stata inoltre realizzata una procedura aziendale, condivisa con i servizi interessati, per l'applicazione del modello transteorico del cambiamento dei comportamenti a rischio per la salute in diversi ambiti dell'azienda USL di Piacenza.

Le attività sono state interrotta dall'esplosione della pandemia COVID-19, che ha richiesto una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario per la fase emergenziale. Nel corso della rimodulazione 2021 era stato ipotizzato di riprendere le attività più sfidanti a condizione che l'epidemia non avesse impegnato eccessivamente i servizi territoriali Ausl, condizione che, purtroppo, non si è avverata. Anche l'ipotesi, formulata nell'anno 2021, di una sostanziale remissione dell'epidemia nel corso dell'inverno 2021-22 non è stata confermata, ed è stato necessario posticipare ulteriormente la ripresa dei processi partecipativi. E' stato, tuttavia, possibile riprendere le attività di formazione dei professionisti sanitari rispetto ai temi dell'health literacy ed è stata realizzata la progettazione del sito web aziendale secondo un modello "people centered", che sarà messo online nel corso del 2022.

## Descrizione

---

Ci si propone di attuare interventi per facilitare l'orientamento e l'accesso dei cittadini, e il loro livello di literacy.

Nel corso del 2022 ci si propone di riprendere la ricostruzione di reti territoriali

## Destinatari

---

Destinatari intermedi: personale sanitario e amministrativo operante presso le Case della Salute attive nell'Ausl di Piacenza, operatori sociali dei distretti, rappresentanti dell'associazionismo, Comitati consultivi misti, organizzazioni sindacali e liberi cittadini interessati all'organizzazione dei sistemi sanitari

Destinatari finali: tutti i cittadini

## Azioni previste

---

Azioni previste in fase di programmazione (2019):

1. Realizzazione di carte dei servizi partecipate, a supporto di azioni di orientamento, con il coinvolgimento realtà associative, Comitati Consultivi Misti, associazioni sindacali e singoli cittadini interessati, presso le Case della Salute, redatte coerentemente con i principi e le tecniche dell'"Health Literacy"
2. Realizzazione di corsi sull'"Health Literacy" per tutto il personale sanitario e amministrativo delle Case della salute.
3. Formazione sul modello transteorico del cambiamento e la comunicazione efficace (minimal advice) per promuovere corretti stili di vita per il personale afferente ad ambiti individuati come prioritari (i.e. 2018 ROCS; 2019 operatori sociali; 2020 personale degli ambulatori cronicità) e diffusione dell'utilizzo del sito web "Mappa della salute" ([www.mappadellasalute.it](http://www.mappadellasalute.it)) come strumento per il collegamento con le opportunità del territorio a supporto del minimal advice.

Azioni previste nell'anno 2022:

1. Aggiornamento costante delle guide alle case della salute già realizzate; convocazione rappresentanze del volontariato ed elaborazione di un cronoprogramma per l'ricoinvolgimento delle reti comunitarie nelle attività delle case della salute già coinvolte
2. Prosecuzione dei corsi di formazione sull'health literacy a favore di personale sanitario (in particolare medici di medicina generale in formazione)
3. per quanto riguarda le azioni di cui al punto 3, si evidenzia come queste siano state assunte nel Piano regionale della Prevenzione 2021-25, e si prevede quindi di riprendere la loro attuazione secondo il cronoprogramma previsto da quella programmazione regionale.

Revisione del sito web aziendale secondo un modello "people centered"

### **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Piano Regionale della Prevenzione: progetti 2.5 e 6.5  
Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25 – PP2 “comunità attive”

Piano Regionale della Prevenzione 2021-25 PP02 "comunità attive"

Piano Regionale della Prevenzione 2021-25 PL20 "sani stili di vita: dalla promozione alla presa in carico"

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Ausl di Piacenza, Comuni, LILT, organizzazioni sindacali, Comitati Consultivi Misti, associazioni rilevanti negli ambiti territoriali delle Case della salute, LILT.

### **Referenti dell'intervento**

---

Giorgio Chiaranda Martina Croci

### **Novità rispetto al 2021**

---

RAZIONALE MOTIVAZIONE

AZIONI PREVISTE

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
<b>Riferimento scheda regionale</b>	11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	Sì
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Sì

### **Razionale/Motivazione**

L'emergenza sanitaria affrontata nel 2020 e 2021 ci ha condotto ad un radicale ripensamento dei percorsi di sviluppo dei servizi sanitari e socio sanitari, e coerentemente anche dell'approccio con cui sostenere e diffondere una cultura dell'equità aziendale.

A conclusione del laboratorio , coordinato dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Innovazione sociale, sul tema dell'equità che ha visto coinvolte L'Azienda Usl di Piacenza e l'Azienda Usl e l'AOU di Parma, nel corso del 2021 è stato avviato un percorso di a lavoro interno che ha condotto alla attualizzazione del Piano Aziendale Equità.

Il Piano Aziendale Equità, che è nato integrato con il Piano Prevenzione Aziendale, mette a fuoco i principali temi e processi su cui l'azienda USL di Piacenza intende sviluppare equità. L'obiettivo è arrivare a definire nel corso del 2022 un piano di azioni triennale, coerente con la strategia aziendale, in corso di definizione e l'assunzione del PRP locale deliberato nel 2021. Non da ultimo tutte le sinergie che emergeranno dalle innovazioni richieste a livello territoriale dal DM71, nonché del nuovo PSSR.

### **Descrizione**

In generale, le metodologie e gli strumenti di programmazione dei servizi sanitari tesi ad assicurare equità, accompagnate dall'azione del board aziendale, devono promuovere comportamenti pro-attivi, continuando a diffondere strategie che consentano pari chances di fruizione dei servizi e delle opportunità di prevenzione a tutta la popolazione.

Il ruolo trasversale del board equità in supporto alla direzione generale, come previsto dalle indicazioni Regionali, supporta la diffusione di strumenti e metodologie di lavoro orientate all'equità, ricorrendo alle strumentazioni e al supporto fornito dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. Gli obiettivi ai quali rivolgere l'attività di programmazione e innovazione intendono:

- Rendere la comunità professionale della Ausl consapevole rispetto a quello che già la azienda sta facendo in termini di equità, oltre che di soffermarsi sull'impatto organizzativo di meccanismi e processi che sostengono le suddette azioni.

- Responsabilizzare gli operatori alla costruzione di un ambiente/contenitore comune in cui collocare le azioni a supporto dell'equità.
- Orientare i gruppi di lavoro a uno spostamento di prospettiva, dalla logica dei target (attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili) a quella delle capabilities (attenzione alla capacitazione degli utenti e al modo in cui le differenze individuali si ricombinano e si interfacciano col sistema dei servizi creando vulnerabilità e potenziali diseguaglianze).
- Evidenziare le connessioni con il processo di accreditamento, la progettazione partecipata e le azioni legate ad altri temi riconducibili all'ambito dell'equità (es. umanizzazione, health literacy, medicina di genere...).

## **Destinatari**

---

La popolazione tutta, con particolare attenzione alle categorie maggiormente vulnerabili

## **Azioni previste**

---

A livello aziendale :

- Modifica dei componenti del board aziendale, introducendo il responsabile del Piano Prevenzione e coerente valorizzazione Board aziendale sull'equità ;
- Adozione aziendale del Piano Triennale delle Azioni sull'equità;
- Condivisione con CCM aziendale;
- Redazione ed avvio PDTA contro stereotipi e discriminazioni
- Avvio applicazione del PDTA 2019 – Sorridiamo alla salute orale nella persona con bisogni speciali – programma di prevenzione e cura odontoiatriche, per gli utenti fragili in carico alle strutture residenziali e semi-residenziali convenzionate con Ausl di Piacenza
- Corso di formazione/informazione aziendale contro stereotipi e discriminazioni

A livello regionale:

- Implementazione degli strumenti equity assessment nel programma del Piano della Prevenzione Regionale attraverso coordinamento delle attività aziendali, formazione, supporto tecnico/metodologico
- Piattaforme formative in tema di equità rispetto delle differenze e contrasto alle diseguaglianze, sia nei confronti degli utenti che degli operatori (L.R. 6/2014)
- Adozione di analisi epidemiologiche per valutare l'impatto di politiche e programmi in ordine al tema
- Implementazione di sistemi di sorveglianza delle diseguaglianze, del benessere e della vulnerabilità in età infantile

## **Referenti dell'intervento**

---

DASS

## **Novità rispetto al 2019**

---

Razionale/motivazione, descrizione e azioni previste

## **Novità rispetto al 2021**

---

RELAZIONALE/MOTIVAZIONE

AZIONI PREVISTE

## **Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022**

0,00 €

**Risorse dei Comuni**

---

**Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>L'ICT -TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE -COME STRUMENTO PER UN NUOVO MODELLO DI E-WELFARE</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare
<b>Riferimento scheda regionale</b>	35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Si

### **Razionale/Motivazione**

Nel contesto del piano sociale e sociosanitario regionale l'ICT (Information and Communications Technology) può aiutare a promuovere, con gli strumenti tecnologici di cui dispone, la partecipazione attiva alla società dell'informazione attraverso la pianificazione e il sostegno di una serie di iniziative fra vari settori.

In questo ambito si fa riferimento in particolare ai Servizi di telemedicina nelle aree disagiate della nostra Regione ovvero nelle zone montane, e più specificatamente, secondo la definizione del Ministero della Salute di aree disagiate, nelle aree "ubicate ad una distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di primo livello".

### **Descrizione**

Il Progetto è finalizzato all'implementazione di Servizi di Telemedicina nelle aree disagiate della Regione Emilia- Romagna. Nelle aree geograficamente meno accessibili, soprattutto a causa delle difficoltà nei collegamenti, l'offerta dei servizi sanitari può risultare non adeguata rispetto alle necessità dei residenti con il conseguente rischio di creare discriminazioni nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il ricorso a strumenti tecnologici avanzati, quali l'Information and Communication Technologies (ICT) appare la soluzione migliore per garantire il diritto alla salute dei cittadini soprattutto in termini di prevenzione, diagnosi e monitoraggio.

"I Servizi di Telemedicina nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso della Regione Emilia Romagna" prevedono di erogare tali servizi a pazienti residenti in aree montane e affetti da malattie croniche (diabete, BPCO, scompenso cardiaco), in via prioritaria attraverso le Case della Salute quale luogo privilegiato per la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la continuità assistenziale." L'azione sperimenta particolari percorsi assistenziali, condivisi con i servizi di medicina generale, che prevedono l'impiego di strumenti di monitoraggio a distanza delle principali patologie croniche, prevenzione delle complicanze, gestione domiciliare delle terapie. È realizzata sia nel Distretto Levante della AUSL di Piacenza sia nel Distretto Valli Taro e Ceno della AUSL di Parma.

La Giunta Regionale con propria deliberazione n. 648/2015 ha approvato il Progetto dal titolo "Implementazione dei Servizi di Telemedicina nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso della Regione Emilia Romagna" denominato più semplicemente Progetto Regionale di Telemedicina. In estrema sintesi il Progetto regionale prevede l'implementazione dei servizi di telemedicina nelle zone caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso che per la nostra regione coincidono con le aree montane. Nel dettaglio i servizi di telemedicina verranno erogati a favore dei pazienti residenti in aree montane e affetti da malattie croniche quali diabete, BPCO e scompenso cardiaco. I servizi di telemedicina, quali servizi di assistenza sanitaria erogati attraverso l'ICT appaiono la migliore soluzione per garantire alla popolazione che risiede in zone disagiate equità di accesso alle cure, miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente e appropriatezza delle prestazioni. L'implementazione dei Servizi di Telemedicina nelle zone disagiate permetterà di muovere le informazioni diagnostiche e i dati sanitari anziché il paziente, migliorandone la qualità di vita. I servizi di telemedicina che verranno implementati nelle aree disagiate saranno finalizzati prevalentemente all'attività di monitoraggio dei parametri vitali e bioindicatori. L'erogazione dei servizi di telemedicina (per diagnosi e prevenzione secondaria) avverrà in via prioritaria per il tramite delle Case della Salute quale luogo privilegiato in cui si realizza la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la continuità assistenziale, e che tali servizi siano erogati a favore di pazienti con patologie croniche, più frequenti nella popolazione anziana e fragile. Nello specifico verranno monitorate le seguenti patologie croniche:

- Diabete mellito
- Scompenso cardiaco
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO

L'attuazione del progetto regionali si articola in 4 fasi che sono:

Fase I – Individuazione popolazione target (attraverso l'uso della tecnica di analisi denominata "Location Analytics"),

Fase II – Identificazione del fabbisogno sanitario (all'identificazione dei bisogni sanitari espressi dalla popolazione target individuata si è provveduto tramite la metodologia statistica dello strumento del Risk-ER, elaborata dalla Regione Emilia-Romagna, che permette di predire nella popolazione adulta (>=18 anni) il rischio di ospedalizzazione per problemi di salute, la cui ospedalizzazione o progressione sono potenzialmente evitabili attraverso cure appropriate a livello territoriale;

Fase III – Progettazione e attuazione dei servizi di Telemedicina;

Fase IV – Analisi e indicatori.

## Destinatari

---

Cittadini, professionisti delle Case della Salute

## Azioni previste

---

Per completare la Fase I e II del progetto regionale, nel corso dell'anno 2017 l'Azienda USL di Piacenza ha provveduto a:

1. identificare quale CdS partecipante al progetto la Casa della salute di Bettola
2. identificare l'ambulatorio da attrezzare per accogliere la strumentazione e renderlo idoneo a garantire l'implementazione dei servizi di telemedicina verificare la dotazione minima di arredi e attrezzature
3. verificare la connettività di rete identificare almeno un'infermiere dell'ambulatorio infermieristico della cronicità
4. sui criteri di coinvolgimento degli assistiti in base agli elenchi forniti è stato programmato l'iniziale coinvolgimento dei diabetici e poi a seguire scompensati e affetti da BPCO
5. individuare come ospedale di riferimento a cui inviare i dati diagnostici monitorati nell'ambulatorio della CdS, il "Guglielmo da Saliceto" di Piacenza

Per l'attuazione della Fase III – Progettazione e attuazione dei servizi di Telemedicina è stato condiviso dal Gruppo Operativo regionale (istituito con Determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Welfare e Salute n. 16900/2017) e approvato con determinazione n. 5394/2018 il Piano Operativo del Progetto regionale di Telemedicina; lo stesso è stato presentato nel corso dell'incontro con i Referenti Aziendali del progetto del 21 febbraio 2018.

La finalità principale di questo Piano Operativo è quella di definire le attività da implementare per l'attuazione del Progetto regionale di Telemedicina e definire ruoli e funzioni di tutti gli attori coinvolti.

Nel dettaglio le attività previste sono l'acquisizione dell'infrastruttura tecnologica e dei dispositivi (marzo 2018) da parte dell'Azienda USL di Parma a cui è stato affidato il coordinamento tecnico-amministrativo del progetto e successivamente la dotazione e consegna degli stessi dispositivi (settembre 2018) con sottoscrizione di un contratto di comodato tra l'Ausl di Parma e le Aziende sanitarie partecipanti al progetto.

Per ciò che concerne l'implementazione dei servizi e dei percorsi assistenziali, si ribadisce che il setting organizzativo individuato per la presa in carico della fragilità è la Casa della Salute, nello specifico l'equipe della gestione integrata della cronicità (MMG e Infermieri dell'ambulatorio della cronicità).

In sintesi, le azioni successive riguarderanno (inizio attività - settembre 2018):

- L'Individuazione degli assistiti eleggibili;
- La formazione/addestramento dei professionisti della Casa della Salute (Infermieri, MMG, altri);
- La redazione o integrazione del PAI degli assistiti coinvolti, in cui tra gli interventi individuati ci sia l'indicazione al telemonitoraggio, teleassistenza e/o telerefertazione condiviso con i pazienti e familiari/caregiver;
- La formazione e l'addestramento agli assistiti e familiari/caregiver coinvolti nel progetto;
- L'avvio all'utilizzo di tali strumenti;
- Il monitoraggio previsto dal PAI e dal presente Piano Operativo.

Lo scopo dell'intervento formativo sarà triplice:

- a. una presa di contatto con le strumentazioni ed i device che verranno utilizzati nel progetto, sulle loro prestazioni e sulle condizioni di utilizzo (profilo tecnico);
- b. la definizione del disegno organizzativo del progetto e dei ruoli dei diversi attori coinvolti (profilo organizzativo);
- c. la condivisione degli output attesi e delle ricadute sui percorsi assistenziali agiti nelle Case della Salute (profilo clinico).

Spetterà poi alle figure di riferimento di ciascuna Casa della Salute diffondere e consolidare nozioni e procedure con i vari soggetti coinvolti nel progetto (professionisti sanitari, assistiti, caregivers, famigliari, ...).

Successivamente a questa fase di formazione avverrà (ottobre 2018) la profilazione e la configurazione della piattaforma con individuazione dei Key user aziendali.

La fase IV - Analisi e indicatori che corrisponde sostanzialmente alla fase di monitoraggio sarà implementata a partire dal gennaio 2019 fino alla conclusione del progetto fissata a marzo 2019.

Nello specifico il Progetto è finalizzato in via prioritaria alla sperimentazione di un modello organizzativo capace di valorizzare l'apporto della Telemedicina nell'ambito dei servizi sanitari territoriali incentrati sulle Case della Salute; in questa prospettiva l'azione di monitoraggio si centerà non tanto su indicatori di efficacia clinica (poco

adeguati in ragione della limitata durata temporale e della limitata numerosità della casistica coinvolta) quanto piuttosto su indicatori capaci di fornire indicazioni utili in merito alla trasferibilità del modello in altri contesti territoriali regionali.

La Case della Salute sperimentatrice di Bettola sarà dotata di appositi strumenti per la raccolta delle informazioni utili al monitoraggio del progetto.

Verranno poi somministrati due questionari di gradimento, uno rivolto agli utenti coinvolti nel progetto e l'altro ai professionisti sanitari di riferimento (equipe multidisciplinari). Obiettivo dei questionari sarà cogliere e valorizzare l'esperienza vissuta dai partecipanti al progetto, per cercare di cogliere attraverso il punto di vista

qualificato dei due gruppi di protagonisti ulteriori elementi per valutare compiutamente la trasferibilità del progetto (attività di competenza dell'Azienda USL di Piacenza).

Verranno effettuati incontri periodici con il Gruppo Operativo ed i referenti Aziendali finalizzati a verificare lo stato del avanzamento del Progetto, anche al fine trovare soluzioni e azioni migliorative alle eventuali criticità che dovessero emergere.

Entro la scadenza fissata dal Ministero della Salute per la conclusione del Progetto fissata a Marzo 2019 l'Azienda USL di Piacenza dovrà predisporre una Relazione sulle

attività svolte e sui risultati ottenuti.

Sulla base di tali relazioni la Regione predisporrà la Relazione finale dando evidenza delle scelte organizzative fatte e del disegno complessivo del Progetto, nonché della rendicontazione delle spese sostenute.

In considerazione della valenza strategica che questo Progetto riveste per la Regione,

la sperimentazione verrà mantenuta oltre la scadenza di Marzo 2019 per un ulteriore anno al fine di monitorarne le attività in

modo più approfondito ed esaustivo. Pertanto il termine ultimo di questa fase sperimentale sarà il 31 Marzo 2020.

Durante il mese di febbraio 2020 sono stati inviati i nominativi degli operatori che avrebbero dovuto accedere alla piattaforma di telemedicina (Infermieri, MMG, altri).

Sempre durante il mese di febbraio 2020 sono stati ritirati i device da utilizzare per la progettualità in questione ma l'avvento della pandemia ha reso impossibile proseguire la sperimentazione e pertanto il tutto è stato tenuto bloccato fino all'inizio di ottobre 2020.

Dopo la temporanea interruzione dovuta all'emergenza sanitaria da Covid-19, è stato ritenuto opportuno riprendere le attività per l'attuazione del Progetto regionale di Telemedicina che oggi più che mai rappresenta un'importante occasione per sperimentare la gestione dell'assistenza sanitaria da remoto.

Per consentire la progressiva ripresa delle attività, è risultato necessario garantire agli operatori delle Case della Salute di utilizzare in modalità sperimentale l'applicativo regionale ed i relativi dispositivi, con l'obiettivo di garantire la piena operatività dei servizi entro la fine dell'anno 2020.

A completamento della formazione per l'utilizzo dell'Applicativo regionale di Telemedicina e dei dispositivi di monitoraggio ad esso collegati, destinata agli operatori sanitari e conclusa alla fine dello scorso anno, sono stati forniti i seguenti documenti scaricabili al link <https://tm.ausl.pr.it/manuali/>:

- "Manuale Tecnico Requisiti (Manuale\_Tecnico\_Requisiti\_rev.1.pdf)" e "Manuale Utente (ManualePCS\_2.1.pdf)" che forniscono indicazioni sull'utilizzo del nuovo Applicativo di Telemedicina;

- "Manuale Assistenza (Manuale\_Assistenza\_rev.1.pdf)" che forniscono indicazioni a operatori e pazienti in caso di malfunzionamenti dell'applicativo e/o dei dispositivi medici in dotazione;

ed è stato allegato il documento relativo alle "Linee di indirizzo operative" redatte dal Gruppo Operativo del Progetto che contengono le indicazioni organizzativo-assistenziali per l'erogazione dei Servizi di Telemonitoraggio.

Per condividere le modalità di ripresa delle attività sopra richiamate è stata convocata una riunione operativa in videoconferenza il 12 Ottobre 2020.

Durante tale incontro è stato possibile prendere accordi per eventuali interventi formativi specifici (uno per Azienda) rivolti ai team delle Case della Salute coinvolte nel Progetto.

Dopo detta riunione l'anno 2020 si è concluso con l'accordo che al fine di dare corso ad un ulteriore incontro formativo per l'utilizzo della piattaforma di telemedicina, è stata sollecitata durante il mese di dicembre 2020 l'invio dell'elenco degli Operatori individuati e confermati per il progetto Telemedicina relativo alla CDS di Bettola.

Tale elenco si è reso necessario per poter organizzare l'incontro formativo nel mese di Gennaio 2021 per dare seguito alla fase di lavoro sul campo.

Il progetto Telemedicina presso la Casa della Salute di Bettola è stato reso operativo tra il mese di aprile e quello di giugno 2022 con il reclutamento di un numero di assistiti superiore a quello previsto (19 in totale), con la consegna dei device previsti e con la formazione per l'assistito e il care giver relativamente al loro utilizzo.

## **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

La progettualità è stata condivisa con la Responsabile Organizzativa della Casa della Salute e con tutti gli MMG del Nucleo Cure Primarie che fa riferimento alla CdS di Bettola.

La stessa progettualità è sostenuta con le azioni previste dal progetto Montagna Solidale per i comuni di Ferriere, Farini, Bettola, che sarà esteso a Ponte dell'Olio, e dalla scheda intervento n.1.1 *Area interna Appennino Piacentino Parmense con l'introduzione dell' Infermiere di comunità* con funzioni di informazione e orientamento dell'utenza nel relazionarsi col sistema dei servizi territoriali, in particolare quelli dedicati agli anziani e di assistenza domiciliare ai pazienti cronici presso le loro abitazioni, in rete con tutto il sistema dei servizi sanitari e sociali territoriali (rafforzati dai nuovi interventi della Strategia).

## **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Nell'ambito del distretto di Levante: Sindaci dell'Unione dei Comuni Alta Val Nure, Servizi Sociali Territoriali dell'Unione Alta Val Nure, Associazioni del territorio.

### **Referenti dell'intervento**

---

Referente Dipartimento Cure Primarie Distrettuale Dr. Gaetano Cosentino; Infermiera Coordinatore della CdS Vertone Canio/Ottilia Fabio; Referente Sistemi Informatici Tiziano Grassi; Referente Ingegneria Clinica Ing. Sara Menini /Matteo Franzosi

### **Novità rispetto al 2019**

---

razionale/motivazione, descrizione, azioni previste

### **Novità rispetto al 2021**

---

AZIONI PREVISTE

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
<b>Riferimento scheda regionale</b>	2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Aree

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Si

### Razionale/Motivazione

A partire dagli standard nazionali previsti con il DM 70/2015, contestualizzati alla realtà regionale con la DGR 2040/2015, si è avviato il percorso di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale e in particolare della rete ospedaliera.

I punti cardine della revisione organizzativa possono riassumersi in:

- Ripuntualizzare le discipline hub & spoke individuate dalla programmazione regionale, che stabilisce bacini, unità organizzative, gli assetti di rete e le relazioni
- Portare 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 post-acuzie tenuto conto del saldo di mobilità), mantenendo una visione di carattere regionale
- Attuare una riorganizzazione che tenga conto dei volumi e degli esiti per le principali patologie in cui è comprovato che all'aumentare dei volumi le complicità si riducono

Tale mandato legislativo è stato recepito e adattato alle specificità del territorio piacentino all'interno di un percorso di condivisione ampio e partecipativo di professionisti sanitari, attori istituzionali e rappresentanti della società civile, avviato da luglio 2015, che ha portato alla stesura e validazione a giugno 2017 de "Il Piano di organizzazione e sviluppo della Sanità di Piacenza", documento strategico per la ridefinizione della rete ospedaliera, territoriale e delle linee di sviluppo aziendale.

Nel piano si dettagliano gli obiettivi strategici aziendali che prevedono modifiche significative alla rete di offerta aziendale. In particolare si descrive:

- La **riorganizzazione della rete ospedaliera** con la specializzazione delle strutture presenti
- Il **potenziamento della rete territoriale** con la costituzione di presidi territoriali, le Case della Salute, luogo fisico e istituzionale dell'offerta territoriale, in cui si integrano i servizi sanitari, assistenziali e socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento
- L'avvio di una **nuova modalità di presa in carico dei pazienti con lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutico-Assistenziali**, funzionale alla continuità della cura e al raggiungimento di un maggior livello di appropriatezza nella gestione delle patologie più complesse, soprattutto quelle croniche, attraverso l'azione integrata e coordinata dei diversi professionisti, ospedalieri e territoriali, coinvolti.

La pianificazione strategica definita secondo gli obiettivi sopra descritti non può, però, esimersi da modifiche e integrazioni conseguenti all'epidemia COVID avvenuta a partire dal febbraio 2020: diventa pertanto necessario un aggiornamento operativo di quanto previsto nel piano di riordino.

L'emergenza pandemica che ha interessato pesantemente il territorio provinciale ha confermato e rimarcato la necessità di proseguire la riorganizzazione dell'offerta sanitaria secondo due principi: il rafforzamento della rete territoriale e la qualificazione dei singoli ospedali.

## Descrizione

---

La rete ospedaliera della AUSL di Piacenza è ad oggi costituita da tre ospedali, quello generale di Piacenza, l'Ospedale di Castel San Giovanni, l'Ospedale di Fiorenzuola d'Arda, servendo un bacino di utenza di circa 300.000 abitanti, di cui un terzo residenti in città. L'Ospedale di Bobbio è stato trasformato in Ospedale di Comunità nel dicembre 2016, ed ad oggi inserito in un percorso di riorganizzazione che ha valutato le caratteristiche per Ospedale di Montagna, per il quale la Regione ha espresso parere favorevole il 27/06/2022.

L'obiettivo principale della riorganizzazione è quello di assicurare alla popolazione della provincia il mantenimento delle strutture ospedaliere del territorio, in una rete in cui tutti gli stabilimenti siano in grado di assolvere in maniera autonoma e qualificata ai bisogni più frequenti, maggioritari e prevalenti del bacino di riferimento, in particolare della componente anziana. Al tempo stesso, per poter garantire adeguati volumi per le patologie in cui è comprovato che migliori esiti sono conseguenti a un numero minimo di casistica, si è proceduto alla specializzazione degli ospedali: la concentrazione dei servizi, infatti, consente da un lato di creare dei poli ad altissima competenza clinica ed elevati standard di sicurezza e qualità, dall'altro di dare una forte identità, immediatamente riconoscibile, a ciascuna struttura, unica garanzia di sopravvivenza nel medio-lungo periodo.

La rete ospedaliera provinciale odierna presenta strutture in rete perfettamente complementari, in grado di rispondere alle esigenze di garanzia di equità di accesso ai diversi servizi e, al contempo, di garantire un'offerta sanitaria di elevata qualità, senza sovrapposizioni, diseconomie e inefficienze.

### Ospedale di Piacenza:

L'ospedale è la struttura provinciale di riferimento per tutte le specialità e per i casi ad alta complessità tecnico-professionale e organizzativa, in particolare per le patologie urgenti/emergenti chirurgiche e mediche, la patologia oncologica, l'assistenza ostetrico-ginecologica e pediatrica, la specialistica medica di II livello.

Nella logica *hub & spoke*, l'Ospedale di Piacenza rappresenta quindi l'hub provinciale per l'offerta sanitaria. Il ruolo di nodo centrale all'interno della rete di offerta provinciale è ulteriormente confermato dagli interventi di potenziamento e messa in sicurezza dei reparti di UTIR, Terapia Intensiva e delle semintensive, la presenza di discipline direttamente coinvolte (Malattie Infettive e Pneumologia) e di servizi diagnostici come la Microbiologia, la Patologia clinica o la Radiologia attivi h24, hanno reso l'Ospedale di Piacenza il centro di riferimento per il ricovero dei pazienti COVID-positivi con vari gradi di sintomatologia.

### Ospedale di Castel San Giovanni:

L'ospedale di Castel San Giovanni è il riferimento provinciale per la chirurgia programmata caratterizzata prevalentemente da degenza fino a 5 giorni, mantenendo comunque un'area per le degenze più lunghe riservate a interventi chirurgici programmati a più alta intensità di cura.

Tale funzione è stata rimarcata nel 2020 quando, dopo la prima fase emergenziale durante la quale la struttura ha dedicato l'intera dotazione di posti letto ai pazienti COVID (uno dei primi ospedale COVID in Italia), a partire dal mese di settembre lo stabilimento ospedaliero è stato utilizzato al massimo delle sue potenzialità per la chirurgia elettiva. Da fine ottobre, inoltre, con l'identificazione di Castel San Giovanni come ospedale COVID-free si è ulteriormente potenziata la sua funzione di *hub* per la chirurgia d'elezione, accogliendo anche la chirurgia maggiore che, per disponibilità tecnologiche e carichi assistenziali poteva essere trasferita dalla sede centrale di Piacenza.

Il mantenimento della Terapia Intensiva garantisce le funzioni di cure intensive e sub-intensive a supporto sia dell'attività internistica, che di quelle specialistica, cardiologica e chirurgica e si è dimostrata fondamentale per la gestione dei pazienti COVID-positivi durante la fase pandemica del primo semestre 2020 che ha visto l'ospedale di Castel San Giovanni configurarsi come COVID-hospital provinciale.

Dalla fine dell'anno 2021, inoltre, l'Ospedale di Castel San Giovanni ha assunto il ruolo di nuovo punto di riferimento delle donne piacentine per la cura della propria salute sotto la denominazione di Ospedlae della donna. Il progetto mira a concentrare in un'unica struttura risposte diverse e integrate per la cura multidisciplinare di molte patologie della donna (chirurgia senologica, chirurgia ginecologica, chirurgia plastica, chirurgia colonproctologica, patologie post menopausa e disturbi del metabolismo osseo, patologie cardiovascolari, medicina riabilitativa della donna).

### **Ospedale di Fiorenzuola d'Arda:**

All'interno della rete ospedaliera provinciale, l'ospedale Unico della Val d'Arda è la struttura a vocazione riabilitativa focalizzato sull'alta complessità dell'intera Emilia Nord, che, al contempo, deve rispondere ai bisogni del territorio di pertinenza, garantendo servizi e prestazioni di tipo medico, diagnostico e specialistico.

Il 18/12/2020 si sono conclusi i lavori di realizzazione del blocco B. La nuova struttura presenta sei piani totali con una superficie utile lorda di oltre 8.000 mq. al suo interno trovano collocazione le unità operative e le funzioni prima attive presso gli stabilimento di Villanova d'Arda e in quota parte di Castel San Giovanni.

Lo stabile è stato attivato a marzo 2021 con il trasferimento dell'unità spinale e riabilitazione intensiva di Villanova sull'Arda e con la collocazione ad aprile della UO Riabilitazione Respiratoria.

Con l'operatività del nuovo edificio, presso l'ospedale di Fiorenzuola si concentreranno tutte le funzioni riabilitative specialistiche presenti sul territorio piacentino e sarà possibile lo sviluppo di quelle oggi non presenti:

- Unità Spinale
- Unità di Neuroriabilitazione con Nucleo Gracer
- Unità di Riabilitazione Cardio-Respiratoria
- Unità di Riabilitazione Ortopedica

A partire dal 9 Maggio 2022 lo stabilimento di Fiorenzuola d'Arda ha visto l'attivazione del nuovo reparto Neuroriabilitazione Gravi Cerebrolesioni Acquisite con 10 posti letto.

La collocazione dell'Unità Spinale all'interno del polo riabilitativo di Fiorenzuola consente di conseguire il rispetto dei più alti standard assistenziali, tecnologici e di accreditamento, essenziali per la permanenza dell'Unità Spinale nella provincia di Piacenza: area sub-intensiva, contiguità a un polo radiologico con TAC e RMN, alte tecnologie e specialisti dedicati.

L'ospedale di Fiorenzuola così strutturato costituirà il nodo sanitario del "Distretto delle mielolesioni e della disabilità" affiancandosi e integrando la rete di offerta territoriale con il Centro Paralimpico di Villanova sull'Arda e in stretta sinergia con la sede del corso universitario di Fisioterapia dell'Università di Parma, adiacente allo stabilimento ospedaliero.

### **Ospedale di Bobbio:**

La struttura di Bobbio è la perfetta sintesi tra l'Ospedale di Comunità, così come definito da normativa, e la necessità di garantire a un territorio vasto ed esclusivamente montano, l'accesso a servizi e prestazioni ospedaliere di primo livello.

L'ospedale di comunità di Bobbio è una struttura con 24 posti letto collocata all'interno di strutture ospedaliere che riorganizzano una parte delle funzioni assistenziali, valorizzando il ruolo del personale infermieristico; l'assistenza medica è assicurata da medici dipendenti. Nella struttura di Bobbio sono presenti il punto di primo intervento (PPI), in rete con i PS degli altri ospedali provinciali, gli ambulatori specialistici, incluso il Day Service onco-ematologico, il centro dialisi, la diagnostica radiologica tradizionale ed ecografica, e laboratoristica.

Bobbio possiede le caratteristiche geografiche e logistiche compatibili con l'istituzione di un Ospedale di Montagna posto in zona disagiata: la pandemia COVID ha ribadito la necessità di disporre di strutture ospedaliere flessibili e modulabili avvalorando l'importanza degli stabilimenti ospedalieri periferici.

Con la Regione è in corso un percorso di formale conversione della struttura in "ospedale di Montagna", in accordo con la Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria.

### **La rete territoriale:**

Il D.M. 70/2015 e la DGR 2040/2015 stabiliscono che le Aziende sanitarie del Sistema Sanitario Nazionale devono investire sul potenziamento del territorio, al fine di rispondere in modo efficace ai bisogni dei cittadini e, al contempo, recuperare efficienza e qualità. Questa operazione è necessaria innanzitutto per rispondere in modo puntuale ed efficace ai mutati bisogni di cura, assistenza e presa in carico della popolazione di riferimento, in particolare, per la gestione delle cronicità.

Il Piano di riordino dell'ambito territoriale di Piacenza identifica nelle Case della Salute, le macro-strutture organizzative a base della riorganizzazione dell'offerta dei servizi specialistici e delle nuove modalità di presa in carico dei pazienti sul territorio.

La Casa della Salute costituisce la dimensione geografico-territoriale e di prossimità del Dipartimento di Cure Primarie, in una nuova logica organizzativa "per funzioni" che è stata formalizzata con la modifica dell'assetto organizzativo del Dipartimento di Cure Primarie (Delibera n°68 del febbraio 2019), superando gli obsoleti sistemi organizzativi geografici e strutturali.

Inoltre l'esigenza, all'interno del Dipartimento di rafforzare il coordinamento tra tutte le UU.OO. e i professionisti che concorrono all'erogazione dei servizi territoriali nelle sedi delle Case della Salute, al fine di massimizzare l'integrazione professionale e multidisciplinare nello svolgimento delle attività rivolte a ogni tipologia di utenza, ha condotto a istituire il Programma

dipartimentale "Primary Care nelle Case della Salute". Il Programma, che comprende le UU.OO. Complesse Governo Clinico Territoriale, Organizzazione Territoriale, Assistenza Primaria e Governo della specialistica ambulatoriale, ha la finalità principale di massimizzare l'integrazione tra le suddette UU.OO. nello svolgimento delle attività di competenza all'interno delle Case della Salute.

La rete territoriale aziendale è oggi costituita da:

- 8 Case della Salute, attivata nel 2019 quella di Piacenza
- 12 ambulatori per la cronicità
- 9 ambulatori infermieristici, tra cui la nuova attivazione a Lugagnano

Nel corso del 2019 si è ulteriormente sviluppata e implementata l'attività degli Ambulatori infermieristici presenti in tutte le Case della Salute attive e nelle future sedi di Case della Salute (Lugagnano, Fiorenzuola, Bobbio) con la presa in carico proattiva, la gestione integrata dei pazienti cronici e il potenziamento delle prestazioni specialistiche, a titolo d'esempio, l'estensione dell'attività specialistica diabetologica presso le Case della Salute di Borgonovo Val Tidone, Carpaneto e presso alcune Medicine di Gruppo complesse.

Sempre nel 2019 si è avviata la chiamata attiva per l'effettivo arruolamento dei pazienti nel PDTA della BPCO, con coinvolgimento dei MMG per la definizione della coorte dei pazienti affetti da tale patologia e si sono sviluppati alcuni progetti di Community Building in collaborazione con Comitati Consultivi Misti e associazioni di volontariato presso le Case della Salute di Borgonovo, Monticelli, Cortemaggiore, Carpaneto P.no.

Il potenziamento della rete territoriale si è dimostrato fondamentale per affrontare l'epidemia di Sar-COV-2 che come tutte le malattie infettive e contagiose si deve combattere sul territorio: la creazione delle USCA il 20 marzo 2020, una delle prime realtà in Italia, ha rappresentato la chiave di volta nella gestione dell'epidemia e assicurato precocità e continuità di presa in carico dei pazienti.

Relativamente alle attività sviluppate sul Territorio, nell'anno 2020 si è necessariamente rilevata una loro evoluzione dovuta ad un percorso di adattamento alle norme imposte dalla situazione e di riorganizzazione dei servizi per far fronte a necessità di cura e assistenza straordinarie: ne è derivato un certo grado di stravolgimento dei servizi. Le case della salute da ambito fondamentale di presa in carico dei pazienti cronici si sono adattate a fornire supporto ad altre strutture e hanno dato origine a percorsi innovativi di presa in carico al domicilio dei pazienti affetti da COVID 19. In qualche modo la loro attività ha garantito una sorta di "gemmazione" di interventi nelle case dei pazienti. Le scelte strategiche si indirizzano progressivamente, più che sugli spazi fisici, sulle funzioni da svolgere e sulle mansioni di coordinamento della domiciliarità.

In tal senso, risulta ulteriormente rinsaldata nel corso del biennio 2020/21 una delle principali direttrici del Piano di Organizzazione e Sviluppo approvato nel 2017: il rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Il potenziamento della dotazione territoriale piacentina, in termini di infrastrutture, tecnologie e personale resosi indispensabile per contrastare l'epidemia, andrà a consolidare quanto già previsto e avviato con il piano di riordino nel 2017: gli investimenti straordinari, previsti per tamponare la fase emergenziale, costituiranno modifiche strutturali e permanenti nelle dotazioni e modalità operative a disposizione del territorio.

Il recente DM 77/2022 offre ulteriori indicazioni e sviluppi, sia standard specifici sia per servizi già impiantati o sperimentati sul territorio (quali la casa della salute/comunità, l'assistenza domiciliare, l'OSCO), sia per nuovi servizi territoriali quali le centrali operative territoriali, il numero telefonico 116117, le unità di continuità assistenziali. La recentissima diffusione conduce all'esigenza di accompagnare il percorso di approfondimento della materia a tutti i soggetti istituzionali, professionali e alle diverse organizzazioni del territorio. Per questo nel corso del 2022 prendono avvio una serie di interventi di disseminazione, formazione e approfondimento con tutti i soggetti istituzionali, secondo uno sviluppo accordato con la conferenza territoriale sociosanitaria, tra l'altro coinvolta direttamente nelle attività.

Relativamente agli investimenti per il potenziamento delle strutture a supporto dell'assistenza territoriale, l'Azienda USL di Piacenza a partire dalla seconda metà del 2021, a seguito di confronti e specifica corrispondenza con la Regione Emilia Romagna, quale tramite per il Ministero della Salute e AGENAS, ha individuato gli interventi da finanziare con le risorse previste per la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Gli interventi candidati dall'Azienda sono stati recepiti e formalizzati con la DGR 219 del 21/02/2022 con la quale la Regione Emilia Romagna assegna alle Aziende Sanitarie e agli Enti del SSR le risorse per la realizzazione degli investimenti approvando gli interventi stessi.

Per l'Azienda USL di Piacenza sono stati approvati i seguenti interventi:

Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:

- 6 interventi per Case di Comunità:
  - o Piacenza – Belvedere
  - o Piacenza – Piazzale Milano
  - o Fiorenzuola

- o Cortemaggiore
- o Borgonovo Val Tidone
- o Rottofreno – San Nicolò
- 3 interventi Centrali Operative Territoriali:
  - o Piacenza
  - o Cortemaggiore
  - o Borgonovo Val Tidone
- 2 interventi Ospedali di Comunità:
  - o Piacenza
  - o Castel San Giovanni

Inoltre, Ausl, in accordo con i sindaci delle aree interne piacentine e con i direttori di Distretto, presenta progetti per concorrere ai finanziamenti PNRR Missione n. 5 "Inclusione e Coesione" del Piano nazionale ripresa e resilienza Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" Investimento 1: "Strategia nazionale per le aree interne" Linea di intervento 1.1.1 "Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità". Nello specifico: per rafforzare la rete di elisoccorso, per adeguare funzionalmente una struttura ambulatoriale a Pianello, e per istituire una rete di infermieri e ostetriche di comunità per le aree interne, completando il progetto con un ingente investimento informativo.

### **Destinatari**

---

Cittadini pazienti del Servizio Sanitario Regionale e i suoi professionisti

### **Azioni previste**

---

Per la sintesi delle azioni previste, si rimanda al piano delle azioni approvato in Conferenza Territoriale Socio Sanitaria <http://www.ausl.pc.it/ctss/>

### **Novità rispetto al 2019**

---

razionale/motivazione, descrizione

### **Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
<b>Riferimento scheda regionale</b>	32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Anche nei primi mesi del 2022, con la ripresa delle attività scolastiche e il minore grado delle misure di contenimento, l'incremento massiccio dei contagi, ha reso nuovamente necessario ampliare la recettività degli ospedali all'assistenza dei pazienti COVID, a scapito delle attività ordinarie di assistenza specialistica.

Il continuo confronto regionale ha ovviamente consentito di attivare le riorganizzazioni in sinergia con le evidenze scientifiche e l'andamento pandemico, ed in linea con gli indirizzi della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

Sono conseguentemente state superate le direttive inerenti i tempi di attesa nell'epoca pre-pandemia.

In tema di specialistica ambulatoriale ci si è concentrati sul recupero degli standard pre covid e sul mantenimento della presa in carico dei pazienti oncologici e cronici, in tema di ricoveri programmati chirurgici si sono concentrate le risorse residuali sulla gestione di pazienti oncologici o con altre patologie non procrastinabili, garantendo naturalmente le urgenze ed i trapianti di organo.

Pur avendo profuso tutto lo sforzo aziendale necessario, anche in termini di ampliamento delle sinergie con il Privato accreditato, la carenza di specialisti ha reso difficile il mantenimento degli standard di garanzia dei Tempi di attesa soprattutto in alcune specialità.

Per il 2021 è stato prioritario l'obiettivo della continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.

Nel 2012 è stata monitorata l'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, in particolare rispetto alla diagnostica pesante (DGR 704/13).

L'Azienda USL di Piacenza ha completato l'integrazione delle agende di prenotazione nel Sistema CUP come da indicazioni previste dalla DGR 748/2011, e ha potenziato le disponibilità di prestazioni tramite CUPWEB (DGR 1056/2015 e DGR 603/2019): in particolare, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, è stato concluso il caricamento di tutte le prestazioni di primo accesso (tipo accesso 1 e classi di priorità B,D,P della ricetta, comprese le visite di controllo con codice esenzione per patologia)

Infine sempre nel 2012 è stato oggetto di monitoraggio l'avvio di percorsi di telemedicina per la presa in carico dei pazienti cronici.

## Descrizione

---

### Obiettivo RER

*Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale*

#### Obiettivo ed indicatore

#### Target

#### Valore raggiunto

**Obiettivo: PRESCRIZIONI e PRENOTAZIONI DEI CONTROLLI – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente**

Indicatore :

- Numero di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%)

> = 80%

**Valore raggiunto : 88,6%**

Nel 2021 , su 138.773 visite di controllo totali , 122.916 sono state prescritte dagli specialisti , ospedalieri o territoriali , pari all'88,6%

(fonte ASA/ARMP/DEMA)

- Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo

> = 70%

Le prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo sono state pari all'88,16%

**Valore raggiunto:**

**88,16%**

**Obiettivo: Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line su CUPWEB regionale**

- Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie prenotabili agli sportelli CUP (%)

&gt; = 90%

Tutte le prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale sono state inserite nel catalogo di prestazioni prenotabili on line su CUPWEB

i **Valore raggiunto:****100%**

**Obiettivo: Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione nel sistema CUP aziendale/provinciale**

- Numero di agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP/numero agende totali ( pubbliche + private)%

= 100%

Tutte le agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP

**Valore raggiunto:****100%**

**Obiettivo: Attivazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti cronici attraverso le prestazioni a distanza come previsto dalla Circolare 2/2020**

- Rendicontazione prestazioni erogate a distanza

100%

Le prestazioni organizzative rendicontate per AUSL PC nel 2021 sono state :

'7558.001 COLLOQUIO TELEFONICO SIGNIFICATIVO	'7579.001 COLLOQUIO IN VIDEOCHIAMATA	TOT
8.426	594	<b>9.020</b>

**Valore raggiunto:100%**

**Obiettivo: Follow up pazienti sindrome post covid**

- Evidenza protocollo aziendale

100%

Nel 2021 sono stati seguiti circa 450 pazienti con accessi ambulatoriali .

Per il 2022 è stato predisposto un percorso per i pz con pregresso Covid con sintomatologia persistente nel tempo, che prevede la chiamata attiva dei pazienti che il MMG ritiene meritevoli di rivalutazione e l'utilizzo della modalità del DSA per gli approfondimenti diagnostici .

**Valore raggiunto:****100%**

**Obiettivo: Monitoraggio tempi attesa prestazioni con classe di priorità B ( indicatore del**

**SNG)\* \* Visita oculistica: 95.02;**  
**Mammografia: 87.37.1, 87.37.2;**  
**TAC torace: 87.41, 87.41.1;**  
**Ecocolordoppler: 88.73.5,**  
**88.77.2,**

887621; RM colonna: 88.93,  
 88.93.1; Ecografia ostetrica e  
 ginecologica: 88.78, 88.78.2,  
 88.79.7; Visita ortopedica:

89.7B.7; Visita cardiologica:  
 89.7A.3

#### Valore raggiunto complessivo: 85,8%

Le criticità di erogazione di specialistica ambulatoriale che nel corso del 2021 hanno portato ad una offerta ridotta per il perdurare della pandemia , unitamente alla carenza intervenuta di specialisti che non ha trovato adeguate risposte nella ricerca di medici sia con procedure concorsuali che con pubblicazioni di ore , non ha consentito il pieno raggiungimento dell'obiettivo , se non nelle prestazioni di mammografia , prima visita oculistica , prima visita ortopedica , Ecocolodoppler vascolare ( vedi tabella sotto riportata

- Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (\*elenco) con classe di priorità B erogate entro 10gg/numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (\*elenco) con classe di priorità B totali (%)  $\geq 90\%$

DESCRIZIONE	%
8.73.5 - E(C)D TRONCHI SOVRAAORTICI	73,1%
88.77.2 - E(C)DGRF ARTI SUP. O INF. O DISTRETTUALE	92,4%
89.7A.3 - PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	85,0%
89.7B.7 - PRIMA VISITA ORTOPEDICA	96,0%
95.02 - ES COMPLESSIVO OCCHIO	100,0%
87.37.1 - MAMMOGRF BILATERALE	91,9%
88.93 - RM COLONNA	78,5%
88.93.1 - RM COLONNA, S/e con C	64,0%
87.41 - TC TORACE	84,7%
87.41.1 - TC TORACE, S/e con C	83,5%
TOTALE	85,8%

## Destinatari

---

Tutta la popolazione

## Azioni previste

---

Per il 2021 lo sforzo organizzativo per i tempi di attesa (1 semestre) è stato condizionato dalle restrizioni per la sicurezza, nel secondo semestre 2021 ad esclusione di novembre e dicembre si è andati verso una normalizzazione della situazione che ha garantito un miglioramento dell'offerta specialistica.

La RER (Prot. 31/05/2021.0533138.U Indicazioni relative alla specialistica ambulatoriale di cui alla Circolare 2/2020 e della DGR 404/2020. Ritorno a regime numero prestazioni/ora) ha comunicato alle DDGG a fronte di una tendenziale normalizzazione della situazione epidemiologica e forti della campagna vaccinale che ha visto un notevole sviluppo nelle ultime settimane, di rimuovere gradualmente le restrizioni tornando a regime rispetto al numero di prestazioni/ora, che sono state incrementate in modo da garantire un'offerta delle prestazioni appropriata ai bisogni assistenziali e garantire parallelamente le tempistiche di accesso. Dal 1 agosto 2021 è ripresa l'applicazione della sanzione amministrativa malus (sospesa dal 23 febbraio al 31 dicembre 2020 DGR 404/2020 e successivamente prorogata con note RER fino al 31 luglio 2021). Al 31 dicembre 2021 sono state accertate 5.982 sanzioni amministrative malus relative al periodo 01/08/2021 - 16/12/2021.

## Referenti dell'intervento

---

Stefano Fugazzi, Responsabile unitario dell'accesso e tempi di attesa, [s.fugazzi@ausl.pc.it](mailto:s.fugazzi@ausl.pc.it)

Enrica Politi, Direttore UOC Governo della specialistica ambulatoriale, [e.politi@ausl.pc.it](mailto:e.politi@ausl.pc.it)

## Novità rispetto al 2019

---

razionale/motivazione, descrizione, azioni previste

## Novità rispetto al 2021

---

RAZIONALE / MOTIVAZIONE

AZIONI PREVISTE

## Preventivo di Spesa

---

Totale Preventivo 2022

0,00 €

## Risorse dei Comuni

---

## Altre Risorse

---

<b>Titolo</b>	<b>PROGETTO DI VITA, VITA INDIPENDENTE, DOPO DI NOI</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
<b>Riferimento scheda regionale</b>	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Aree

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Sì
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	Sì
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	Sì
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

Le persone con disabilità rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni eterogenei e complessi in riferimento alle diverse condizioni di vita ( rete sociale , condizioni di salute rete familiare, storia, età ecc... ) con maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita con il rischio di esclusione sociale. Inoltre , proprio per la situazione di disabilità , richiedono maggior attenzione nelle fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o all'invecchiamento. In ogni modo l'attenzione viene rivolta all'individuazione di progetti individualizzati in un approccio di integrazione e condivisione con il nucleo familiare valorizzando le risorse disponibili nel territorio.

### Descrizione

Adozioni di misure efficaci e adeguate per permettere alle persone con disabilità uno sviluppo delle competenze, abilità e autonomie ed un inserimento nel contesto sociale di riferimento.

### Destinatari

Persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima e loro nuclei familiari.

### Azioni previste

1) **PRESA IN CARICO E PROGETTO DI VITA** : Per poter personalizzare le risposte ai diversi bisogni che le persone disabili presentano e accompagnare le famiglie nel percorso dei servizi si sono attivate le seguenti azioni :

a) ridefinizione del protocollo team di transizione ottenuto attraverso il lavoro di un gruppo integrato tra operatori dei servizi sociali e il personale sanitario per incrementare il livello di conoscenza e migliorare l' accompagnamento dei disabili minori e delle loro famiglie verso il cambiamento atteso con il passaggio all'età adulta .( vedi allegato ) ..Acquisita ormai la conoscenza del protocollo, dagli operatori del territorio, si rende assolutamente necessaria, dopo questo primo periodo di sperimentazione, una verifica volta ad individuare eventuali criticità e le relative azioni per il superamento delle stesse. Nella programmazione occorrerà prevedere incontri per il confronto.

b) incremento della disponibilità oraria dei componenti dell'equipe multiprofessionale (UVM distrettuale ) per garantire la definizione di una progettualità maggiormente articolata e personalizzata e soprattutto per sviluppare il collegamento e il confronto con i vari interlocutori presenti all'interno dei servizi di pertinenza, affinché l'UVM si connoti sempre più come il riferimento progettuale per i vari Servizi . Al momento non vi sono state ancora le modificazioni ipotizzate, il percorso di incremento delle ore procede di pari passo con un processo di revisione e strutturazione dell'intera rete dei Servizi per la Disabilità dell'intero territorio. Questo lavoro vede il coinvolgimento dei componenti dell'UDP e di alcuni referenti dei Servizi Sociali territoriali .

c) costituzione di un gruppo di lavoro permanente composto dalle varie realtà che a vario titolo sono coinvolte nel mondo della disabilità . ( famiglie, volontariato , associazioni, scuola, ecc...) al fine di istituire un canale di comunicazione che a partire dai bisogni espressi individui risposte coerenti con il possibile coinvolgimento di tutti i soggetti interessati. Sono stati effettuati ulteriori incontri ,nell' ultimo di questi, avvenuto di recente, sono emersi due bisogni del territorio , nello specifico il tema dell'occupazione visto a vari livelli e il tema delle opportunità di vita presenti nel cosiddetto " tempo libero". A queste tematiche verranno dedicati incontri ad "hoc" con l'obbiettivo di far crescere la sensibilità, nel territorio, e soprattutto di cogliere e individuare eventuali occasioni di socializzazione e di occupazione.

2) **VITA INDIPENDENTE** : nel confermare le tematiche e gli impegni assunti nell'anno 2019, sarà prevista la progettazione di un'esperienza di vita autonoma indirizzata ad un gruppo di persone con disabilità medio-lievi, da attivarsi nel fine-settimana, in regime di residenzialità con la finalità di stimolare lo sviluppo di abilità utili alla cura della propria persona e del domicilio. A tal proposito si è individuato un appartamento nella zona centrale del Comune di Castel San Giovanni dove sono stati effettuati alcuni piccoli lavori di manutenzione e sta per essere ultimato l'arredamento dei locali. Le persone coinvolte affiancate da operatori (educatori/OSS) avranno modo di sperimentare anche l'inserimento nei contesti di vita sociale attraverso la partecipazione in collegamento con l'associazionismo e volontariato locale. prog vita indipendente 2017.pdf. L'appartamento individuato è stato opportunamente arredato , stipulata la convenzione per la gestione e raccolta una prima adesione delle persone disabili, purtroppo a causa dell'emergenza sanitaria il progetto non è ancora stato attivato ma vi sono buone probabilità che l'esperienza possa iniziare a breve. Il lavoro iniziale dovrà essere integrato con le adesioni pervenute da una fascia di territorio più ampia e con le proposte che verranno segnalate dagli operatori dei centri diurni.

3 ) **DOPO DI NOI** : Attivazione di progetti rivolti a persone disabili prive del sostegno familiare o con familiari non in grado di provvedere alle loro necessità per favorire la vita autonoma, secondo quanto riportato dalla Legge n.112/16, la DGR 733/17 e DGR 291/2019 (progetto DOPO DI NOI DGR 291-2019.pdf). Nel corso dell'anno, secondo quanto già prospettato nel precedente, è stato ultimato il percorso di apprendimento di autonomie personali avvenuto negli specifici laboratori. E' stato individuato un' altro appartamento, in posizione centrale rispetto al paese (Bobbio) dove si prevede nel secondo semestre l'attivazione di un progetto di co-housing a sostegno di un piccolo nucleo di 4/5 utenti. Il progetto ha preso il via come previsto nel mese di Ottobre 2019 con l'inserimento di 4 disabili, purtroppo a causa di alcune circostanze sfavorevoli il numero delle persone accolte si è ridotto alla metà, sono però previsti altri inserimenti sia "definitivi" che temporanei . A breve sarà previsto il trasferimento del gruppo in un appartamento situato all'interno di una struttura religiosa, ristrutturato con i finanziamenti previsti dalla L.112/16. L'esperienza , che si svolge nel territorio montano, lontano dagli altri servizi presenti nel Distretto, assume una valenza strategica e costituisce un importante riferimento per l'accoglienza residenziale

4) **PERSONE CON GRAVISSIME DISABILITA'** : le persone affette da gravissima disabilità acquisita manifestano bisogni diversificati non sempre relativi alla sola residenzialità ( a tal proposito il territorio dispone di 4 posti collocati presso una CRA ) quindi si rende necessario individuare interventi diurni di supporto alla domiciliarità che a seconda dei casi potrebbero avvalersi della presenza di personale assistenziale o educativo domiciliare oppure attraverso l'inserimento all'interno delle realtà socio sanitarie semiresidenziali presenti sul territorio. Per favorire tali percorsi si sono organizzati incontri con il personale sanitario di riferimento e i referenti sociali dei vari comuni , con la decisione assunta di garantire ,fin dall'inizio del percorso , la presa in carico integrata.

5) **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** : Programmazione di incontri di informazione/ formazione rivolti ai disabili e loro familiari per la conoscenza della figura dell'amministratore di sostegno effettuati in diversi ambiti del Distretto. Dar seguito agli incontri rappresenta un obbiettivo anche per i prossimi anni per estendere l'informazione ad un numero sempre maggiore di famiglie .

Vengono confermati i punti sopra riportati che a vari livelli sono da consolidare oppure da completare, anche in considerazione della pausa provocata dall'emergenza sanitaria. Nell'anno in corso la rete dei servizi relativi alla disabilità si sta ampliando con la progettazione di vari interventi di cui alcuni già attivati , altri in divenire e altri ancora con ipotesi di realizzazione entro l'anno . Saranno progetti che con molta probabilità andranno a regime nel prossimo anno ( 2022). A seguire una sintesi degli interventi :

## 1) SVILUPPO DI INTERVENTI A FAVORE DI DISABILI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO:

**Attivo ormai da diversi anni e confermato anche per l'anno in corso un piccolo gruppo denominato " laboratorio autismo"che accoglie ad oggi in maniera continuativa 3 utenti a medio-alto funzionamento e un quarto accolto in alternanza scuola-centro. Nel tempo il laboratorio ha svolto anche una funzione di punto osservativo per inserimenti temporanei a scopo appunto di osservazione delle capacità funzionali e relazionali. Il progetto del " laboratorio autismo" si avvale della consulenza del team distrettuale del percorso " Autismo 0-30.**

## 2) INTERVENTI OCCUPAZIONALI : Nell'ambito della prospettiva di integrare l' offerta dei servizi educativi –occupazionali

Per poter fornire risposte sempre più personalizzate ai bisogni delle persone disabili, verrà avviata a breve una convenzione con una associazione che gestisce attività agricole che prevede l'inserimento in progetti sperimentali di 5 disabili con buone capacità funzionali e cognitive. Si prevede la frequenza nei giorni da lunedì a venerdì con orari flessibili in base alle caratteristiche e aspettative dei soggetti e delle loro famiglie. Il monitoraggio e il supporto educativo all'esperienza verrà garantito da educatori e Assistenti sociali che già operano nell'ambito territoriale.

## 3) Istituzione di posti residenziali per accoglienza di sollievo e /o emergenza.

Nel territorio, ad oggi, non sono presenti posti residenziali , all'interno dei CSRR, destinati alla finalità sopra esposta, occorrerà individuare almeno 1 posto per ciascuna delle due strutture per disabili gravi presenti su tutto il territorio da destinare a tale funzione . Nell'CSRR " Camelot" , l'operazione si renderà possibile grazie al trasferimento dell'attiguo CSRD con disponibilità del relativo spazio dedicato.. Nell'altro CSRR, " Emma Serena" si andrà a recuperare una stanza da letto in più modificando la destinazione di alcuni locali.

4) INCREMENTO DI POSTI DI CSRD : Si sta prendendo in esame l'ipotesi di incremento di posti in CSRD, che grazie allo spostamento dello stesso, che a breve verrà effettuato, potrà accogliere un numero maggiore di disabili . Ad oggi sono disponibili ancora alcuni posti ma sono stati segnalati diversi minori in team di transizione che a breve verranno valutati e indirizzati ai Servizi . Occorre anche segnalare che all'interno dei 2 CSRD l'età media è molto bassa.

5) INTERVENTI EDUCATIVI A SUPPORTO DEI PROGETTI "SPECIALI": con tale denominazione si intendono quei inserimenti in strutture residenziali che per vari motivi non possono usufruire della residenzialità dei CSRR. Negli anni si è provveduto ad effettuare alcuni inserimenti disabili adulti presso una CRA del territorio. Si intende pertanto offrire un supporto educativo al gruppo di disabili in modo da poter garantire la dovuta stimolazione cognitiva e relazionale. Si ipotizza un quantitativo orario pari a 10/12 ore settimanali.

## Eventuali interventi/politiche integrate collegate

Politiche del lavoro, dei minori

## Istituzioni/attori sociali coinvolti

Servizi Sociali, Neuropsichiatria, Psichiatria, Psichiatria di collegamento, Scuola, Associazioni di Volontariato, Centro per l'impiego.

## Referenti dell'intervento

Responsabile ufficio di Piano, Referente Area Disabili

## Novità rispetto al 2019

Azioni previste

## Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2022	0,00 €
------------------------	--------

## Risorse dei Comuni

## Altre Risorse

<b>Titolo</b>	<b>CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità
<b>Riferimento scheda regionale</b>	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Si
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

La Regione Emilia-Romagna – tramite le Aziende sanitarie locali – assicura servizi in grado di dare una risposta globale al bisogno di salute espresso dai cittadini. Dopo la gestione della fase acuta della malattia in ospedale, devono essere garantite la continuità assistenziale e la prossimità delle cure.

La visione della Regione, assumendo il Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 (DM 70/2015), per la definizione delle rete delle Cure Intermedie, prevede lo sviluppo di una rete il più possibile integrata di servizi e strutture dedicate ai cittadini affetti da multimorbilità e fragili, con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza tra diversi setting di cura, sulla base dell'intensità assistenziale.

In questo contesto, è stata avviata da una parte la realizzazione delle Case della Salute, la organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione da ambito ospedaliero (dimissioni protette) e la riorganizzazione dei posti letto ospedalieri, nonché la previsione di posti letto di cure intermedie. Inoltre nel territorio della provincia di Piacenza è in corso di attuazione la trasformazione del presidio ospedaliero di Bobbio in Ospedale di montagna, con un ruolo di cerniera tra l'ospedale e il territorio.

### **Descrizione**

**Per il 2022** è confermata la progettazione di letti di cure intermedie e la qualificazione dell'OSCO di Bobbio in Ospedale di montagna.

La struttura di Bobbio rappresenta la sintesi tra l'Ospedale di Comunità, così come definito da normativa, e la necessità di garantire a un territorio vasto ed esclusivamente montano, l'accesso a servizi e prestazioni ospedaliere di primo livello.

L'ospedale di Bobbio è una struttura con 24 posti letto collocata all'interno di strutture ospedaliere che riorganizzano una parte delle funzioni assistenziali, valorizzando il ruolo del personale infermieristico; l'assistenza medica è assicurata da medici dipendenti. Nella struttura di Bobbio sono presenti il punto di primo intervento (PPI), in rete con i PS degli altri ospedali provinciali, gli ambulatori specialistici, incluso il Day Service onco-ematologico, il centro dialisi, la diagnostica radiologica tradizionale ed ecografica, e laboratoristica. E' stata anche sede di attività vaccinale Covid-19.

Il rafforzamento della dotazione territoriale piacentina, in termini di infrastrutture, tecnologie, personale e prassi operative, resosi indispensabile per contrastare l'emergenza sanitaria del 2020 e 2021, andrà a consolidare quanto già previsto e avviato con il

piano di riordino nel 2017: gli investimenti straordinari, previsti per tamponare la fase emergenziale, costituiranno modifiche strutturali e permanenti nelle dotazioni e modalità operative a disposizione del territorio.

## **Destinatari**

---

I pazienti prevalentemente con patologie croniche provenienti da struttura ospedaliera o dal domicilio, anche in condizione di bisogno di assistenza infermieristica continuativa.

## **Azioni previste**

---

Le cure intermedie, prestate da personale afferente alle professioni sanitarie, devono garantire al paziente complesso o non autosufficiente l'adeguata intensità assistenziale, in un ambiente non ospedaliero, protetto e personalizzato, maggiormente rispettoso della riservatezza e della possibilità di mantenere un rapporto di consuetudine quotidiana con la famiglia, dove il caregiver possa acquisire informazioni e apprendere strategie per assistere al meglio la persona di cui si prende cura una volta rientrato al domicilio, anche grazie alla rete territoriale sociosanitaria e sanitaria che ne conserva la presa in carico successivamente alla dimissione.

A partire dalla opportunità messe a disposizione dal PNRR, si è prevista la realizzazione di ospedali di comunità presso il Distretto Città di Piacenza e presso il Distretto di Ponente.

È in fase di consolidamento un organo operativo denominato "centrale continuità delle cure" che valuta i casi che hanno accesso al pronto soccorso, o i casi ricoverati in reparti ospedalieri che hanno esigenza di proseguire il percorso di cura o in ambito di lungodegenza post acuzie riabilitazione estensiva, o in ambito di cure intermedie, oppure con uno specifico accompagnamento al domicilio (dimissione protetta).

E' in fase di strutturazione un sistema di valutazione del fabbisogno sanitario e assistenziale dei casi potenzialmente afferenti alle cure primarie affinché le valutazioni propedeutiche all'inserimento in reparti di cure intermedie, ed in particolare per i percorsi di dimissione ospedaliera o da accesso da pronto soccorso, siano caratterizzati dalla massima adeguatezza e appropriatezza al contesto organizzativo e assistenziale specifico delle cure intermedie.

In via di approfondimento e consolidamento anche l'iter di attivazione del ricovero in regime di cure intermedie da parte del medico di medicina generale e del servizio infermieristico domiciliare.

Le cure intermedie prestate in ambito domiciliare, operative sul territorio grazie all'attivazione del servizio infermieristico domiciliare, rappresentano la fase di continuità a conclusione del ricovero in reparti di cure intermedie, o a fronte di un ricovero ospedaliero in acuzie o l'alternativa al ricovero ospedaliero nel caso in cui l'attivazione sia a favore di una persona che permane al proprio domicilio.

Il recente DM 77/2022 offre ulteriori indicazioni e sviluppi, sia standard specifici sia per servizi già impiantati o sperimentati sul territorio (quali la casa della salute/comunità, l'assistenza domiciliare, l'OSCO), sia per nuovi servizi territoriali quali le centrali operative territoriali, il numero telefonico 116117, le unità di continuità assistenziali. La recentissima diffusione conduce all'esigenza di accompagnare il percorso di approfondimento della materia a tutti i soggetti istituzionali, professionali e alle diverse organizzazioni del territorio. Per questo nel corso del 2022 prendono avvio una serie di interventi di disseminazione, formazione e approfondimento con tutti i soggetti istituzionali, secondo uno sviluppo accordato con la conferenza territoriale sociosanitaria, tra l'altro coinvolta direttamente nelle attività.

## **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

- le scelte e le azioni relative al percorso si realizza in accordo con la Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale;
- partecipazione della Comunità (associazioni di pazienti, di volontariato);
- coinvolgimento dei Servizi Sociali Territoriali

## **Referenti dell'intervento**

---

Dr. Andrea Contini, Direttore Assistenziale dell'Ausl di Piacenza

**Novità rispetto al 2021**

---

DESCRIZIONE

AZIONI PREVISTE

**Preventivo di Spesa**

---

Totale Preventivo 2022

0,00 €

**Risorse dei Comuni**

---

**Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
<b>Riferimento scheda regionale</b>	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa 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 dell'anziano 27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy) 35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arce

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Sì
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

Le Case della Salute rappresentano uno snodo fondamentale per la costruzione di servizi di prossimità e per la possibilità di agevolare sia i percorsi terapeutici assistenziali che per facilitare i cittadini nell'accesso alle prestazioni. Inoltre si configurano come una opportunità significativa di rafforzamento del lavoro di rete sul territorio e di integrazione socio-sanitaria. Le potenzialità delle Case della Salute di diventare un punto di riferimento territoriale per l'incremento del benessere dei cittadini, inteso in una pluralità di declinazioni (cura e controllo patologie croniche, sede ambulatori MMG, luoghi di diffusione di stili di vita sani, centro di

comunicazione e promozione di iniziative di carattere sociale e sanitario ecc) sono strategiche per la realizzazione di una concreta e sinergica risposta ai bisogni dei singoli, in una connotazione corale e di sistema che può nel tempo divenire cassa di risonanza di numerose altre attività ed interventi. Prendendo le mosse dalla definizione dell'assistenza primaria da parte della Commissione Europea come offerta di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, comprendenti tutte le dimensioni della

salute, erogati da équipe multiprofessionali e interdisciplinari, con la collaborazione dei pazienti e delle famiglie, le Case della Salute devono diventare nel tempo soggetti attivi del welfare complessivamente inteso a livello distrettuale, oltre che articolazione e snodo di molti interventi di integrazione socio-sanitaria, attraverso la sinergia multi professionale e interdisciplinare di personale sanitario, personale sociale e personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali). A tal fine lo stesso Programma di mandato della Giunta Regionale, approvato il 26 gennaio 2015, le individua come priorità sulle quali investire risorse e progetti. Nel 2016

sono state approvate da parte della Giunta Regionale le nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute (DGR 2128/2016) con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e della

attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.

## Descrizione

---

Le Case della Salute intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui operano comunità di professionisti, convenzionati e dipendenti del Servizio Sanitario Regionale, secondo uno stile di lavoro per équipe multiprofessionali e interdisciplinari, al fine di garantire l'accesso e l'erogazione dell'assistenza primaria, in integrazione tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali, con la collaborazione di pazienti, caregiver, associazioni di volontariato e altre forme di organizzazione. Nel territorio di Ponente sono state previste 3 Case della salute, due già operative, una in fase di attivazione. A giugno 2018 risultano già regolarmente funzionanti le Case della Salute della Val Tidone e S. Nicolò. È programmata ed in fase di attivazione la Case della Salute di Bobbio, per la quale è in corso di individuazione la sede.

In dettaglio:

CdS della Val Tidone sita a Borgonovo, singola sede con un bacino di utenza di circa 30.000 abitanti - CdS della di S. Nicolò, singola sede con un bacino di utenza di circa 32.000 abitanti- CdS programmata di Bobbio, singola sede con un bacino di utenza di circa 16.000 abitanti. Nel 2017 alla luce del documento di Futuro in Salute, approvato dalla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria, è iniziato il processo di riordino della sanità territoriale legato alla progettualità delle Case della Salute, da cui è disceso il riordino dei Nuclei di Cure Primarie, tenendo in considerazione anche gli ambiti di scelta per i MMG. Il risultato finale, approvato anche dalle rappresentanze sindacali dei MMG, ha portato ad un nuovo documento dell'assetto territoriale delle Cure Primarie che prevede la sovrapposizione di ambito e nucleo con Casa della Salute di riferimento e le pertinenze delle sedi di Continuità Assistenziale. Con apposito atto aziendale sono stati individuati i Coordinatori dei nuovi NCP tra i cui compiti specifici risulta quello di Referente Clinico della Casa della Salute di riferimento. Rispetto alla promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle case della salute la situazione attuale è la seguente: presenza di una medicina di gruppo accanto i locali della Casa della Salute della Val Tidone (entrambe le realtà lavorative sono ospitate all'interno dell'ex Ospedale civile di Borgonovo), di un primo ambulatorio di MMG per tre Medici di Medicina Generale presso la casa della salute di S. Nicolò. Nelle Case della Salute come livello comune di offerta per la popolazione di riferimento si concentra tutta la produzione territoriale. I suoi contenuti sono eterogenei e vasti quanto lo spettro dei servizi inclusi nell'offerta del nostro territorio: specialistica ambulatoriale in particolare quella a più diffuso consumo, e quella prevista dai percorsi di cura per pazienti complessi e dai PDTA aziendali per le cronicità; CUP- sportello unico, servizi di accoglienza/orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali; sistema di connessione da e per l'ospedale; sistema di facilitazione all'accesso al fascicolo sanitario elettronico; medicina generale e pediatria di libera scelta – organizzati in NCP, medicine di gruppo o single practice; pediatria di comunità; consultorio – area Materno-Infantile; assistenza domiciliare; salute mentale (CSM); ambulatorio neuropsichiatria infanzia e adolescenza; servizi di Sanità Pubblica; punto prelievi; interventi di prevenzione e promozione della salute; ambulatorio integrato per la cronicità a gestione infermieristica. Inoltre ogni Casa della Salute attiva presenta delle specificità e una qualificazione di offerta che la caratterizza sia come singola sede sia come hub- spoke. Ad esempio nella casa della salute di S. Nicolò è attivo il punto di continuità assistenziale e l'ambulatorio infermieristico per prestazioni programmate e /o libero accesso. A Borgonovo è presente il Sert DP ambulatorio per le dipendenze patologiche a valenza distrettuale. Le Case della Salute sono il luogo ideale per sviluppare la medicina di iniziativa quale modello assistenziale che possa intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento. L'Accordo incentivante anni 2018- 2020/Cronicità e Medicina d'iniziativa, prevede con riferimento al Piano Nazionale Cronicità ed al documento aziendale, la presa in carico progressiva e graduale dei pazienti cronici secondo medicina proattiva a partire dal PDTA del Diabete Mellito e a seguire da tutte le altre principali cronicità (BPCO, Scompenso cardiaco, demenze, etc.) una volta che il relativo PDTA sia stato validato dai tavoli tecnici di cui fanno parte i MMG referenti aziendali. In relazione ai percorsi multidisciplinari, che prevedono integrazione tra i servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, nel corso del 2017 è stato attivato e rendicontato per tutte le Case della Salute il PDTA diabete; verranno licenziati anche il PDTA della BPCO e dello Scompenso Cardiaco. Relativamente al PDTA Diabete si precisa che in tutte le CdS del Distretto di Ponente (Val Tidone e S. Nicolò) comprese in quella programmata (Bobbio) sono state messe in atto le modalità organizzative necessarie a far fronte alla chiamata attiva ed alla implementazione della medicina d'iniziativa, compreso il potenziamento della specialistica di percorso con in alcune occasioni un arricchimento dell'offerta sanitaria (presenza fisica ad esempio dello Specialista diabetologo) ed in altri casi con la fornitura a tutte le CdS, comprese le programmate, di apparecchiature per la trasmissione in remoto di esami strumentali (ECG e Spirometri adatti per la trasmissione degli esami). In riferimento all'implementazione dei contenuti delle nuove indicazioni regionali nelle CdS (DGR 2128/2016), è stata approvata la graduatoria relativa all'avviso interno per l'attribuzione di funzioni di coordinamento proprie della figura di "Responsabile

Organizzativo della Casa della Salute", e la Direzione delle Professioni sanitarie ha progressivamente provveduto alla nomina dei Responsabili. Pertanto ogni Casa della Salute, comprese quella in programmazione di Bobbio ha un referente organizzativo. I

Referenti organizzativi delle Case della Salute, tra le loro funzioni hanno anche quella di coordinare il board gestionale-organizzativo, insieme al Responsabile delle Case della Salute referente del Dipartimento delle Cure primarie. In tutte le CdS

compresa quella programmata di Bobbio, sono stati attivati gli ambulatori infermieristici per la presa in carico proattiva e la gestione integrata dei pazienti cronici. Il Piano di organizzazione e sviluppo della AUSL di Piacenza, considera l'ambulatorio

infermieristico un elemento organizzativo fondamentale della Casa della Salute, prevedendo la sua presenza in tutte le CdS e attribuendo

all'ambulatorio diverse funzioni, che comprendono l'accoglienza, la presa in carico dei cittadini dei territori afferenti alle singola

CdS, nonché la presa in carico proattiva dei pazienti cronici secondo quanto previsto nei singoli PDTA. In riferimento al programma formativo regionale nelle case della salute ha partecipato per il progetto casa lab- laboratorio regionale per l'integrazione multiprofessionale la Casa della Salute della Val Tidone. Nel prossimo triennio occorre mettere a sistema quanto finora realizzato, svilupparlo, promuoverlo e articularlo, superando elementi di criticità che possono rallentare o indebolire il ruolo demandato alle Case della Salute nel territorio di Ponente. Lo sviluppo delle Case della Salute va inoltre coordinato e collegato ad

altre iniziative in atto (tipo il progetto Montagna Solidale), oltre che con l'azione dei servizi sociali nell'intero territorio. In particolare il progetto montagna solidale , è rivolto agli anziani over 74 residenti in frazioni di montagna, tale progetto punta a

individuare, attraverso la valutazione di un' equipe multidisciplinare domiciliare, persone con bisogni di tipo assistenziale sanitario e sociosanitario non ancora in carico ai servizi.

## Destinatari

---

Tutta la popolazione presente nel territorio.

## Azioni previste

---

Ø proseguire con l'attivazione della Casa della Salute programmata di Bobbio con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria secondo le priorità che ivi saranno definite;

Ø formare il personale delle Case della Salute e gli operatori sociosanitari che si interfaceranno con esse per diffondere e implementare i contenuti delle indicazioni regionali e diffondere la culturale dell'integrazione sociosanitaria e dei servizi di prossimità; in sinergia con i Comitati Consultivi Misti promuovere nell'ambito di quanto definito nella scheda Health Literacy nelle Case della Salute un percorso formativo rivolto ai componenti delle associazioni locali e ai cittadini per garantire la presenza di volontari formati nel percorso di accoglienza, orientamento e accesso alle Case della Salute.

Ø proseguire nell'implementazione di progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione;

Ø avviati gli ambulatori prestazionali programmati nelle case della Salute dove non sono ancora presenti e contestualmente potenziare gli ambulatori per la cronicità con l'implementazione di nuovi percorsi specifici di supporto al paziente cronico, oltre al PDTA diabete già attivato quelli relativi ai pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco che saranno licenziati entro il 2018 e TAO/NAO);

Ø -sviluppare, per quanto attiene all'ambito Demenze, un PDTA in stretto raccordo con gli operatori territoriali, che attraverso il tavolo di confronto attivato coinvolga oltre agli operatori Ausl anche quelli dei servizi sociali distrettuali; Tale percorso potrebbe definirsi PDTA-S, in cui oltre alla procedura e alle interfacce più sanitarie della presa in carico, si evidenzia come necessaria l'estensione del percorso anche ai nodi della rete socio sanitaria territoriale locale;

Ø promuovere il ruolo e la funzione delle Case della Salute con iniziative di comunicazione al cittadino adeguate, efficaci e mirate; Ø promuovere negli operatori socio-sanitari e in particolare nei medici di medicina generale, atteggiamenti costruttivi e facilitanti per la promozione delle Case della salute nel territorio;

Ø valorizzare il ruolo dei ROCS (responsabili organizzativi delle Case della Salute) come agenti di rete e di integrazione sociosanitaria;

Ø valorizzare all'interno delle Case della Salute il ruolo del caregiver, in particolare per il PDTA-S DEMENZE con iniziative e corsi di formazione ad hoc;

Ø sviluppare la rete dei Centri Disturbi Cognitivi Distrettuali e delle attività ambulatoriali nelle Case della Salute;

Ø avviare percorsi partecipativi, per costruire le Carte dei Servizi partecipate insieme ai cittadini, al mondo del volontariato e terzo settore, e progettare azioni condivise con il contesto locale di riferimento sui temi di salute e di contrasto all'isolamento;

Ø individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute; Ø

implementare la rete a partire dai punti di distribuzione diretta dei farmaci del territorio;

Ø implementare la specialistica ambulatoriale in particolare quella a più diffuso consumo, e quella prevista dai percorsi di cura per pazienti complessi e dai PDTA aziendali per le cronicità;

Ø investire nel rafforzamento delle risorse umane dedicate sia per quanto attiene alle figure infermieristiche con incremento della dotazione organica infermieristica in modo da garantire in tutte le cds la presenza infermieristica 8-18, che per quanto riguarda la qualificazione di operatori socio sanitari con funzioni di raccordo con la rete di servizi del territorio; Individuazione nuovi ruoli e funzioni aree infermieristiche per la presa in carico degli assistiti (case manager PDTA, infermiere esperto cure primarie);

Ø individuare figure sociali (assistenti sociali) in raccordo con la rete dei servizi, concordando percorsi e procedure con l'Ufficio di Piano, da inserire nelle Case della Salute, che possano avere competenze specifiche nell'ambito delle valutazioni di secondo livello UVM e possano sviluppare il raccordo famiglia-badante (implementazione Albo Badanti, iniziative formative caregivers ecc.).

Particolare attenzione sarà dedicata a non creare sovrapposizioni o duplicazioni di funzioni con i servizi sociali territoriali e il loro ruolo.

Ø promuovere l'attivazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei cittadini anche attraverso la presenza degli operatori URP aziendali nelle Case della Salute.

Aggiornamento Scheda Distretto di Ponente Programma attuativo 2019

Sviluppo dei servizi e dei percorsi partecipativi all'interno delle Case della salute del territorio

Casa della salute della Val Tidone (sede di Borgonovo)

Nel corso del 2019 sono stati implementati i seguenti servizi:

- Consultorio familiare (inaugurazione della nuova sede all'interno della CDS - Marzo 2019- con il trasferimento delle funzioni e delle attività precedentemente garantite presso l'Ospedale di Castel San Giovanni, dove resteranno l'ambulatorio degli screening ginecologici e verrà attivato il Consultorio giovani)
- Ambulatorio infermieristico/prestazionale (ampliamento orari e giornate)
- Osservatorio aziendale delle lesioni (da aprile 2019) Trasferimento presidio di sanità pubblica (aprile 2019) Nel corso del 2020 si è prevede l'implementazione dei seguenti servizi:
- Centro disturbi cognitivi e demenze (CDCD). Al momento è stato trasferito l'ambulatorio disturbi cognitivi dal Presidio Ospedaliero di Castel San Giovanni alla Casa Salute della Val Tidone 1 gg alla settimana il mercoledì.

E' stato avviato il progetto Otago per la prevenzione delle cadute nell'anziano l'attività è sospesa per emergenza Covid

Attività decentrate di presa in carico delle cronicità sono previste in un altro Comune della Val Tidone per sviluppare azioni di prossimità, in grado di agevolare l'accesso dei cittadini.

Nel corso del 2021 si è prevede l'implementazione dei seguenti servizi:

Centro disturbi cognitivi e demenze (CDCD)

La Casa della Salute della Val Tidone nel corso del 2019 è stata sede del percorso sperimentale Regionale Casalab . L'iter partecipativo si è incentrato sulla predisposizione della Guida ai servizi come strumento di coinvolgimento e informazione sui percorsi socio-sanitari in atto. Attraverso una formazione sul campo di 8 incontri sono stati coinvolti oltre trenta volontari delle associazioni locali, altrettanti professionisti della CDS, i medici di medicina generale del Nucleo Cure primarie.

Per favorire il coinvolgimento del care giver del paziente cronico è stata realizzata nell'ambito della giornata dello scompenso nel maggio 2019 un'iniziativa di ascolto e confronto denominata "Ruota Comunitaria". Nel processo di confronto e coinvolgimento delle Amministrazioni comunali sono stati realizzati momenti di condivisione in ambito di Comitato di Distretto. La presentazione a livello regionale delle esperienze piacentine è avvenuta nel maggio 2019.

Nel 2019 è stata realizzata la Guida ai Servizi della CdS della Val Tidone attraverso un processo partecipativo e di

condivisione allargato. Il 26 ottobre 2019 è stato organizzato l' open Day cds ValTidone Borgonovo con la presentazione della guida. Il 15 dicembre 2019 è stato organizzato un evento di diffusione della guida dei servizi nel comune di Ziano.

L'evento di presentazione e diffusione della guida a Castel San Giovanni e nei comuni mancanti afferenti alla Casa della salute è da riprogrammare dopo l'emergenza Covid. E' previsto uno stretto raccordo con i Comitati Consultivi Misti (CCM), anche il vista di un percorso formativo per la qualificazione dei volontari della CDS.

La Casa della Salute della Val Tidone nel corso del 2019 /2020 ha in corso anche il progetto "Community Lab" che è stato pensato per attivare percorsi di innovazione, alla luce della necessità di progettare il Piano regionale della Prevenzione 2020-2025, e di

applicare la Legge regionale n.19 del 05.12.2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria". Questo percorso si articola in laboratori regionali e in sperimentazioni locali sul tema della promozione della salute incentrati sull'esperienza delle case della salute. L'obiettivo è quello di rilanciare la promozione della salute con l'evoluzione dalla logica della diffusione delle buone pratiche e delle eccellenze, nel contesto di un sistema aziendale di promozione della salute trasferibile, in cui l'organizzazione è in grado di mantenere il corretto equilibrio tra specificità locale e omogeneità delle pratiche.

Nello specifico : COMMUNITY LAB (BORGONOVO) :

- 21/11/2019 incontro formazione sul campo " le case che promuovono salute"
- 09/12/2020 incontro formazione sul campo " le case che promuovono salute"

a) **"Scuole che promuovono salute"** scuola primaria Borgonovo Val Tidone: 10/12/2019 presentazione alla Dirigente del I.C Borgonovo

28/01/2020 Incontro con i docenti della scuola primaria per condividere i contenuti e le metodologie del programma e come integrarlo alla programmazione didattica

Open Day laboratoriale 2/3 pomeriggi in sospeso per covid

Evento finale 20 maggio 2020 Marcia della salute in sospeso per covid

b) **connessione di tutti i percorsi dedicati agli Adolescenti attraverso un implementazione del «Progetto Promuovo benessere»** coordinato dal centro per le famiglie, che interviene in tutte le scuole secondarie inferiori e superiori del distretto di Ponente

Mappatura dei percorsi dedicati agli adolescenti attraverso il coinvolgimento nel gruppo di lavoro di Community Lab, degli operatori coinvolti in questi percorsi per favorire l'integrazione dei contenuti e delle attività da proporre ( DSM,

consultorio/spazio giovani, pediatria di comunità) Invito nel gruppo di lavoro del SERT

Partecipazione al tavolo di coordinamento del progetto - promuovo benessere piani di zona- 29/01/2020

Attività di integrazione dei percorsi di Peer Education attraverso un confronto dei contenuti e degli strumenti utilizzati

( progetto SOS affettività sessualità , scuola che promuove salute)

Centrale risulta l'idea di avvalersi delle attività nelle scuole per far conoscere i servizi della Cds

c) **Integrare il Progetto benessere del DSM nel progetto «Promozione dell'attività sportiva nelle persone con disabilità residenti nella Val Tidone»** promossa da Ausl con CIP e CSI presentazione del progetto Sport e disabilità con invito degli operatori del DSM incontro 13 /12/2019

d) **Sperimentare gruppi di educazione terapeutica per smettere di fumare a livello distrettuale**

Retraining counseling motivazionale breve agli MMG negli incontri NCP del distretto Per facilitare l'arruolamento degli utenti motivati al cambiamento

Evento diffusione guida servizi Castel San Giovanni previsto per il 2020 ma sospeso per covid

Eventi diffusione guida servizi scuole Alta Val Tidone e Pianello attraverso la collaborazione con le scuole primarie previsto per 2020 ma sospeso per covid

Incontro associazioni per fare punto situazione sospeso covid ATTIVITA' PRINCIPALI DURANTE IL PERIODO COVID :

- attivato ambulatorio tamponi Covid
- mantenuto ambulatorio infermieristico prestazionale aperto seguendo tutte le procedura di sicurezza
- Realizzati test sierologici per utenti e operatori per la ripresa della frequenza presso i centri diurni (CSRDI)

### **Casa della salute di San Nicolò**

Nel corso del 2019 si è potenziato l'ambulatorio infermieristico prestazionale e della cronicità con l'ampliamento delle giornate e degli orari di apertura. E' previsto l'inserimento di nuovi medici di Medicina generale.

Alla fine 2019 ed inizio 2020:

In stretto raccordo con l'Amministrazione comunale di Rottofreno è in corso la progettazione di una nuova sede della CDS che potrà contare su una più ampia offerta di servizi .

Per promuovere una maggiore conoscenza della CDS sono stati organizzati dei percorsi partecipativi che hanno coinvolto la Scuole primaria di San Nicolò e le associazioni del territorio. "Alla Scoperta della Casa della Salute"

Nello specifico :

lunedì 7 e 10 ottobre 2019 sono state coinvolte tutte le classi quarte in laboratori:

1. LABORATORIO SALUTE: Brainstorming: su cosa evoca loro la parola SALUTE e "casa" della salute
2. ANDIAMO ALLA CASA DELLA SALUTE laboratorio attività fisica si parte dalla scuola e si arriva camminando alla Casa della salute accompagnati dalla musica e 1 rappresentante del Pedibus della scuola

Arrivati alla casa della salute:

3. LABORATORIO MEDICAZIONI

tenuto dall' Infermiera dell' ambulatorio infermieristico della Casa della Salute di San Nicolò con la collaborazione degli studenti del corso di laurea infermieristica

simulazione di: escoriazioni, ferite, bolla, scottature Cosa fare e cosa non fare

4. LABORATORIO VACCINAZIONI

Tenuto dall'assistente sanitaria della Casa della Salute di San Nicolò

Come fanno a proteggere le vaccinazioni?

## 5. LA SALUTE NELLE NOSTRE MANI

Istruzioni per lavaggio delle mani, tenuto dagli studenti del corso di laurea infermieristica È il principale modo di proteggerci

## 6. FACCIAMO MERENDA laboratorio alimentazione

con composizione di spiedini di frutta da parte dei bambini (mele, banana, uva e mandarini)

Verrà distribuito il calendario della stagionalità per attività future da svolgere in classe e l'invito per evento di sabato 12 ottobre

Si sollecitano quindi i ragazzi affinché , lavorando con i propri Insegnanti , sviluppino nel tempo disegni aventi per oggetto la "loro" Casa della Salute o il loro concetto di salute .

Alla fine del pomeriggio i genitori verranno a prendere i ragazzi presso la Casa della Salute e verrà consegnato loro l'invito per la giornata di Sabato 12 Ottobre.

Sabato 12 Ottobre evento finale

Camminata con rientro alla Casa della salute e Buffet finale e distribuzione miniguide della casa della salute

Incontro 02/12/2019 con i docenti della scuola primaria e secondaria di primo grado di San Nicolò per condividere i contenuti e le metodologie del programma " Scuole che promuovono salute" e come integrarlo alla programmazione didattica

### **Evento Natale in...Salute 20/12/2019 evento scuola primaria di San Nicolò, prima restituzione delle attività prodotte nei laboratori**

Incontro di monitoraggio delle attività in data da definire sospeso per covid Evento finale a maggio 2020 sospeso per covid

Fine 2019 Avviato il progetto Otago per la prevenzione delle cadute nell'anziano l'attività è sospesa per emergenza Covid Giugno 2020 avviato ambulatorio disturbi cognitivi una volta a settimana

PERIODO COVID :

Le attività delle Case della salute del territorio sono state condizionate dalla seconda ondata pandemica che si è manifestata da Ottobre 2020 alla primavera/estate 2021 e dalle successive. Si riportano sinteticamente le attività e i servizi garantiti in questo lasso temporale.

### **Lockdown:**

- Ambulatorio infermieristico prestazionale è rimasto sempre aperto sia a Borgonovo che San Nicolò seguendo tutte le procedure di sicurezza con giornate ridotte
- CUP sia a Borgonovo che a San Nicolò lo sportello non è mai stato chiuso, nemmeno per un giorno
- Assistenza Integrativa CDS Val Tidone.....
- NPIA CDS Val Tidone e San Nicolò garantite visite e terapie per situazioni urgenti e per alcune patologie particolarmente gravi con le ovvie precauzioni/misure (previa richiesta specifica e consenso delle famiglie). Il resto dell'attività è stato svolto da remoto (telefonate, videochiamate).
- Assistenza Integrativa CDS Val Tidone sospeso sportello in presenza attivato solo telefonicamente
- Consultorio familiare Ostetrico Ginecologico CDS San Nicolò chiuso da febbraio 2020 e riaperto ottobre 2020
- Consultorio familiare Ostetrico Ginecologico CDS Val Tidone garantite le visite ed eco ginecologiche urgenti , le vs ed eco in gravidanza
- - ivg non sono mai state sospese
- Consultorio familiare Ostetrico CDS Val Tidone Sostegno Allattamento fino ad 31/07/2020 erano telefoniche e con skype

- Consultorio familiare Ostetrico CDS Val Tidone corsi accompagnamento alla nascita sono a tutt'oggi in skype
- Servizio Sociale Tutela Minori CDS Val Tidone da marzo 2020 a maggio 2020 solo urgenze e su appuntamento. Personale in servizio in turno per garantire risposta ad emergenze e rispettare i DPCM sulla mobilità del personale. Chiusi i centri educativi da marzo al 7 giugno 2020. Da maggio riapertura e rientro di tutto il personale a giugno riapertura affluenza spontanea e riapertura centri educativi. Una settimana di chiusura centri educativi dal 15 al 22 marzo 2021 Nessuna variazione significativa sul servizio sociale e rientro alla normalità come servizio da giugno 2020 Diversa definizione degli spazi nel rispetto del distanziamento
- Pediatria di Comunità CDS San Nicolò non sono mai state sospese; per rispettare le norme anti contagio e mantenere le coperture vaccinali si è utilizzato un giorno della settimana ( venerdì) per tutto il periodo estivo, gli spazi dell'ambulatorio ginecologico.
- Pediatria di Comunità CDS Val Tidone ridotta attività
- Accettazione prelievi ematici CDS Val Tidone sempre aperto in presenza, per urgenze e i tamponi, le gravidanze e prelievi domiciliari compreso le chiamate telefoniche per i sierologici a campione e i tamponi.
- Accettazione prelievi ematici CDS San Nicolò aperto in presenza, per urgenze e prelievi domiciliari compreso le chiamate telefoniche per i sierologici a campione e i tamponi.
- Punto prelievi CDS San Nicolò aperto in presenza per prelievi urgenti
- Punto prelievi CDS Val Tidone aperto in presenza per prelievi urgenti
- Medicina legale ufficio patenti CDS Val Tidone sospesa attività
- Ambulatorio e Osservatorio Aziendale lesioni CDS Val Tidone ultimo accesso giovedì 12 marzo 2020
- Serdp CDS Val Tidone attività ambulatoriale infermieristica e medica non si è mai interrotta e i pazienti accedevano con le procedure di sicurezza stabilite.
- SERDP CDS Val Tidone i colloqui in presenza degli operatori psicosociali e della psichiatra con i pazienti hanno avuto una parziale riduzione e si è utilizzata la modalità on line.

### Post Lock down

- Maggio 2020 NPIA CDS Val Tidone e San Nicolò ripresa attività ordinaria a Pieno regime
- Maggio 2020 Accettazione e punto prelievi CDS Val Tidone e San Nicolò ripresa attività ordinaria a Pieno regime con prenotazione
- Maggio 2020 Servizio Sociale Tutela Minori CDS Val Tidone riapertura e rientro di tutto il personale a giugno riapertura affluenza spontanea e riapertura centri educativi. Una settimana di chiusura centri educativi dal 15 al 22 marzo 2021
- Giugno 2020 Servizio Sociale Tutela Minori CDS Val Tidone Nessuna variazione significativa sul servizio sociale e rientro alla normalità come servizio, diversa definizione degli spazi nel rispetto del distanziamento (norme anti Covid)
- Maggio 2020 Consultorio familiare Ostetrico Ginecologico CDS Val Tidone ripresa attività ordinaria
- Agosto 2020 Consultorio familiare Ostetrico CDS Val Tidone Sostegno Allattamento ripresa attività in presenza
- Settembre 2020 Ambulatori infermieristici prestazionali sia a Borgonovo che San Nicolò tornati a pieno regime
- Settembre/Ottobre 2020 SERDP tutte le attività sono riprese a pieno regime e in presenza. Rimane la modalità on line per le riunioni e le formazioni.
- Settembre 2020 Ambulatori Infermieristici Cronicità CDS Val Tidone e San Nicolò ripresa l'attività per pazienti PDTA diabete anche a Bobbio
- Luglio 2020 CDCD Consultorio Disturbi Cognitivi CDS Val Tidone e CDS San Nicolò ripresa l'attività ordinaria
- Giugno 2020 Ambulatorio diabetologico CDS Val Tidone ripresa attività a pieno regime 2 volte a settimana
- Giugno 2020 Ambulatorio e Osservatorio Aziendale lesioni CDS Val Tidone ripresa attività
- Luglio 2020 Ambulatorio Oculistico CDS Val Tidone ripresa attività all'inizio 1 volta a settimana poi ripresa piena attività da ottobre 2020 con trasferimento da Castel San Giovanni tot 3 gg a settimana
- Gennaio 2021 Ambulatorio Oculistico CDS San Nicolò ripresa attività per utenti ambulatorio cronicità PDTA DIABETE
- Gennaio 2021 ambulatorio cardiologico per ECG 1 volta al mese per utenti in carico all'ambulatorio cronicità per Pdta diabete
- Ottobre 2020 Consultorio familiare Ostetrico Ginecologico CDS San Nicolò riaperto e ripresa attività ordinaria
- Ottobre 2020 attivato Check Point presidiato da volontari CRI che si alternano con operatori CDS San Nicolò per gestire in sicurezza l'ingresso degli utenti. Dopo percorso Formativo
- Novembre 2020 attivato Check Point presidiato da volontari AVO, AUSER, Pubblica Assistenza Val Tidone e Val Luretta e qualche volontario singolo che si alternano con operatori CDS Val Tidone per gestire in sicurezza l'ingresso degli utenti. Dopo percorso Formativo
- Maggio 2021 CDCD CDS Val Tidone implementato ambulatorio disturbi cognitivi aggiungendo il pomeriggio
- Maggio 2021 ripresa attività Medicina legale ufficio patenti CDS Val Tidone
- Luglio 2020 ripresa attività in presenza Assistenza Integrativa CDS Val Tidone
- Ottobre 2020 riprese in presenza Dimissioni protette CDS Val Tidone
- Giugno 2020 ripresa attività ordinaria Pediatria di Comunità CDS Val Tidone

Uno sviluppo significativo della Casa della salute della Val Tidone è previsto nel corso del 2021, grazie al recupero di alcuni spazi al secondo piano della struttura di Borgonovo. Entro l'autunno si punta a realizzare alcuni ambulatori della cronicità, Il centro disturbi cognitivi e demenze, l'Ambulatorio geriatrico. Verranno anche ristrutturati alcuni locali a disposizione per incontri dei famigliari e delle associazioni.

Tale sviluppo è strettamente legato al progetto distrettuale di sostegno al care giver.

L'esperienza della Casa della salute di Borgonovo è inoltre divenuta "study case" all'interno del progetto regionale Community Express.

Durante il 2021 e il I semestre 2022 si è provveduto a completare i lavori di recupero di alcuni spazi al secondo piano della Casa della salute della Val Tidone, con la presentazione alla cittadinanza dei nuovi spazi riqualificati il 14 giugno 2022.

Gli ambienti riqualificati accolgono:

- Il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
  - L'ambulatorio infermieristico della cronicità
  - L'ambulatorio per la cura delle lesioni cutanee
  - L'ambulatorio di Diabetologia
  - L'ambulatorio di Oculistica
  - L'ambulatorio per la presa in carico del Long Covid
  - L'ambulatorio consulenza dietetica per diabetici
  - La sala polivalente di comunità che è destinata anche ad ospitare gli incontri dei famigliari dei soggetti dementi o con disturbi cognitivi.
- 
- Casa della salute della Val Trebbia (sede di Bobbio)

Nel corso del 2019 sono stati attivati i contatti con la Regione che ha confermato la disponibilità del finanziamento necessario alla realizzazione della Nuova Casa della salute. Con la collaborazione dell'Ufficio tecnico dell'AUSL è stato definito il progetto preliminare, con l'individuazione degli spazi e delle funzioni che caratterizzeranno la Casa della salute. Il Piano di lavoro verrà

condiviso in tutte le sue fasi con l'Amministrazione Comunale di Bobbio. Nel corso dell'anno è previsto l'avvio dei lavori di ristrutturazione di parte dell'ex bocciodromo individuato come sede idonea; l'inaugurazione della struttura è prevista per il 2020.

Si intende avviare un percorso partecipativo con il coinvolgimento dei sanitari dell'Ospedale di Comunità di Bobbio, dei medici di medicina generale, degli operatori sociali dell'Unione Montana, delle associazioni e dei cittadini. I territori coinvolti saranno quelli di Bobbio e dei Comuni limitrofi, con un'attenzione particolare alle zone montane.

Attività decentrate di presa in carico delle cronicità sono previste in altri comuni della Valtrebbia per sviluppare azioni di prossimità, in grado di agevolare l'accesso dei cittadini.

## **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Elementi di trasversalità/ integrazione 1. stretto raccordo tra Ausl ed Enti locali nella pianificazione delle attività delle Case della Salute; 2. promozione della partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, singoli cittadini); 3. assidua collaborazione con i servizi sociali nell'accesso e presa in carico; 4. realizzazione di un programma formativo multidisciplinare (nell'ambito sanitario e sociale) con partecipazione delle Comunità locali.

## **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

AUSL Distretto di Ponente

## **Referenti dell'intervento**

---

Dr. Gaetano Cosentino/Dott.ssa Anna Lisa Albertini

**Novità rispetto al 2019**

---

Azioni previste

**Novità rispetto al 2021**

---

AZIONI PREVISTE

**Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

**Risorse dei Comuni**

---

**Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>INNOVAZIONE INTERVENTI AREA ANZIANI</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
<b>Riferimento scheda regionale</b>	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni (PC)
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	No
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Si
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arce

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Si
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	Si
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Si

### Razionale/Motivazione

Garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarità; garantire l'equità all'accesso ai servizi e l'equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi.

### Descrizione

**GRUPPO DI LAVORO REGOLAMENTI AREA ANZIANI E DISABILI:** creazione di un gruppo di lavoro formato da operatori e Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni/Unioni del Distretto di Ponente volto a redigere regolamenti uniformi e condivisi a livello distrettuale. Tali regolamenti saranno impostati sia per l'area anziani che per l'area disabili.

**PROGETTO BADANTI:** valorizzare il lavoro di cura attraverso il censimento e la formazione delle assistenti familiari operanti sul territorio del distretto di Ponente.

**PROGETTO CUSTODE SOLIDALE:** costruire sulla domiciliarità la filiera dell'innovazione sociale e promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema.

**PROGETTI INDIVIDUALIZZATI TEMPORANEI DEMENZE:** La programmazione distrettuale da anni riserva un'attenzione particolare al tema della domiciliarità della persona anziana affetta da demenza. Un esempio è il progetto distrettuale SAF-Demenze, che nel 2021 ha visto un rinforzo degli interventi, anche grazie alla disponibilità di risorse destinate agli interventi a sostegno dei caregiver familiari (DGR 2318/2019 – DGR 1005/2020). Dalla stretta collaborazione tra SAA, Geriatria territoriale, CDCD distrettuale, i servizi sociali dei Comuni, cooperazione sociale, nel 2021 è stato approvato un progetto distrettuale, avviato in via sperimentale nel 2022, che consente di realizzare Ricoveri Temporanei in CRA per pazienti affetti da demenza e disturbi del comportamento. Per i Progetti Individualizzati Temporanei Demenze si rimanda alla scheda 5 "Supporto e sostegno al caregiver".

## **PROGETTO DI ACCOGLIENZA PRESSO COMUNITA' ALLOGGIO PER PERSONE FRAGILI/LIEVEMENTE NON AUTOSUFFICIENTI**

Le Comunità Alloggio Jacopo da Pecorara e Opera Pia di Ottone, costituiscono importanti presidio per il territorio del Distretto di Ponente, offrendo accoglienza a persone fragili o lievemente non autosufficienti, che vertono in condizione di forte precarietà sociale e familiare. Le strutture garantiscono supporto nelle attività della vita quotidiana, stimoli ed occasioni di vita comunitaria, garantendo una soluzione intermedia tra il proprio domicilio e una Casa Protetta per non autosufficienti.

L'accoglienza in un luogo idoneo ai bisogni assistenziali della persona, infatti, favorisce il mantenimento delle autonomie personali, contribuendo a tardare la necessità di accesso a strutture a più alto carico assistenziale.

Negli anni, entrambe le Comunità Alloggio hanno rappresentato per il Territorio del Distretto di Ponente un'importante opportunità, accogliendo utenti fragili segnalati dai Servizi sociali territoriali, per i quali si evidenziavano importanti difficoltà a proseguire il progetto domiciliare. In considerazione dell'importante presidio che le Comunità Alloggio hanno rappresentato negli anni non solo per gli anziani residenti nei territori montani, ma per tutto il Distretto, si sono condivisi due Progetti di Sostegno alle due Comunità Alloggio, finalizzati all'accoglienza di un numero minimo di utenti fragili o lievemente non autosufficienti, valutati idonei alla permanenza in struttura da parte della competente UVM, residenti nel territorio del Distretto di Ponente.

Si Allegano i progetti, approvati in Comitato di Distretto il 3 novembre 2021

## **APPARTAMENTO/CO-HOUSING A PECORARA:**

Nel corso del 2021 il Distretto di Ponente ha dedicato grande attenzione alla riprogettazione dei servizi e degli interventi a favore delle persone non autosufficienti. In linea con le indicazioni del PNRR Missione 5 "Autonomia per gli anziani non autosufficienti" sono stati promossi e realizzati tavoli di confronto tecnico e politico per lo sviluppo di forme innovative di coabitazione protetta, in grado di offrire risposte significative di supporto e cura a persone lievemente non autosufficienti, arginando l'inserimento in strutture ad alta intensità assistenziale. Il modello della coabitazione risponde all'obiettivo di attivare un modello intermedio tra il domicilio e l'assistenza in struttura, rispondendo a bisogni di integrazione sociale attraverso la condivisione di spazi abitativi e servizi comuni, contenendo i rischi di solitudine ed esclusione sociale, incentivando momenti di socializzazione e di incontro con la Comunità

In questo contesto è stato condiviso ed approvato in Comitato di distretto per la proposta di finanziamento PNRR, il Progetto per la realizzazione di un appartamento a Pecorara – Alta VAL Tidone, dove poter sperimentare una forma di co-housing per due anziani lievemente non autosufficienti, residenti nel Distretto di Ponente. Oltre alla ristrutturazione dei locali e alla realizzazione dell'appartamento (interventi finanziabili con le risorse PNRR), l'idea progettuale è quella di attivare forme di sostegno alla domiciliarità della rete formale e informale, sensibilizzare la rete associazionistica e culturale del territorio, coinvolgere la cittadinanza attiva, con una forte responsabilizzazione del Comune Alta Val Tidone.

## **PROGETTO CUSTODE SOLIDALE (Fondazione)**

In continuità con l'esperienza del Progetto "Montagna Solidale", che aveva consentito di intercettare in modo preventivo le situazioni di rischio e disagio sui territori della montagna, favorendo un aggancio con i servizi socio sanitari a sostegno della domiciliarità, l'Unione Montana Valli Trebbia e Luretta ha avviato il Progetto Custode Solidale, finanziato dalla Fondazione di Piacenza e Vigevano. La figura del Custode Solidale è ricoperta da una OSS - Operatore Socio Sanitario, attivata per 10 ore settimanali. Attraverso le attività offerte dal custode solidale (visite domiciliari e telefonate di compagnia e piccole uscite), grazie alla regia dell'Assistente Sociale Area Anziani del Territorio, il progetto mira ai seguenti obiettivi:

- Mantenere il più possibile l'anziano autosufficiente presso il proprio ambiente di vita
- Intercettare in modo preventivo le situazioni di rischio e disagio
- Sorveglianza-supporto-monitoraggio delle situazioni di fragilità

- Svolgere una funzione socio-sanitaria di bassa soglia
- Attivare e ampliare le reti territoriali e personali dell'anziano
- Essere un valido punto di riferimento per le persone anziane sole, anche a prescindere dalle emergenze climatiche
- Contribuire alla riduzione del tasso di mortalità e dei ricoveri ospedalieri impropri
- Coinvolgere in modo attivo le reti solidali del volontariato
- Essere un servizio complementare rispetto all'assistenza domiciliare erogata dall'Unione Montana;
- Attivare il servizio di assistenza domiciliare in caso di necessità

**RETI DI INFERMIERI DI COMUNITA'** (Progetto dell'Az. Usl di Piacenza - PNRR Missione n. 5 "Inclusione e Coesione" Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" Investimento 1: "Strategia nazionale per le aree interne" -Linea di intervento 1.1.1 "Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità").

Il Progetto rientra tra i progetti innovativi che interessano l'area anziani sul Distretto di Ponente. Mira a promuovere soluzioni a problemi di disagio e fragilità sociale, mediante la creazione di nuovi servizi e infrastrutture sociali e/o il miglioramento di quelli esistenti, favorendo l'aumento del numero di destinatari e/o la qualità dell'offerta

In particolare consentirà l'attivazione di un servizio decentrato e di prossimità nelle comunità di riferimento ed una forte integrazione tra infermiere di Comunità, assistenti sociali, medici di medicina generale già presenti sul territorio per la connessione con le altre strutture di care presenti a livello locale.

**I Comuni del Distretto di Ponete, coinvolti nel progetto sono:** Agazzano/AltaValTidone/Bobbio/Cerignale/Coli/Corte Brugnatella//Ottone/Pianello/Piozzano/Travo/Zerba/Ziano Piacentino

## **Destinatari**

---

REGOLAMENTI AREA ANZIANI : Cittadini e Servizi Sociali dei Comuni

PROGETTO BADANTI: Assistenti famigliari, operatori dei Servizi, Cittadini, Caregiver Famigliari, Servizi Sociali dei Comuni

PROGETTI INDIVIDUALIZZATI TEMPORANEI DEMENZE: Utenti anziani (o equiparabili per patologia), provenienti dal domicilio, residenti nel Distretto di Ponente e già in carico ad un Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze Az. Usl e loro famigliari.

PROGETTO DI ACCOGLIENZA PRESSO COMUNITA' ALLOGGIO PER PERSONE FRAGILI/LIEVEMENTE NON AUTOSUFFICIENTI: Anziani lievemente non autosufficienti e/o persone fragili residenti nel Distretto di Ponente

APPARTAMENTO/CO-HOUSING A PECORARA Anziani lievemente non autosufficienti/fragili residenti nel Distretto di Ponente

PROGETTO CUSTODE SOLIDALE: Anziani , disabili/fragili residenti nei Comuni di

RETI DI INFERMIERI DI COMUNITA': Cittadini dei Comuni di Agazzano/AltaValTidone/Bobbio/Cerignale/Coli/Corte Brugnatella//Ottone/Pianello/Piozzano/Travo/Zerba/Ziano Piacentino, Servizi territoriali

## **Azioni previste**

---

GRUPPO DI LAVORO REGOLAMENTI AREA ANZIANI (E DISABILI):

Ripresa tavoli di lavoro finalizzati all'elaborazione di nuovi regolamenti area anziani anno 2022-2023. Area Disabili 2023.

PROGETTO BADANTI:

2019 – 2021 Incontri con assistenti sociali ed educatori operanti sul distretto, rappresentativi delle aree geografiche, volontari in rappresentanza del mondo associativo, sindacati, con l'obiettivo di raccogliere esigenze e proposte per un progetto finalizzato a qualificare il lavoro delle badanti e supportare le famiglie nella ricerca. 2021/2022 Sulla base di quanto emerso durante gli incontri con gli operatori e gli attori del territorio, si sono delineati obiettivi ed ipotesi di interventi e si sono presi contatti con i referenti di un progetto affine, attivo presso il Distretto Urbano per un confronto sull'esperienza in corso e la valutazione di una possibile collaborazione/convenzione per la realizzazione del progetto Badanti sul distretto di Ponente. 2022: Raccolta la disponibilità, si sono avviati confronti sulla messa a punto del progetto e sulla possibile modalità di collaborazione per la sua realizzazione.

In sintesi, il progetto prevede una mappatura delle assistenti famigliari, la realizzazione di percorsi formativi, l'istituzione di un registro badanti e di uno sportello distrettuale dedicato alle famiglie per offrire consulenza al caregiver nella ricerca di personale assistenziale qualificato, **mettendolo in contatto** con assistenti familiari formate, regolarmente iscritte al Registro Distrettuale delle Assistenti Familiari, con possibilità di attivare azioni di formazione e tutoring (possibile collegamento con progetto SAF Distrettuale).

## PROGETTO DI ACCOGLIENZA PRESSO COMUNITA' ALLOGGIO PER PERSONE FRAGILI/LIEVEMENTE NON AUTOSUFFICIENTI

Il Servizio Sociale del Comune Alta Val Tidone, referente del progetto per la Comunità Alloggio Jacopo da Pecorara, e l'Unione Montana Valli Trebbia e Luretta, referente del Progetto per la Comunità Alloggio Opera Pia di Ottone, comunicheranno periodicamente al SAA Distretto di Ponente e all'Ufficio di Piano distrettuale, i nominativi delle persone ammesse ai progetti, residenti nel Distretto di Ponente, valutate dalla competente UVM idonee al progetto residenziale in Comunità Alloggio.

Il Distretto Socio Sanitario di Ponente a sostegno dell'attività delle Comunità Alloggio e a fronte della rilevanza delle stesse per il territorio, contribuirà, con un importo annuale definito, a carico FRNA (si rimanda ai progetti allegati)  [PROGETTO Struttura Alta Val Tidone .pdf](#)  [PROGETTO OPERA PIA .pdf](#)

## APPARTAMENTO/CO-HOUSING A PECORARA

La realizzazione dei lavori avverrà secondo il cronoprogramma PNRR, che verrà presentato da parte dell'ATS competente. Gli interventi a sostegno della domiciliarità potranno essere attivati quando la realizzazione dell'appartamento sarà conclusa e prenderà avvio la coabitazione.

## PROGETTO CUSTODE SOLIDALE

Nell'anno 2022 è prevista l'implementazione dell'attività del Custode Solidale, dapprima partito nei Comuni di Bobbio, Coli e Corte Brugnatella, con l'avvio delle attività nei Comuni di Bobbio, Ottone, Cerignale, Corte Brugnatella, Coli e Zerba. E' prevista, inoltre, la mappatura dei territori dei Comuni di Travo e Piozzano.

## RETI DI INFERMIERI DI COMUNITA'

Costruire un **sistema informatico trasversale** su tutte le specificità necessarie, che sia in grado di erogare le funzionalità attingendo da quelle disponibili e implementando quelle non ancora disponibili per andare a creare una suite operativa che permetta di collegare in una rete trasversale le differenti professionalità coinvolte che dovranno collaborare con l'Infermiere di Comunità: Infermiere ADI, Infermiere Comunità, Assistente Sociale, Ambulatori, CdS, Ospedale, MMG

### **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Politiche per l'inclusione sociale

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Servizi sociali dei Comuni/Unioni, Ufficio di Piano, Servizio Assistenza Anziani, Organizzazioni Sindacali, AUSL, Terzo settore, Volontariato

### **Referenti dell'intervento**

---

REGOLAMENTI AREA ANZIANI : Ufficio di Piano, Servizi Sociali Territoriali, Comuni

PROGETTO BADANTI: Ufficio di Piano, Servizi Sociali Territoriali, Comuni

PROGETTO DI ACCOGLIENZA PRESSO COMUNITA' ALLOGGIO PER PERSONE FRAGILI/LIEVEMENTE NON AUTOSUFFICIENTI: Ufficio di Piano, Servizi Sociali del Comune Alta Val Tidone e Unione Montana Valli Trebbia e Luretta

APPARTAMENTO/CO-HOUSING A PECORARA Ufficio di Piano, Comune Alta Val Tidone

PROGETTO CUSTODE SOLIDALE: Servizio Sociale Unione Valli Trebbia e Luretta

RETI DI INFERMIERI DI COMUNITA': Az. Usl Piacenza

### **Novità rispetto al 2019**

---

AZIONI PREVISTE

### **Novità rispetto al 2021**

---

AZIONI PREVISTE

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>“La rete dei servizi per minori e disabili nel Distretto socio-sanitario di Ponente: strumenti manageriali e prospettive” – IL DISTRETTO CHE VORREI...</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
<b>Riferimento scheda regionale</b>	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arce

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Sì

### Razionale/Motivazione

La realtà sociale complessa e fortemente mutata che i Servizi sociali e socio-sanitari si trovano a dover affrontare, con il perdurare della crisi economica e la caduta valoriale, il mutato contesto demografico, rende sempre più necessario garantire qualità e pertinenza degli interventi rimodulando continuamente l'attività e l'offerta dei servizi. L'alto numero di famiglie straniere, presenti in particolare nei comuni della Val Tidone, fa comprendere come il contesto delle relazioni sociali sia difficile, tenuto conto anche del progressivo impoverimento di classi sociali tradizionalmente lontane dal richiedere aiuto ai Servizi Sociali. E' una domanda di aiuto più articolata e complessa che richiede un'alta competenza tecnica e un impianto professionale più specialistico, con l'esigenza di dedicare tempo all'aggiornamento professionale. Contestualmente occorre sperimentare un nuovo modello di welfare, ripensando al rapporto con il cittadino e a un sistema di servizi rivolto a tutti, ma nello stesso tempo che tuteli le situazioni più fragili, tenuto conto delle diversità e complessità dei vari contesti territoriali che caratterizzano il Distretto di Ponente. L'obiettivo di standardizzazione dei percorsi di valutazione del bisogno e di presa in carico parte dalla necessità di conoscere le diverse realtà gestionali e quindi omogeneizzare gli interventi su tutto il territorio, superando la frammentazione, evidenziando anche le implicazioni economiche del modello di presa in carico da parte di un Gestore Unico, alla luce della L.R. 12/2013. Il mandato del Comitato di Distretto all'Ufficio di Piano, avvenuto nel corso del 2017, in relazione al PSSR, è stato infatti quello di acquisire tutti gli elementi quanti-qualitativi per decidere l'organizzazione di un SST DISTRETTUALE. L'Ufficio di Piano aveva già avviato e restituito agli Amministratori, la mappatura dei servizi e delle varie gestioni presenti nel Distretto evidenziando la grande frammentazione e la difficoltà a raccogliere dati omogenei e comparabili data la complessità e diversità dei territori. Aveva indicato quali servizi/interventi avrebbero potuto gradualmente passare alla gestione unica, aveva censito la presenza di ASSISTENTI SOCIALI nella proporzione minima indicata dalla RER e la presenza di tutte le figure professionali indicate dalle "Linee guida per il riordino del SST". La decisione del Comitato di Distretto è stata quella di avvalersi di una tutorship, affiancata all'Ufficio di Piano per analizzare, insieme alla platea dei suoi stakeholder, gli scenari futuri del sistema sociale e socio-sanitario per poter definire una visione condivisa a cominciare dai servizi per i Minori e per la Disabilità. Questa decisione, finanziata con l'Attuativo 2017, sottende l'ipotesi – da parte di alcuni sindaci - di raggiungere gradualmente la gestione unica distrettuale, pur essendo impossibile allo stato attuale, pensare alla costituzione di una sola Unione distrettuale.

### Descrizione

E' stato quindi costituito un gruppo di lavoro costituito dai Responsabili del Servizio Sociale dei quattro enti gestori, con la partecipazione dell'Ufficio di Piano e del Direttore del Distretto, supportato dalla Università Cattolica, gruppo che ha avviato il lavoro di analisi delle differenti modalità di interpretazione del bisogno e di appropriatezza della risposta proprie delle varie

gestioni presenti nel Distretto: all'interno dei comuni, dell'Unione Montana, dell'Azienda di servizi alla persona ASP Azalea. L'obiettivo risulta essere di particolare rilevanza alla luce sia della necessità di una risposta omogenea costo/efficacia in tutto il territorio distrettuale, che di standardizzazione dei percorsi di valutazione del bisogno e di presa in carico. Attualmente è in corso la rilevazione delle modalità di segnalazione, valutazione, presa in carico, monitoraggio, audit e per ora ha certificato la complessità, frammentarietà degli interventi, la diversa composizione della spesa, la diversa organizzazione e diversi percorsi.

## **Destinatari**

---

Operatori socio-sanitari, Amministratori, cittadini e famiglie

## **Azioni previste**

---

Si è concluso il lavoro avviato con la consulenza dell'UNICATT di PC; sono stati elaborati i due modelli di governance e gestionali riguardanti l'area disabili e l'area minori. Sono state presentati ed approvati il 21/06 u.s. in sede di Comitato di Distretto, che ha dato mandato all'ufficio di Piano l'adozione degli atti amministrativi e gestionali necessari all'avvio della realizzazione delle nuove organizzazioni a dimensione distrettuale.

Il comune capofila ha già dato un incarico all'Università Cattolica per il supporto nell'elaborazione del redigendo Accordo di Programma tra i Comuni del Distretto che disciplini il livello istituzionale, la cui approvazione è prevista per l'autunno di quest'anno. Successivamente sarà stipulata la nuova Convenzione con l'AUSL che riguarderà, in modo particolare, l'aspetto organizzativo/gestionale.

L'Ufficio di Piano, pertanto, nella programmazione ha perseguito la linea di ampliare gli interventi e servizi a valenza distrettuale, sia quelli già in atto (vedi quanto indicato nel Piano triennale), sia quelli di nuova progettazione.

In modo particolare, oltre alla riorganizzazione riguardante la disabilità, per quanto riguarda gli interventi a valere sul Fondo Povertà, si è attivato un progetto in convenzione con ASP, che vede gli operatori impegnati su alcune macroaree tra cui:

1. Rafforzamento Servizio Sociale Professionale al fine di supportare le funzioni di accesso e presa in carico ed il collegamento con l'équipe distrettuale per la predisposizione ed il monitoraggio dei progetti integrati socio-sanitari e lavorativi
2. Rafforzamento interventi socio-educativi quali assistenza educativa domiciliare, assistenza educativa territoriale per il supporto all'inclusione sociale di giovani e adulti. In particolare è stata attivata la figura dell'**educatore tutor** nella gestione delle spese e del bilancio familiare. Inoltre l'assistenza educativa territoriale si occuperà anche della costruzione di requisiti per l'occupabilità.

La funzione di regia del progetto è garantita da referenti dell'Ufficio di Piano Distrettuale e dal gestore ASP Azalea, la funzione di coordinamento da un operatore sociale, il rafforzamento del servizio sociale professionale è implementato da 3 assistenti sociali che si occupano sia di potenziare l'attività di Segretariato Sociale, che i servizi per la presa in carico (valutazione del caso, predisposizione di Progetti Individualizzati, lavoro di rete con i Servizi Specialistici). Per l'espletamento delle funzioni, il personale lavora in équipe presso una sede centralizzata del Distretto a supporto di tutti i Comuni del territorio, anche con spostamenti presso le loro sedi.

## **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Piano povertà: potenziamento personale con l'assunzione a tempo determinato di tre assistenti sociali, due educatori, psicologo e mediatore culturale part-time; collegamento con tutte le politiche che comportano l'integrazione sociale e sanitari

## **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Comuni, Unione Montana, ASP Azalea, UNICATT, OO.SS.

## **Referenti dell'intervento**

---

Responsabile Ufficio di Piano

## **Novità rispetto al 2021**

---

## AZIONI PREVISTE

**Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 146.917,06 €

**Risorse dei Comuni**

---

**Comuni del Distretto di Ponente** 20.000,00 €

**Altre Risorse**

---

**Fondo sociale locale - Risorse statali** 55.000,00 €

**Fondo sociale locale - Risorse regionali** 71.917,06 €

<b>Titolo</b>	<b>La casa come fattore di inclusione e benessere sociale</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
<b>Riferimento scheda regionale</b>	24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	No
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Si
<b>C Promozione autonomia</b>	Si
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

L'abitare si connota come fondamentale per l'inclusione sociale e in questi anni di forte crisi economica, è una priorità strettamente interconnessa con altre questioni fondamentali, quali le politiche del lavoro; la mancanza di lavoro o la modifica in senso inferiore di contratti di lavoro in essere influiscono negativamente sulla capacità di avere/tenere la casa e determina, aggrava o fa esplodere situazioni di forte vulnerabilità e di povertà.

### **Descrizione**

Le domande di aiuto che arrivano dai cittadini ai servizi sociali, e in generale alle amministrazioni comunali rispetto al bisogno abitativo, sono in sintesi riferibili alle seguenti tipologie: - bisogni espressi da alcune categorie di cittadini di poter accedere ad abitazioni a costi sostenibili, inferiori a quelli di mercato ; - bisogni abitativi di persone che non sono in grado di far fronte ai costi delle locazioni, anche se inferiori a quelli di mercato, ma che potrebbero trovare una soluzione sufficientemente in grado di "tenere" solo in relazione a tipologie di alloggi a bassissimo costo (alloggi ERP); - bisogni abitativi di persone che non dispongono di alcuna entrata e che quindi non possono far fronte ad alcuna spesa (si tratta spesso di persone che necessitano anche di livelli più o meno intensi di supervisione, accompagnamento educativo, ecc.); - bisogni abitativi di persone che necessitano di forte supervisione, pur non essendo ancora idonei all'ingresso in strutture residenziali.

### **Destinatari**

Persone in estremo disagio abitativo, senza abitazione o con difficoltà a reperirne a canoni di mercato

### **Azioni previste**

1. Costruzione a livello distrettuale di luoghi di incontro e di confronto tra soggetti pubblici (istituzioni), privati (associazioni proprietari) e rappresentanti di categoria (sindacati) per individuare, proporre, diffondere progetti di sostegno al tema dell'abitare (rivolti ai conduttori e ai locatori);
2. Diffusione di sperimentazioni, prassi, progetti che sono stati realizzati in specifici territori e che sono stati utili a trovare risposte al tema dell'abitare e che possono essere replicati anche in altri contesti
3. Accompagnamento all'abitare e mediazione sociale attraverso la collaborazione di Acer, gestore del patrimonio ERP dei

Comuni del Distretto di Ponente, ed individuazione di un referente per ciascun condominio ERP che sia portatore delle richieste/sentinella dei bisogni e delle criticità.

4. Azioni per l'emergenza abitativa in raccordo e sinergia con il Terzo Settore, al fine di individuare soluzioni abitative temporanee che consentano di mantenere l'unità del nucleo familiare in ipotesi di sfratto locativo, scongiurandone la disgregazione.

5. azioni di contrasto al degrado e all'abbandono degli alloggi ERP, attraverso la figura del mediatore sociale e dell'agente accertatore che consentano di monitorare il rispetto delle regole di convivenza e del buon vivere civile, reprimendo condotte non rispettose;

6. studio di fattibilità per la realizzazione di progetti di co-housing a favore di soggetti soli e di housing-sociale promossi da enti locali e da soggetti privati;

7. Mappatura nei comuni del Distretto di Ponente del patrimonio immobiliare ERP sfitto e non utilizzato in quanto necessitante di interventi di recupero/manutenzione per promuovere in via sperimentale iniziative di auto – recupero da parte dei futuri destinatari degli alloggi, al fine di attivare percorsi di responsabilizzazione attraverso la “presa in carico” e la rimessa a valore del patrimonio pubblico.

### **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Politiche del lavoro

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Comuni, Acer, Associazioni proprietari, Sindacati

### **Referenti dell'intervento**

---

Responsabile Ufficio di Piano

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

Titolo	Budget di Salute
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	4 Budget di salute
Riferimento scheda regionale	4 Budget di salute
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Specifica del soggetto capofila	Ausl di Piacenza
Ambito territoriale	Aziendale
È in continuità con la programmazione precedente?	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

### Aree

A Domiciliarità e prossimità	Si
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	Si
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	No

### Razionale/Motivazione

Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute come indicato nella Dgr 1554/2015; nella circolare regionale PG/2018/0311590 del 02/05/2018.

Come recepito dalla Ausl di Piacenza nelle Delibere n. 292 del 30/12/2016 e n. 285 del 30/12/2016 volte a promuovere il Budget di Salute come strumento integrato socio-sanitario di assistenza territoriale a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato PTRI di persone affette da disturbo mentale grave in cura presso il DSM-DP, finalizzato al miglioramento della salute, del benessere e dell'inclusione sociale.

### Descrizione

**Scheda Budget di Salute (BdS):** continua l'applicazione dello strumento budget di salute nell'area dell'abitare.

Il BdS è destinato a utenti con disturbi psichiatrici o fragilità psichiche accertate, in carico da anni ai servizi del DSM-DP. Lo scopo è essenzialmente l'inclusione sociale di queste persone all'interno del territorio di provenienza o nella comunità da loro scelta. Spesso si tratta di persone che hanno alle spalle una lunga serie di sconfitte esistenziali e le cui possibilità di reinserimento sociale si sono progressivamente ristrette. Nel nostro territorio è stato privilegiato l'impegno del BdS nell'area dell'abitare (nell'area lavoro e delle relazioni sociali sono già in atto altre iniziative) perché in questi anni si è rivelato emergente il bisogno abitativo, che può essere soddisfatto secondo la strumento dell'abitare supportato. Tecnicamente questo si realizza tramite il supporto indiretto di operatori (SAD, operatori della psichiatria o dei servizi sociali o di cooperative convenzionate) alla persone all'interno dell'abitazione e in tutte le competenze che riguardano la vita indipendente. Il DSM-DP sta allargando gradualmente la rete di abitazioni per sperimentare il co-housing (gruppi appartamento di max 6 persone) col supporto dei servizi sopra citato. Questo intervento permette di alleggerire soprattutto il carico delle comunità terapeutiche psichiatriche (RTE: Residenze a Trattamento Estensivo) accorciando quivi i tempi di permanenza della persona e intensificandone l'azione riabilitativa. Nell'anno in corso il progetto di inserimento in gruppi appartamento con BdS ha riguardato anche utenti che da molti anni soggiornavano nelle RTE.

## **Destinatari**

---

I destinatari degli interventi con la metodologia del Budget di Salute sono persone affette da disturbo mentale in carico ai Servizi del DSM-DP

## **Azioni previste**

---

I tre assi d'intervento con la metodologia del Budget di Salute sono:

1. Asse Casa/Domiciliarità;
2. Asse Affettività/Socialità;
3. Asse Formazione/Lavoro;

Le azioni proponibili nei tre assi d'intervento si realizzano con le seguenti risorse:

1. Risorse di cura messe a disposizione dall'Azienda USL, sia attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso altro Soggetto gestore;
2. Risorse d'integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dall'Ente Locale attraverso le proprie strutture organizzative (es. prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, sostegni economici, ecc.);
3. Risorse della persona titolare del progetto costituite da risorse economiche (beni e servizi) e relazionali (familiari, amicali);
4. Risorse messe a disposizione dal volontariato;

Particolare attenzione è dedicata all'Asse Casa/Domiciliarità che si declina nelle seguenti azioni (le risorse indicate sono già in uso attraverso lo strumento Budget di Salute e sono al 70% circa provenienti dal FSR al 30% ca. da Comuni e utenti/famiglie

Dati a consuntivo budget di salute 2020 – settore abitare:

Ripartizione risorse	€
AUSL	589.891
Comuni/utenti/famiglie	402.639
TOT.	992.530

## **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Si ritiene che all'interno di questo approccio, l'UVM rappresenti lo snodo fondamentale e determinante, in grado di rendere concreta l'opportunità rappresentata dal Budget di Salute nella realizzazione di un modello innovativo ed efficace di integrazione socio-sanitaria.

## **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Ausl – EE.LL. – Utenti beneficiari – Familiari dei beneficiari – Terzo settore

## **Referenti dell'intervento**

---

DSMDP

**Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

**Risorse dei Comuni**

---

**Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Inclusione socio-lavorativa per persone con disturbo dello spettro autistico</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
<b>Riferimento scheda regionale</b>	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	Sì
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Nel progetto di vita delle persone con disturbo dello spettro autistico, l'inserimento nel mondo del lavoro si pone come uno degli obiettivi principali da raggiungere per approdare all'età adulta, favorendo il consolidamento della propria identità, il rafforzamento dell'autostima, lo sviluppo dell'autonomia personale, l'indipendenza e l'inclusione sociale.

L'esclusione dal mercato del lavoro rappresenta uno dei fattori più penalizzanti per la qualità di vita dei ragazzi autistici. Ostacola il diritto della persona alla partecipazione sociale e a una vita adulta dignitosa.

Al termine del percorso scolastico, durante la transizione all'età adulta, per le persone con disturbo dello spettro autistico, mancano occasioni professionali che valorizzino le loro abilità.

L'inserimento in un contesto lavorativo rappresenta una meta importante non solo per il giovane, ma anche per la sua famiglia e per la società.

### **Descrizione**

#### **Scheda Inclusione socio-lavorativa per persone con disturbo dello spettro autistico (ASD)**

Il PDTA autismo prevede tra i principali obiettivi per le persone adulte con ASD il compimento del ciclo di studi e l'avvio al lavoro. Vale la pena di ricordare che le persone con ASD di qualsiasi livello di gravità si collocano a livelli di occupazione inferiori a qualsiasi altra categoria diagnostica psichiatrica (inclusa la semplice disabilità intellettiva). Per questo lo sforzo abilitativo di inserimento al lavoro rappresenta un caposaldo degli interventi attuati a favore dei giovani e giovani-adulti con ASD. Pur utilizzando diverse modalità di inserimento al lavoro (dal supporto per la ricerca nel libero mercato, all'inserimento in cooperative sociali), lo strumento tuttora più diffuso per le persone con ASD rimane il tirocinio formativo, soprattutto se svolto in gruppi di lavoro fra pari.

## Destinatari

---

Persone in carico al DSM e DP di Piacenza (Programma autismo), destinatari di un progetto individualizzato per il reinserimento socio-lavorativo, valutati in grado di sostenere un percorso di accompagnamento socio-educativo, per l'inserimento nel mondo del lavoro. Il programma autismo accoglie gli utenti inviati dalla neuropsichiatria al termine della scuola e gli utenti che per diversi motivi ricevono una diagnosi di autismo tardiva, spesso presentando anche comorbidità psichiatrica.

## Azioni previste

---

Per le persone con diagnosi di autismo l' **accompagnamento al lavoro avviene spesso attraverso** percorsi di Tirocinio Formativo e Progetti Personalizzati di orientamento.

Si prevede la realizzazione delle seguenti azioni:

- Individuazione degli utenti in carico al programma autismo motivati al lavoro e con competenze adeguate per sostenere un percorso professionale. Le competenze sono rilevate tramite la diagnosi funzionale.
- Individuazione di contesti lavorativi che corrispondono agli interessi e alle competenze degli utenti.
- Formulazione del progetto formativo e della convenzione con le Aziende interessate ad ospitare i giovani in tirocinio.

Avvio del percorso, monitoraggio ed eventuale conclusione dell'attività con verifica dell'ente certificatore.

**Per l'anno 2021, all'interno del Percorso autismo, si prevede un aumento del numero di tirocini da attivare. In particolare, oltre all'aumento di nuovi casi arrivati dalla NPJA, si sottolinea che diverse persone in carico ai Servizi Sociali del Comune di Piacenza, sono state segnalate alla UOC Psichiatria di Collegamento e Inclusione Sociale (percorso autismo Ausl) per una rivalutazione diagnostica. Le rivalutazioni diagnostiche hanno portato ad un aumento delle persone in carico e la necessità di aumentare il numero dei tirocini da attivare. I periodi di disoccupazione e di sospensione dei tirocini, portano la persona con autismo ad aumentare in modo esponenziale il tempo dedicato agli interessi particolari, distogliendola dalle relazioni sociali e aumentando il rischio di comorbidità psichiatriche che possono influire sul progetto di vita.**

## Eventuali interventi/politiche integrate collegate

---

Politiche attive del lavoro

Politiche formative

Politiche sanitarie

Politiche sociali

Politiche per la riduzione delle disuguaglianze

Politiche per favorire l'autonomia delle persone

Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini e di contrasto allo stigma

## Istituzioni/attori sociali coinvolti

---

Ausl Di Piacenza; Comune Di Piacenza; Provincia Di Piacenza

## Referenti dell'intervento

---

Dr. Corrado Cappa Direttore dell'UOC Psichiatria di Collegamento-DSMeDP-Ausl Piacenza- [c.cappa@ausl.pc.it](mailto:c.cappa@ausl.pc.it)  
Tel.0523/302521 cell. Az. 348/7702988

Ross Paola, UOC Psichiatria di Collegamento-DSM eDP Ausl Piacenza - mail [P.Rossi@ausl.pc.it](mailto:P.Rossi@ausl.pc.it) tel. 0377-302508

### **Novità rispetto al 2019**

---

destinatari, referenti dell'intervento

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Miglioramento dell'accesso ai percorsi di emergenza urgenza</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
<b>Riferimento scheda regionale</b>	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Ausl di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	Sì

### **Razionale/Motivazione**

Un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute per i cittadini è avere la garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie anche in condizioni di urgenza e massima complessità. In quest'ottica risulta fondamentale il miglioramento della presa in carico complessiva in condizioni di emergenza urgenza, attraverso la rete dei Pronti Soccorso, della continuità assistenziale e dei punti di primo Intervento (PPI)

La rete dell'emergenza-urgenza opera con funzioni di "cerniera" tra ospedale e territorio per affrontare i problemi diagnostico-terapeutici dei pazienti in situazioni critiche e ha la finalità di:

1. Garantire un facile accesso ai cittadini, secondo criteri di priorità ed equità
2. Assicurare il tempestivo e appropriato trattamento ai cittadini che manifestano un bisogno di salute urgente, garantendo continuità di cura fra territorio e ospedale
3. Garantire l'appropriato ricovero ospedaliero urgente tenendo conto dei diversi livelli d'intensità di cura necessari, delle necessità specialistiche e della organizzazione in Rete delle attività ospedaliere aziendali secondo i principi dell'Hub & Spoke

Il sistema dell'emergenza aziendale comprende le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).

La rete dell'emergenza territoriale è gestita dal Servizio di Emergenza Territoriale 118, coordinato dalla Centrale Operativa Emilia Ovest con sede a Parma.

La risposta assistenziale sul territorio è organizzata su due livelli:

- livello di base (BLS-D), garantito da mezzi e personale del volontariato: attualmente sono attive 29 postazioni dislocate in tutto il territorio provinciale
- livello avanzato (ALS), garantito da mezzi dell'Azienda o del volontariato, ma comunque con personale professionale dell'Azienda (medico o infermiere), in grado di fornire supporto sanitario avanzato (possibilità di somministrare farmaci, gestire in modo invasivo le vie aeree, infusione di liquidi, ecc.). La dotazione attuale è 8 mezzi ALS presenti sul territorio provinciale a cui si aggiunge il servizio di elisoccorso con mezzi provenienti dalla sede di Parma, Pavullo nel Frignano (elisoccorso alpino) e Bologna (adibito al volo notturno)

Oltre all'assistenza fornita sul posto, la rete dell'urgenza-emergenza include le strutture fisiche (Pronto Soccorso e Punti di Primo Intervento) per la gestione dei casi critici a cui i pazienti possono accedere anche autonomamente:

- Pronto Soccorso presso l'ospedale di Piacenza
- Pronto Soccorso presso l'ospedale di Fiorenzuola d'Arda
- Pronto Soccorso presso l'ospedale di Castel San Giovanni
- Pronto Soccorso Pediatrico presso l'ospedale di Piacenza
- Punto di Primo Intervento presso l'ospedale di Bobbio
- Punto di Primo Intervento di Farini

## Descrizione

---

I

a specializzazione delle strutture ospedaliere dell'Azienda ha modificato l'operatività della rete per l'emergenza-urgenza sulla base del modello hub & spoke.

Il modello prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di riferimento" (hub) e l'organizzazione dell'invio a questi "hub" da parte dei centri periferici delle casistiche che superano la soglia di complessità gestibile presso gli spoke aziendali.

Il piano di organizzazione e sviluppo della sanità piacentina ha definito:

- **Piacenza** come sede individuata per la gestione di definite patologie urgenti-emergenti e conseguentemente sia il trasporto primario (direttamente dal territorio) sia il trasporto secondario (da altri PS, PPI, ospedali) vengono convogliati verso l'hub provinciale. L'ospedale del capoluogo provinciale è il centro di riferimento per l'emergenza-urgenza ortopedica, chirurgica e pediatrica
- **Fiorenzuola e Castel San Giovanni** come sedi di Pronto Soccorso aperti H12 7 giorni su 7 per le attività di accettazione e trattamento dei casi che si presentano spontaneamente o trasportati dalla rete di emergenza territoriale, per rispondere alle esigenze del bacino di riferimento
- **Bobbio e Farini** come Punti di Primo Intervento atti a garantire una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza sul territorio e in stretto collegamento funzionale con le altre strutture complesse della rete aziendale

Dal punto di vista organizzativo, all'interno del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, è stata istituita nel corso del 2019 la "Piattaforma dell'urgenza" comprendente le unità operative di Chirurgia d'urgenza, che afferisce al dipartimento delle Chirurgie, Medicina di Area Critica e Medicina d'urgenza a ciclo breve, per garantire maggiore integrazione nella presa in carico, cura e assistenza dei pazienti ricoverati.

La flessibilità e modularità dei punti di accesso alla rete ospedaliera dell'emergenza è da considerarsi un punto di forza dell'organizzazione, in quanto consente all'intero sistema di rispondere in modo tempestivo e calibrato ad eventi improvvisi e mutate esigenze.

## Destinatari

---

Tutta la popolazione

## Azioni previste

---

Le azioni pianificate per il miglioramento dell'accesso ai percorsi di emergenza urgenza per l'anno 2022 possono essere classificate nei seguenti ambiti:

### **Azioni per definire e condividere le procedure operative volte a migliorare l'accessibilità e la gestione dei percorsi in emergenza-urgenza**

Il miglioramento dell'accesso ai servizi in emergenza urgenza ed in particolare il buon funzionamento delle strutture di Pronto Soccorso è responsabilità complessiva dell'intera rete dei servizi sanitari.

Il piano di azioni discende da quanto stabilito con DGR 1129/2019 con la quale si definiscono le linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie.

Nel dettaglio le azioni mirano a:

- Ridurre i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni di Pronto Soccorso: l'obiettivo è garantire un tempo complessivo di permanenza inferiore alle 6 ore (7 per i casi a maggiore complessità)
- riorganizzazione del triage e dei percorsi interni ai PS nonché delle funzioni di supporto (diagnostica, consulenze, trasporti)
- Monitoraggio e gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827 del 17/11/2017, con particolare riferimento alla rilevazione dell'algoritmo NEDOCS
- Implementazione della funzione di bed-management, propedeutica alla riduzione del tempo di «messa a letto» del paziente con necessità di ricovero

All'obiettivo di migliorare l'accessibilità e i tempi di processo di Pronto Soccorso, si affianca la necessità di definire percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) per le patologie che possono coinvolgere le strutture di emergenza-urgenza.

A livello aziendale, da alcuni anni, si sono avviati gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali per la stesura e condivisione di modalità operative condivise per la presa in carico di pazienti con patologie a carattere urgente.

In particolare, sono implementati percorsi definiti per le principali patologie tempo dipendenti:

- PDTA trauma grave
- PDTA stroke
- PDTA paziente con STEMI

A questi si aggiunge la definizione a livello aziendale delle modalità per la centralizzazione dell'urgenza chirurgica aziendale.

L'implementazione dei percorsi comporta il monitoraggio di indicatori definiti dal gruppo di lavoro e incontri periodici dei componenti al fine di valutare i risultati conseguiti e attivare azioni di miglioramento conseguenti.

### **Azioni per garantire alle strutture di Pronto Soccorso dotazioni e assetti logistici adeguati**

Le azioni di sviluppo in questo ambito non possono esimersi dal considerare ciò che la rete dell'emergenza-urgenza provinciale ha affrontato durante l'epidemia COVID nei primi mesi del 2020.

I Pronto soccorso hanno rappresentato nelle fasi di picco epidemico uno dei punti di maggiore pressione sul sistema: dovranno pertanto essere riorganizzati e ristrutturati con l'obiettivo prioritario di separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano i criteri di separazione e sicurezza rendendo definitive soluzioni già adottate in modo provvisorio.

Obiettivo del piano di adeguamento strutturale è quello di realizzare all'interno dei pronto soccorsi aree di pre-triage, doppi percorsi, sale di attesa e di trattamento per separare i pazienti a potenziale rischio Covid da quelli no-Covid.

La rete dei P.S. di Piacenza vede già adeguato il P.S. di Piacenza e il P.S. dell'Ospedale di Fiorenzuola. Allo stesso modo, anche per l'ospedale di Castel San Giovanni è stato inserito nel piano degli investimenti la realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica da destinare a P.S. per rispondere appieno all'esigenza di separazione dei percorsi.

Al pari delle strutture di Pronto Soccorso, anche la rete dell'emergenza territoriale è stata pesantemente coinvolta, vedendo il volume dei trasporti in emergenza incrementare in modo drammatico rispetto al numero di servizi svolti in condizioni standard.

Il piano regionale, sempre in applicazione del DL 34, prevede per il potenziamento della rete dell'emergenza territoriale di Piacenza, l'assegnazione di due ambulanze con relativo equipaggio (4 infermieri e 4 autisti).

Gli interventi sopra descritti proseguono nella direzione intrapresa negli anni precedenti che prevede l'adeguamento strutturale degli ambienti di Pronto Soccorso per assicurare sempre maggiore sicurezza e comfort a operatori e utenti.

In particolar modo, per l'ambito riguardante la violenza contro gli operatori, sono state implementate una serie di modifiche strutturali, messe in atto con il Servizio di Prevenzione e Protezione, quali telecamere, pulsantiere, allarmi, la presenza notturna di una guardia giurata, proseguendo il percorso virtuoso di formazione agli operatori su come l'operatore possa rafforzare l'assunzione di atteggiamenti per prevenire forme di aggressione.

Infine, nell'anno 2019 l'Azienda ha inaugurato il nuovo Pronto Soccorso Pediatrico di Piacenza, in ambienti rinnovati e ampliati (circa 50 mq più del precedente). I nuovi spazi, totalmente riqualificati e più funzionali alle attività, permettono di rispondere al meglio alle esigenze di emergenza e urgenza dell'età pediatrica.

### **Azioni per promuovere iniziative formative trasversali e condivise con gli altri servizi della rete sanitaria e sociale del territorio**

- continuare gli investimenti di questi anni in tema di comunicazione e umanizzazione del percorso del paziente

- continuare nell'implementazione collaborazioni con i CCM aziendali e con le associazioni di volontariato presenti in tutti i PS aziendali (esempio attività GAPS)

- continuare collaborazione con rete territoriale contro la violenza di genere, attraverso la promozione ed implementazioni delle reti locali in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere

### **Azioni per migliorare l'appropriatezza e l'efficacia nei percorsi per pazienti cronici con particolare attenzione al funzionamento dell'interfaccia con i servizi**

#### **Territoriali:**

Oltre al ruolo da protagonista nei percorsi di presa in carico dei pazienti con problematiche urgenti/emergenti, la rete dell'urgenza è coinvolta nei percorsi per i pazienti con patologie croniche (BPCO, scompenso cardiaco e diabete) e percorsi specialistici.

Il PS svolge un duplice ruolo per queste tipologie di pazienti: gestire al meglio la fase urgente/acuta della patologia e indirizzare correttamente il paziente all'interno del percorso, avendo definito a priori all'interno delle modalità operative condivise, le principali interfacce e le modalità per assicurare la continuità assistenziale ai pazienti.

### **Referenti dell'intervento**

---

Dr. Andrea Magnacavallo – Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza

### **Novità rispetto al 2019**

---

razionale/motivazione, descrizione, azioni previste

### **Novità rispetto al 2021**

---

AZIONI PREVISTE

### **Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Promozione di strategie condivise per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	25 Contrasto alla violenza di genere
<b>Riferimento scheda regionale</b>	25 Contrasto alla violenza di genere 33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Provinciale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	Sì
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Si intende promuovere, consolidare e potenziare le collaborazioni stabili tra servizi, istituzioni e soggetti del privato sociale per rafforzare la rete dei servizi e renderla sempre più in grado di affrontare, pur nella specificità delle funzioni di ciascuno, il fenomeno della violenza contro le donne, con obiettivi comuni e modalità condivise a livello provinciale, nel quadro del Piano regionale contro la violenza di genere approvato con DAL n. 69/2016.

### **Descrizione**

**I Comuni capo distretto, l'Ausl e il Centro Antiviolenza Associazione Città delle Donne – Telefono Rosa hanno sottoscritto uno specifico protocollo d'intesa volto a identificare gli impegni di ciascuno, le risorse necessarie e le modalità di collaborazione tra il Centro Antiviolenza e i servizi sociali territoriali, nonché a promuovere le azioni coordinate finalizzate al monitoraggio, alla prevenzione, emersione e contrasto del fenomeno della violenza di genere, alla formazione permanente degli operatori impegnati a**

**vario titolo e con varie professionalità sul tema. A seguito di tale Protocollo, Il Comune di Piacenza, individuato come capofila, ha stipulato una nuova convenzione per il sostegno economico, con il concorso di tutti i distretti del territorio provinciale, all'attività del Centro Antiviolenza, comprensivo della Casa Rifugio.**

**In coerenza con tale percorso, ed in continuità con il corso di formazione "Accoglienza e assistenza nelle rete dei servizi di emergenza urgenza e nelle rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza", finanziato con delibera n. 1890 del 29 /11/2017, con cui la Regione ha promosso nel corso del 2018 interventi formativi a sostegno dell'implementazioni delle reti locali in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere, nel 2019 il Centro Antiviolenza Associazione Città delle Donne – Telefono Rosa, in collaborazione con l'AUSL e l'Associazione Donne Medico sezione piacenza, ha sviluppato il progetto ALTRI PASSI: il progetto nasce con l'obiettivo di favorire il rispetto per una cultura plurale delle diversità e della non discriminazione, promuovendo il tema della parità uomo-donna e le pari opportunità, in particolare rivolgendosi con attività formative a medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta dei territori di montagna e con la collaborazione delle assistenti sociali dei comuni coinvolti, sviluppare incontri di sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza.**

**Attraverso tali azioni si intende continuare a promuovere in collaborazione con gli enti locali dei comuni e il Tavolo provinciale contro la violenza alla donne, una attenzione ai temi della violenza di genere sempre più capace di riconoscere la propria rete di riferimento, rete multi-attoriale e multi-professionale.**

## **Destinatari**

---

Donne vittime di violenza, operatori dei servizi sociali e sanitari

## **Azioni previste**

---

Sono previste le seguenti azioni:

- Rinnovo del PDTA-S aziendale (vedi scheda 33) per la valorizzazione della rete provinciale, sia dei percorsi di tutela in emergenza che di prevenzione del fenomeno violenza di genere;
- Centro Antiviolenza, comprensivo della gestione della Casa Rifugio (per un totale di 17 posti nelle varie articolazioni di ospitalità in emergenza, seconda accoglienza, casa ad indirizzo secretato) e del servizio di reperibilità telefonica
- Attività di formazione degli operatori sociali, sanitari dell'associazionismo locale e delle forze dell'ordine

## **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

Politiche e interventi contro le discriminazioni

Interventi di contrasto alla povertà e inclusione sociale e lavorativa

## **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Distretti Città di Piacenza, Levante e Ponente, Ausl, Questura, Prefettura, Terzo Settore

## **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

## **Risorse dei Comuni**

---

## **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>PROGETTI INDIVIDUALI PAZIENTI GRADA</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
<b>Riferimento scheda regionale</b>	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Azienda USL di Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Provinciale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Sì
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Sempre più spesso si ha a che fare con persone affette da gravissima disabilità acquisita quali SM, mielolesioni, gravi cerebro-lesioni con bisogni che non sempre il nostro territorio è in grado di soddisfare in quanto i luoghi, le attività esistenti rispondono soprattutto ad una fascia di persone con disabilità congenita. Da qui la volontà di creare interventi individualizzati che tengano conto , oltre che della situazione attuale anche della storia della persona prima dell'evento e delle capacità residue cercando , laddove è possibile , di conciliare i bisogni con i desideri.

### **Descrizione**

Le persone a cui è rivolto l'intervento hanno un passato "normale" e improvvisamente si trovano ( loro e i familiari) a dover fare i conti con una realtà completamente diversa .

### **Destinatari**

Gravi/Gravissimi valutati come tali dalle UVM specifiche

### **Azioni previste**

1. Valutazione della persona,
2. Definizione del progetto di vita e di cura;
3. Attuazione e monitoraggio del PIVEC

**Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

INAIL, COMUNE , AUSL, Cooperative con progetti ad hoc, ass. sociali, personale AUSL ( educatori)

**Referenti dell'intervento**

---

Elena Braghieri [e.braghieri@ausl.pc.it](mailto:e.braghieri@ausl.pc.it)

Contini Andrea Direttore Organizzazione Territoriale AUSL PC [a.contini@ausl.pc.it](mailto:a.contini@ausl.pc.it)

**Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

**Risorse dei Comuni**

---

**Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>ASSISTENZA RESIDENZIALE DISABILI: ACCOGLIENZA RESIDENZIALE PER LE GRAVISSIME DISABILITÀ ACQUISITE (EX DGR 2068/2004)</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
<b>Riferimento scheda regionale</b>	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Azienda USL Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Provinciale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Aree

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

L'inserimento in Struttura della persona con Gravissima Disabilità Acquisita necessita di un accompagnamento e condivisione del percorso di cura tra l'equipe sanitaria aziendale e l'equipe della struttura. Tale momento di condivisione ha quale fine principale garantire la continuità assistenziale, facilitare l'inserimento della persona e del proprio familiare all'interno della struttura

### Descrizione

Incontro tra case manager aziendale, equipe socio sanitaria afferente alla struttura che accoglie pazienti GRADA il caregiver/familiare, prima dell'ingresso della persona nella struttura al fine di presentare il caso e condividere la scheda di valutazione multidimensionale definita dall'Equipe UVM Gracer Ospedale Territorio per ingresso in struttura.

### Destinatari

Persone affette da Gravissima Disabilità Acquisita DGR 2068

### Azioni previste

Attuazione del percorso di presa in carico congiunta tra il personale delle struttura il Cm GRADA e i familiari;

**Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Ausl di Piacenza, Comuni dei 3 Distretti, CRA S. Giuseppe , Verani e Albesani

**Referenti dell'intervento**

---

Elena Braghieri, CM GRADA 2068 – AUSL Piacenza tel. 0523/407147 cell. 349/7217374 e-mail: [e.braghieri@ausl.pc.it](mailto:e.braghieri@ausl.pc.it)

Contini Andrea direttore U.O. Organizzazione Territoriale AUSL PC [a.contini@ausl.pc.it](mailto:a.contini@ausl.pc.it)

**Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

**Risorse dei Comuni**

---

**Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Parliamone e non... improvvisiamoci</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
<b>Riferimento scheda regionale</b>	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Azienda USL Piacenza
<b>Ambito territoriale</b>	Provinciale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Sì
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	Sì
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Gli interventi riabilitativi per persone colpite da grave cerebro-lesione acquisita dopo la fase di ospedalizzazione devono essere finalizzati al consolidamento delle competenze residue attraverso interventi di tipo ecologico da realizzarsi preferibilmente nei contesti ove sia facilitata l'interazione sociale

### **Descrizione**

Il progetto Parliamone ha avuto un'evoluzione in una esperienza più ampia allargata anche ai professionisti sanitari e di strutture (CRA) afferenti al percorso GRACER. L'esperienza consiste in un laboratorio di improvvisazione teatrale in cui pz e operatori agiscono sotto la guida del tutor (esterno e esperto). In questo modo si azzerano le differenze a livello comunicativo e vi è assenza di giudizio in quanto tutto ciò che si fa è "vissuto come gioco" e non c'è errore.

Incontri di gruppo quindicinali da effettuarsi in presenza dell'esperto che introduce e partecipa alle attività d'improvvisazione

Si propongono esercizi comunicativi propedeutici ad un prodotto finale: laboratorio da presentare.

### **Destinatari**

Pazienti con grave cerebro-lesione acquisita con disartria e/o afasia in fase di esiti (post riabilitazione intensiva acuta)

### **Azioni previste**

Sedute singole per valutare le competenze comunicative dei pazienti che comporranno il gruppo ( test ABaCo)

Somministrazione di questionari validati ai singoli pazienti e ai loro care-giver per indagare la qualità di vita percepita in relazione alle loro abilità comunicative all'inizio e alla fine del Questionari costruiti dalla logopedista e dai tirocinanti di logopedia con supervisione dell'esperto. ( somministrati sia ai pz che agli operatori)

Composizione del gruppo in un incontro preliminare conoscitivo e di presentazione

### **Referenti dell'intervento**

---

Raggi Rossella logopedista pz grada tel 348/7702898 e-mail [r.raggi @ausl.pc.it](mailto:r.raggi@ausl.pc.it)

Braghieri Elena : CM GRADA 2068 e.mail [e.braghieri@ausl.pc.it](mailto:e.braghieri@ausl.pc.it) tel 0523 317653

Contini Andrea Direttore Organizzazione Territoriale [a.contini@ausl.pc.it](mailto:a.contini@ausl.pc.it)

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Azioni di contrasto alla crisi socio economica generatesi in seguito all'epidemia COVID-19</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	40 Azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla crisi economico sociale generatesi in seguito all'epidemia COVID -19
<b>Riferimento scheda regionale</b>	40 Azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla crisi economico sociale generatesi in seguito all'epidemia COVID -19
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	1 - Programma finalizzato Scheda 40
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	No
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

La grave emergenza sanitaria esplosa nei primi mesi del 2020 avrà ingentissimi costi economici e sociali, anche nella nostra regione. Gli effetti di questa emergenza e delle misure messe in atto per contrastarla avranno un impatto di lungo periodo sulla vita delle persone e sulle comunità in cui viviamo. Le ricadute sui nuclei familiari e sui singoli individui hanno determinato un acuirsi delle disuguaglianze già presenti nel nostro sistema sociale. In particolare, appare evidente come le persone in condizione di fragilità economica, relazionale, educativa, abbiano risentito maggiormente dell'isolamento sociale e della distanza fisica prevista dalla normativa, senza contare l'impatto sul tessuto produttivo ed il mercato del lavoro, con la crisi economica che inizia a profilarsi in queste settimane. Vi è pertanto la necessità di intervenire in modo tempestivo per poter risollevare una comunità molto provata dall'emergenza e dalle innumerevoli difficoltà da essa derivanti. In questa ottica sarà necessario sostenere le situazioni di fragilità e di disuguaglianza generatesi, attivando interventi e servizi per aiutare i nuclei ed i singoli che non riescono a far fronte alle molteplici difficoltà generatesi.

### **Descrizione**

**AREA DISABILI:** La fase di emergenza sanitaria- COVID 19, ha determinato un forte impatto sulla vita delle persone disabili e le loro famiglie e sul funzionamento dei relativi servizi ( CSR,CSRR,CSO ecc...) La gestione del collegamento con i disabili stessi e le loro famiglie da parte dei servizi preposti ,ha comportato un intenso lavoro di confronto tra i gestori dei Servizi e la Comunità.

**AREA ANZIANI:** Durante la fase di emergenza COVID 19 , non sono stati effettuati nuovi inserimenti nella rete CRA ANZIANI, si è proceduto pertanto a coprire ove possibile i posti contrattualizzati che si sono liberati con passaggi interni da graduatoria. Si sono chiusi i centri diurni, mentre sono stati garantiti i servizi domiciliari sia nella forma SAD non Auto che nella forma SAD Tutelare, precisando che i numeri sono stati comunque bassi.

E' evidente che l'emergenza ha modificato gli assetti sia familiari che in particolare l'evidenziazione dei bisogni, come rilevato nel recente Tavolo Anziani è fondamentale intraprendere nuovi percorsi e nuove progettazioni, è necessario formare gli operatori e metterli in condizione di operare con nuovi strumenti capaci di leggere i nuovi bisogni

## Destinatari

---

Popolazione del Distretto di Ponente

## Azioni previste

---

AREA DISABILI: Dopo il periodo di sospensione totale delle attività dei Servizi, in seguito al DPCM del 17 Marzo sono state attivate le forme alternative di intervento previste, caratterizzate soprattutto da forme varie di monitoraggio ed interventi con gli utenti a distanza. Gli interventi a distanza sono stati attivati soprattutto nei confronti di disabili frequentati i C.S.O. e le attività occupazionali. Mentre con persone affette da grave disabilità gli interventi riguardavano in prevalenza il monitoraggio della situazione delle famiglie, le quali hanno manifestato un comprensibile atteggiamento di cautela rispetto alle proposte di intervento domiciliare in presenza rivolte a loro.

Nelle strutture residenziali ( CSRR , Gruppi appartamento;) non si sono verificate particolari problematiche legate al contagio, in un CSRR dove si sono manifestati casi sospetti hanno potuto effettuare l'isolamento utilizzando gli spazi dell'adiacente CSRD allora non ancora in funzione.

Nella fase della riapertura dei centri diurni, avvenuta secondo le modalità previste dalla delibera regionale 526. Le strutture diurne CSRD e CSO hanno ripreso il funzionamento programmando gli interventi per i vari gruppi. A tal proposito si sottolinea che alcune famiglie hanno comunque ritenuto di mantenere il proprio congiunto disabile al domicilio.

Per uno dei due CSRD presenti nel territorio si sono presentati dei vincoli per la riapertura in quanto il servizio condivide gli spazi con l'adiacente CSRR. Ha potuto riprendere l'attività in spazi limitati e offrendo la possibilità di frequenza giornaliera solo a 5 disabili in presenza a fronte delle 10 adesioni. La problematica emersa ha portato a maturazione l'ipotesi di trasferimento del CSRD in oggetto in altro luogo che a breve, dopo opportuni interventi di adattamento, potrà funzionare in spazi più ampi idonei all'accoglienza di tutti i potenziali fruitori. A questo punto l'incremento di locali nel rimanente CSRR potrebbe comportare ( si tratta per ora solo di ipotesi) l'acquisizione di alcuni posti letto in modo da incrementare , al livello distrettuale, la disponibilità di posti residenziali per fornire risposte ad eventuali richieste di accoglienze di sollievo e/o di emergenza, che attualmente costituiscono una criticità per il territorio.

**Criticità** :1) la fase di emergenza sanitaria ha evidenziato il bisogno di gestione di quella fascia di persone disabili che a causa della sospensione dei tirocini formativi aziendali , che ancora oggi coinvolge una significativa quantità di persone, si sono trovati a gestire un tempo vuoto con le relative difficoltà familiari. Il problema degli inserimenti occupazionali era già presente in tempi precedenti la pandemia ,la quale non ha fatto altro che incrementare la problematica.

2) Come già riportato in precedenza , in merito alla necessità di dover effettuare l'isolamento di disabili accolti nelle strutture residenziali, le due strutture presenti nel Distretto non sono in grado di effettuarlo in quanto non esistono spazi dedicati , si sta valutando l'ipotesi di allestire uno spazio dedicato all'interno di una CRA dove accogliere i disabili inseriti nelle strutture residenziali destinati alla quarantena.

AREA ANZIANI:

- Sviluppare un percorso formativo agli operatori
- Aprire un tavolo di discussione sulle forme residenziali sia nella forma conosciuta delle CRA che nuove forme a loro collegate di piccoli gruppi di ospiti
- Potenziare i servizi domiciliari anche attraverso nuovi progetti, dando priorità ad un progetto specifico sul badantato

AREA MINORI: vedere allegato "Progetto nuovo Contatto"  [2 gruppo NUOVO CONTATTO.pdf](#)

AREA ADULTI:

**Il fondo finalizzato "Azioni di contrasto alla crisi socio economica generatesi in seguito all'epidemia COVID-19" è stato destinato totalmente a contributi economici a favore di situazioni emergenziali legate all'impovertimento generato dall'epidemia, andando ad implementare i bandi distrettuali già finanziati da anni con i Piani di zona.**

### **Referenti dell'intervento**

---

Referenti Ufficio di Piano del Distretto di Ponente

### **Novità rispetto al 2021**

---

AZIONI PREVISTE

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	54.261,78 €
-------------------------------	-------------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Programma finalizzato Azioni contrasto disuguaglianze scheda 40 (anno 2022)</b>	54.261,78 €
--	-------------

<b>Titolo</b>	<b>Interventi Non Autosufficienza</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
<b>Riferimento scheda regionale</b>	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Arce**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Sì
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Descrizione**

### **Destinatari**

Caregiver familiari e persone accudite, famiglie, assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali.

### **Azioni previste**

#### **RETE STORICA DI SERVIZI AREA ANZIANI - FRNA:**

SAD NON AUTOSUFFICIENTI

ASSEGNI DI CURA e CONTRIBUTI BADANTE

CENTRI DIURNI ANZIANI Nel distretto sono presenti due centri diurni con posti accreditati: Centrodiurnodi GragnanoTrebbiense e Centro Diurno Albesani.

CRA LUNGA PERMANENZA: Il SAA autorizza l'accesso ai posti contrattualizzati CRA, sulla base del Regolamento distrettuale, approvato in Comitato di Distretto. Nelle CRA sono presenti i seguenti posti accreditati:

ALBESANI:106

SILVABOBBIO:44

MELOGRANO:51

CASTAGNETTI:47  
 VILLAVERDE:31  
 GARDENIA:75

**RICOVERI DI SOLLIEVO IN CRA:** Per il Distretto di Ponente sono contrattualizzati i seguenti posti di sollievo:  
 ALBESANI:1  
 MELOGRANO:1  
 GARDENIA:2  
 VILLA VERDE: 1

**RICOVERITEMPORANEI:** Al momento è possibile usufruire di ricoveri temporanei a carattere riabilitativo, a totale carico FRNA, presso la CRA Albesani, dove sono contrattualizzati 2 posti (400 giornate). L'esperienza degli ultimi anni suggerisce di estendere le strutture nelle quali è possibile erogare tale tipologia di ricovero in modo da ampliare le possibilità di realizzare l'intervento, nel momento in cui si rileva il bisogno. Trattandosi di ricoveri non facilmente programmabili, è capitato infatti di non riuscire ad attivare il servizio in tempo utile, a causa dell'assenza materiale del posto letto. Le caratteristiche del ricovero richiedono un setting assistenziale con copertura infermieristica sulle 24 ore. In questo senso, oltre alla CRA Albesani, si sta valutando la possibilità di realizzare ricoveri temporanei riabilitativi presso CRA Gardenia / Melograno di Borgonovo Val Tidone.

#### ALTRI INTERVENTI AREA ANZIANI

PROGETTOBADANTI, CUTODE SOLIDALE, PROGETTI DI ACCOGLIENZA PRESSO COMUNITA' ALLOGGIO, APPARTAMENTO CO-HOUSING PECORARA (vedereschedaintervento" Innovazioneinterventiareanziani").

PROGETTO" SOSTEGNO ALL' ASSISTENZA FAMILIARE", PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI RICOVERI TEMPORANEI DEMENZE, PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI SOLLIEVO AL CAREGIVER, INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO AL CAREGIVER –(vedere scheda intervento"Supporto e sostegno al caregiver")

#### AREA DISABILI:

Per i progetti relativi all'area disabilità per quanto riguarda la Progettazione " Vita Indipendente" e Dopo di Noi" si farà riferimento alla specifica scheda, così pure per le ipotesi di ampliamento e sviluppo dei Servizi già presenti.

#### ALTRI INTERVENTI :

-Sostegni domiciliari assistenziali ed educativi per garantire rispettivamente le attività di cura della persona e il sostegno educativo al progetto di inclusione sociale e occupazionale.

-Assegni di cura , intervento a supporto del progetto strutturato a domicilio , che consente la permanenza nella propria casa e riconosce il lavoro di cura del caregiver.

- CENTRI SEMIRESIDENZIALI : a) CSRD , presenti due nel territorio distrettuale con una capacità complessiva di accoglienza di 30 posti ( 16 + 14 ) . CSRD " Camelot" situato a Borgonovo e CSRD " Emma Serena" situato a Rottofreno. Nel 2022 il CSRD Camelot si trasferisce in locali limitrofi presentando richiesta di accreditamento per 2 posti ulteriori, passando da 14 a 16 posti accreditati. E' stata modificata la denominazione del centro, non più Camelot ma "Il Chiostro".

-CENTRO SOCIO OCCUPAZIONALI : Sono presenti tre centri dislocati nei vari ambiti del Territorio Distrettuale, per facilitare l' accesso da tutte le zone anche quelle periferiche e montane.

1. CSO " L'isola che non c'è" situato a Castel San Giovanni (Comune capofila), che accoglie 20 persone disabili , con annesso il " Laboratorio Autismo" che accoglie 4-5 persone affette da autismo.
2. CSO " La Tartaruga" situato a Bobbio, Comune situato nella zona montuosa e facente parte dell'Unione Montana Valli Trebbia e Luretta, con capacità recettiva di 12 posti
3. CSO , situato nel Comune di Gossolengo, a ridosso del Capoluogo di Provincia, che accoglie 8-10 persone e che svolge attività solo mezza giornata . Ad integrazione dell'orario vengono effettuati corsi di formazione e/o attività esterne.

Sono inoltre in via di sperimentazione progetti diurni svolti all' interno di realtà agricole come già specificato nella scheda n° 6 del piano attuativo

-CSRR : Ne sono presenti due nel territorio , con capacità di accoglienza di 24 posti ( 10+14) collocati nella zona di pianura, entrambi adiacenti, per il momento, ai rispettivi CSRD, sopra riportati.

-GRUPPI APPARTAMENTO: 1 presente nel Comune di Castel San Giovanni che accoglie 4 persone; 1 presente nel Comune di

Bobbio che accoglie 5 persone , questo è stato attivato nell'ambito della progettazione " Dopo di Noi " e costituisce un presidio residenziale importante in una zona periferica e montana che difficilmente potrebbe usufruire dell' offerta dei CSRR presenti nel Distretto, data la notevole distanza.

-ALTRI INSERIMENTI RESIDENZIALI, avvengono all'interno delle CRA , come già motivato all'interno della scheda n° 6.

#### **Anno 2022:**

Avvio della progettazione di percorsi di autonomia per persone con disabilità, con interventi da finanziare nell'ambito del PNRR, Missione 5, finalizzati all'autonomia abitativa e lavorativa. Sono in programma la costituzione di due gruppi appartamento con potenziale accoglienza di 8 persone con disabilità e individuazione di interventi per favorire l'accesso ad opportunità occupazionali/lavorative, prevedendo lo sviluppo di competenze digitali.

### **Referenti dell'intervento**

---

Referenti Aree Anziani e Disabili dell'Ufficio di Piano del DIstretto di Ponente, Responsabile del SAA

### **Novità rispetto al 2021**

---

AZIONI PREVISTE

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	8.648.016,84 €
-------------------------------	----------------

### **Risorse dei Comuni**

---

#### **Altre Risorse**

---

<b>Programma DOPO DI NOI (L122 2016)</b>		
<b>(Anno 2022)</b>	100563	
<b>FRNA (Anno 2022)</b>		7.617.437,12 €
<b>FNNA (Anno 2022)</b>		930.016,72 €

<b>Titolo</b>	<b>Progetto Adolescenza: il cielo (e la terra) in una stanza. Il fenomeno rei ritirati sociali</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
<b>Riferimento scheda regionale</b>	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Inserito nel percorso Community Lab</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	Sì
<b>Stato</b>	Approvato

### Aree

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

Osserviamo un fenomeno in espansione che vede alcuni adolescenti ritirarsi, non accedendo ad alcuna forma di mediazione con il mondo. Altri individuano in internet l'unica possibilità di accesso al sapere (ricerca di informazioni), di simbolizzazione (avatar e giochi di ruolo) e di relazione con gli altri (contatto mediato da chat e cuffie con microfono). Questi ragazzi si rifugiano in occasione di gravi crisi evolutive, in una sorta di auto ricovero che, contemporaneamente, esprime il disagio e un primo tentativo di risolverlo. Conosciuti anche come Hikikomori, i ragazzi che si trovano a vivere questa condizione faticano a trovare risposte valide, unitamente alle loro famiglie.

### Descrizione

"In un momento storico in cui gli enti pubblici faticano a rispondere ai bisogni e alle emergenze sociali del territorio, l'intervento sinergico e integrato del terzo settore, abbandonando le mere logiche competitive tra cooperative, apre la visione a un nuovo scenario in cui i diversi operatori sociali mettono in comune esperienze, risorse e visioni aziendali per un nuovo modello di welfare".

Lo scopo principale del progetto consiste nel garantire interventi coordinati e programmati di prevenzione, promozione del benessere e della salute, nonché interventi volti all'intercettazione precoce del disagio nei diversi contesti di vita di pre-adolescenti e adolescenti (attività di prevenzione e orientamento)

### Destinatari

"I ragazzi, la comunità, le famiglie e le scuole potranno usufruire di interventi educativi, pedagogici e psicologici mirati e diversificati, in un momento in cui le sole risorse degli enti pubblici non sarebbero in grado di sostenere una tale offerta. Le azioni di progetto impatteranno sul territorio, non solo migliorando le condizioni di vita delle persone direttamente coinvolte, ma soprattutto rendendo la comunità maggiormente consapevole circa la propria responsabilità nei confronti delle nuove generazioni".

### **Azioni previste**

---

Il PROGETTO PROMUOVO BENESSERE a respiro distrettuale, rappresenta la rete già esistente di connessione con il mondo della scuola e dei servizi socio-sanitari. In questo nuovo progetto rappresenta l'ambito privilegiato in cui poter raccogliere le segnalazioni circa gli indicatori di rischio e progettare risposte tenendo conto delle risorse esistenti sul territorio. Diventa pertanto la prima fase del progetto se integrato dalla presenza del mondo sociale referente del gestore dei territori del distretto

Il coordinamento già esistente delle scuole (promuovo benessere) sarà inoltre connesso con il nuovo nodo di rete pensato tra gli attuatori degli interventi a favore degli adolescenti sia per la fase pubblicitaria e la campagna di prevenzione sia per l'attivazione di spazi dedicati a problematiche adolescenziali

IL GESTORE del servizio minori per ogni singolo ambito territoriale ha la disponibilità di attivare interventi individualizzati attraverso una rendicontazione dei singoli interventi.

### **Eventuali interventi/politiche integrate collegate**

---

I

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Ausl UONPIA, Ausl Psicologia di Base, Ausl Consultorio, Ausl Sert, Servizi sociali, scuole, centro famiglie, educatore professionale, centri di formazione professionale, mediazione culturale, centro per le famiglie

### **Referenti dell'intervento**

---

Responsabile Ufficio di Piano Distretto di Ponente, Responsabili Servizi Sociali Comuni del Distretto di Ponente

### **Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>POTENZIAMENTO STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI EDUCATIVA DI TRANSITO</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	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
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Arce**

---

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Si
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

---

vedere progetto allegato  [EDUCATIVA DI TRANSITO.pdf](#)

### **Descrizione**

---

POTENZIAMENTO STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI EDUCATIVA DI TRANSITO

vedere progetto allegato.

### **Azioni previste**

---

### **Referenti dell'intervento**

---

Responsabili Servizi Sociali Tutela Minori

### **Novità rispetto al 2019**

---

Azioni previste

**Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 64.500,00 €

**Risorse dei Comuni**

---

**Altre Risorse**

---

**Fondo sociale locale - Risorse statali** 64.500,00 €

<b>Titolo</b>	<b>PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' PER IL RICONOSCIMENTO E IL SOSTEGNO DEI CAREGIVERS FAMILIARI</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
<b>Riferimento scheda regionale</b>	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	AUSL
<b>Ambito territoriale</b>	Aziendale
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Si
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Il *caregiver* familiare è una risorsa per il sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, il *caregiver* familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico.

In Emilia-Romagna è stata approvata la Legge Regionale n. 2/2014 dedicata al riconoscimento ed al sostegno del *caregiver* familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) nell'ambito degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari. La Regione ha in tal modo inteso valorizzare la cura familiare e la solidarietà come beni sociali, in un'ottica di responsabilizzazione diffusa e di sviluppo di comunità. Nel sistema integrato dei servizi regionali, si tratta di promuovere la creazione di reti di sostegno al *caregiver* familiare e una pluralità di interventi in ambito sociale, socio-sanitario e sanitario.

Il Patto per il Lavoro (sottoscritto dalla Regione il 20 luglio 2015) ha previsto la redazione di linee guida in grado di fornire indicazioni alle Aziende USL ed ai Comuni per l'attuazione dei principi sanciti dalla Legge Regionale n. 2/2014, nella direzione di un welfare di comunità che valorizzi anche l'esperienza e l'apporto degli Enti del terzo settore.

Nel mese di luglio 2016 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, ha costituito un apposito gruppo di lavoro, composto da parti sociali, associazioni di pazienti e familiari e professionisti delle Aziende USL e dei Comuni con l'obiettivo di elaborare la proposta di linee guida attuative della Legge Regionale n. 2/2014, che sono state approvate con DGR n. 858 del 16 giugno 2017.

Coerentemente, il Piano socio-sanitario regionale prevede il riconoscimento e la valorizzazione dei *caregivers* familiari all'interno delle politiche per la prossimità e la domiciliarità, individuandoli come risorse indispensabili alla rete dei servizi, che al contempo necessitano di sostegno, di iniziative di qualificazione, di condivisione delle responsabilità delle cure, di coinvolgimento nella costruzione e gestione del Progetto individualizzato assistenziale o educativo (PAI/PEI), favorendo azioni collaborative tra servizi e comunità in integrazione con le associazioni.

### **Descrizione**

La DGR 2318/2019 ha previsto l'elaborazione di un format unico per la stesura del Progetto personalizzato, con una identificazione chiara anche dei bisogni del caregiver e la previsione di specifici interventi di supporto.

In ogni caso, il caregiver dovrà essere esplicitamente individuato e coinvolto in modo attivo nel percorso di definizione, realizzazione e valutazione del progetto di vita e di cura della persona assistita nonché dividerne i contenuti sanitari, terapeutici, riabilitativi, assistenziali ed educativi.

Con la Determina Dirigenziale n° 15465 del 10/09/2020 la Regione Emilia Romagna ha individuato specifici Strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del *caregiver* familiare, da recepire in tutti gli ambiti distrettuali e servizi sociali territoriali per un utilizzo omogeneo.

Prescindendo dalla proposta di Format unico di progetto personalizzato, si ritiene di assumere specificamente la Sezione informativa dedicata al *caregivers*, in cui i professionisti coinvolti nella definizione degli interventi possono depositare informazioni specifiche sulla condizione dei *caregivers*, su bisogni e rischi di salute, e sulle principali necessità di supporto a partire dalle quali procedere alla progettazione e realizzazione di modalità personalizzate di sostegno.

Si intende inoltre dare diffusione alla Scheda di riconoscimento del *Caregiver*, finalizzata all'attribuzione di una Carta Identificativa, ancora in definizione a cura della Regione Emilia Romagna, come strumento uniforme sui territori. La Carta si articola in 2 sezioni: una contiene le informazioni fornite dai *caregivers* e l'indicazione dell'avvenuta stesura di un PAI, l'altra racchiude invece informazioni sui diritti e impegni del *caregiver*.

## Azioni previste

---

Nel percorso di progressiva applicazione della normativa regionale e di appropriazione di principi di fondo ed orientamenti generali per l'azione del sistema sanitario e socio-sanitario, si possono prefigurare in particolare alcune azioni che assumono carattere di priorità:

- realizzazione e conclusione della formazione degli operatori dei Comuni e dell'ASL in merito alla normativa, agli strumenti e alle procedure operative sottese alla realizzazione degli interventi a supporto dei *caregiver*;
- consolidamento del sistema valutativo per definire le priorità per l'attivazione di interventi/servizi (coinvolgimento UVM e UVMD – AUSL per la definizione delle modalità di impiego della scheda Zarit)
- valorizzazione dei contesti di maggiore e più immediata accessibilità per i *caregivers* familiari, (sportelli sociali, Case della salute, sedi di associazioni, ambulatori di prossimità in zone disagiate, etc.);
- azioni di informazione e formazione in situazione ed in progress per la gestione di soggetti affetti da demenza e/o grave disturbo del comportamento;
- programmazione congiunta e organica degli avanzi sul fondo regionale e dei nuovi stanziamenti sul fondo nazionale (DGR 1789/2021 e 982/2022);
- messa a sistema dell'attivazione dei diversi sostegni destinati al caregiver sia per persone già note ai servizi, sia per persone ancora sconosciute;
- implementazione permanente del portale regionale caregiver;

### Azioni a livello provinciale/aziendale

Conclusione della azione formativa rivolta a infermieri e assistenti sociali, sia con supporto metodologico sull'utilizzo degli strumenti di riconoscimento del caregiver e valutazione dello stress, sia a sostegno delle complessità relazionali che si possono instaurare con il caregiver;

Aggiornamento informatico del dell'applicativo Sociosanitario denominato "GISS" consentendo il caricamento dei documenti di

individuazione e valutazione del caregiver. Tali documenti vengono categorizzati in modo appropriato quindi sono stati creati dei TAG specifici per ogni tipologia di documento.

Azioni di informazione ai caregiver e sensibilizzazione del territorio, dirette a tutta la cittadinanza e con un'attenzione specifica a valorizzare la trama di iniziative e relazioni promossa dalle organizzazioni del Terzo Settore;

Azioni di supporto e consulenza psicologica ai *caregivers* familiari, anche rivolti ai famigliari di persone con deterioramento cognitivo e demenza.

#### Azioni a livello distrettuale (da modificare in capo ai Distretti)

##### Distretto di Levante

- Condivisione delle azioni trasversali di interesse provinciale;
- Sollievi domiciliari ad ore;
- Sollievi domiciliari a giornate;
- Sollievi di durata pari o inferiore a 7 giorni su posti privati di strutture residenziali;
- Porzioni di quota sociale dedicata a progetti individualizzati di inserimenti semiresidenziali su posti privati;
- Servizio di consulenza psicologica e di assistenza in situazione e a distanza a favore di utenti a affetti da demenza (Fondazione Verani – Lucca Onlus e servizi assimilabili es. Caffè Alzheimer);

##### Distretto di Ponente

Le priorità individuate a livello territoriale sono le seguenti:

1. Progetti di domiciliarità a carattere straordinario

Consolidamento/potenziamento/revisione del progetto/servizio "Sostegno all'assistenza famigliare" (SAF)

2. Progetti individualizzati diurni e residenziali per situazioni di particolare gravità

3. Azioni di sostegno specifico al caregiver

Tale sviluppo progettuale nei suoi diversi ambiti di applicazione deve assolutamente tener conto di alcuni elementi essenziali per la sua applicazione:

- Centralità delle Case della salute.
- Sviluppo su tutto il territorio distrettuale, con diversi accorgimenti applicativi, in relazione alle peculiarità delle differenti aree territoriali.
- Coinvolgimento della rete di volontariato
- Coinvolgimento sia in fase di progettazione che in fase applicativa degli operatori del Centro disturbi cognitivi e demenze (CDCD) e di altri professionisti della Casa della Salute (ADI – SAA)

-

##### Distretto Città di Piacenza

- Progetti individualizzati a sostegno di persone in dimissione protetta e dei loro caregivers familiari.

-

- Adozione della scheda di riconoscimento del *caregiver* famigliare come da DGR 2318/19 per facilitare l'accesso ai servizi

socio sanitari.

La scheda in formato cartaceo potrà essere messa in distribuzione presso il reparto ospedaliero dove sarà compilata e restituita alla caposala/operatrice delle dimissioni protette. Gli operatori dei Servizi individuati/uffici/ sportelli, ritireranno la scheda, lasciando una copia al caregiver insieme al foglio informativo e all'informativa privacy e compileranno l'allegato 2 (anagrafica caregiver), illustrando al caregiver i passi successivi e le possibilità offerte. La relazione con il caregiver creata tramite la scheda può evolvere verso la presa in carico ed il progetto personalizzato, grazie all'approfondimento effettuato con il caregiver da parte del Servizio territoriale.

- Utilizzo della scala Zarit autocompilata dal caregiver e della scala CBI al fine di comporre il punteggio finale di valutazione del caregiver.
- Stesura del progetto personalizzato dell'operatore territoriale in collaborazione con l'AUSL (percorso di valutazione UVG) ed il caregiver
- Attivazione del Servizio SAD gratuito (per la durata massima di un mese dalle dimissioni) seguendo il percorso di attivazione dei Servizi già in uso.

## **Novità rispetto al 2021**

---

AZIONI PREVISTE

## **Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 0,00 €

## **Risorse dei Comuni**

---

## **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla crisi economico sociale generatesi in seguito all'epidemia COVID-19 - fondo integrativo</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	40 Azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla crisi economico sociale generatesi in seguito all'epidemia COVID -19
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	COMUNE DI CASTEL SAN GIOVANNI
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Si
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Aree

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Si
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

Vedi scheda "Azioni di contrasto alla crisi socio economica generatesi in seguito all'epidemia COVID-19"

### Descrizione

Vedi scheda "Azioni di contrasto alla crisi socio economica generatesi in seguito all'epidemia COVID-19"

### Destinatari

Popolazione del Distretto di Ponente

### Azioni previste

Il fondo finalizzato "Azioni di contrasto alla crisi socio economica generatesi in seguito all'epidemia COVID-19" DGR 1283/2021 è stato destinato a finanziare i seguenti interventi:

- contributi economici a favore di situazioni emergenziali legate al tema della povertà e dell'abitare, potenziamento dei dispositivi distrettuali
- progetti a contrasto della povertà educativa
- progetto distrettuale sul ritiro sociale in adolescenza (vedi scheda Ritiro Sociale in Adolescenza)

### Referenti dell'intervento

Referenti Ufficio di Piano del Distretto di Ponente

### **Novità rispetto al 2021**

---

Proseguo del progetto Ritiro Sociale in Adolescenza

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Ritiro sociale in adolescenza</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	0 - Nessun Programma finalizzato
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	COMUNE DI CASTEL SAN GIOVANNI
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>È in continuità con la programmazione precedente?</b>	Sì
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Aree

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	Sì
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### Razionale/Motivazione

Il fenomeno del ritiro sociale degli adolescenti, che spesso si accompagna con quello della dispersione scolastica è nell'ultimo periodo un'emergenza psicoeducativa e sociale di grande rilievo.

Le nuove forme di disagio e i nuovi quadri psicopatologici si intrecciano con un contesto sociale che in seguito alla pandemia, all'esperienza forzata del lock down, alla paura dilagante verso la malattia e la preoccupazione verso gli altri, portano all'aumento quasi esponenziale di forme di ritiro dal mondo esterno composto da socialità, esperienze concrete, scuola, affettività reale.

### Descrizione

Gli obiettivi sono i seguenti:

- sensibilizzare il mondo degli adulti verso il fenomeno del ritiro sociale
- rafforzamento della rete territoriale dei servizi e realtà che si occupano dei giovani attraverso la condivisione dei segnali premonitori e prodromi all'esordio di un possibile ritiro sociale/dispersione scolastica
- costruzione di strategie condivise fra scuole, servizi, realtà associative per la prevenzione del fenomeno e per il raccordo verso una presa in carico mirata; in linea con il Tavolo Adolescenza regionale che sta stilando un documento operativo di "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione del rischio e la cura degli adolescenti e giovani adulti interessati dal fenomeno del ritiro sociale"

### Destinatari

Preadolescenti, adolescenti, famiglie, insegnanti, operatori sociali

### Azioni previste

- Approfondimento formativo per il Tavolo Adolescenza distrettuale sul tema del ritiro sociale e della dispersione scolastica
- Formazione sul tema del ritiro sociale rivolta a insegnanti, sportellisti, assistenti sociali, operatori sociali

- stesura di strategie operative per la prevenzione e la presa in carico dei ragazzi a rischio o già ritirati socialmente
- interventi domiciliari da parte di figure educative, mirati al recupero dei ragazzi ritirati e al riorientamento verso percorsi scolastici/formativi adeguati e verso percorsi di sostegno e terapia psicologica se necessari in forma individuale e di gruppo
- sostegno e supporto ai familiari di ragazzi in ritiro sociale

### **Istituzioni/attori sociali coinvolti**

---

Centro per le Famiglie del Distretto di Ponente, scuole, servizi sociali

### **Referenti dell'intervento**

---

Centro per le famiglie del Distretto di Ponente

### **Novità rispetto al 2021**

---

Proseguo del progetto

### **Preventivo di Spesa**

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	0,00 €
-------------------------------	--------

### **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

<b>Titolo</b>	<b>Dimissioni protette</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	5- Dimissioni Protette
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### **Aree**

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	Si
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	No
<b>E Qualificazione servizi</b>	No

### **Razionale/Motivazione**

Con la Pandemia, assieme ai Servizi sanitari, i Servizi Sociali hanno dovuto fronteggiare sul Territorio un'emergenza senza eguali, sia in termini numerici che di complessità assistenziale, con forti ricadute sul piano sanitario/sociale/economico/relazionale.

Oltre alle persone che già vivevano in condizione di fragilità, molti si sono trovati improvvisamente in condizione di bisogno e di isolamento. Sono aumentate le condizioni di vulnerabilità e di complessità assistenziale sul territorio. In questo scenario il tema delle dimissioni protette e della continuità di assistenza e cura tra ospedale, servizi territoriali dell'Azienda e dei Comuni diventa ancora più importante per assicurare il benessere delle persone, promuovendo percorsi ed interventi coordinati tra sanitario e sociale.

L'aumento delle situazioni di complessità sul territorio e l'incremento delle segnalazioni di dimissione protetta rischiano di congestionare i servizi del territorio, rendendo complesso rispondere anche ai bisogni più urgenti.

### **Descrizione**

Sulla base dell'esperienza maturata nel Distretto di Ponente con il Progetto SAF – Dimissioni Protette, e dei confronti periodici dei membri dell'Ufficio di Piano e del SAA con i Servizi Sociali del Territorio, si è condivisa l'opportunità di implementare e potenziare il Progetto SAF Dimissioni Protette e di rinforzare il percorso valutativo e di collaborazione tra servizi sanitari e sociali.

Il progetto si pone, quindi, l'obiettivo di implementare e strutturare gli interventi a sostegno della domiciliarità, in integrazione con i servizi sanitari, attraverso pacchetti personalizzati ed innovativi di interventi socio assistenziali che rispondano sia ai bisogni delle persone anziane in dimissione da un ricovero ospedaliero che a quelli delle persone vulnerabili sul territorio, al fine di arginare il rischio di ospedalizzazione impropria.

Sulla base di progetti personalizzati, che definiranno bisogni e tempi e modalità di erogazioni, il progetto garantirà attivazioni tempestive di servizi domiciliari qualificati di carattere straordinario e temporaneamente gratuiti. Potranno essere previste diverse forme di interventi tutelari di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile, ritardando il ricorso all'istituzionalizzazione.

## Destinatari

---

Il progetto è rivolto a persone anziane non autosufficienti e/o in condizione di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuativa, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza al domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da ricovero

## Azioni previste

---

Il programma finalizzato Dimissioni Protette consentirà un rinforzo del Progetto SAF Dimissioni Protette (si rimanda alla scheda "Supporto e sostegno al caregiver").

Grazie anche alle risorse del PNRR Missione 5 "Sub Investimento 1.1.3. "Rafforzamento dei Servizi domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione" sarà, inoltre, possibile rinforzare l'équipe dedicata , in modo da poter seguire al meglio le singole progettualità, in connessione con i servizi coinvolti, oltre che lavorare per una miglior strutturazione e messa in rete degli interventi.

## Istituzioni/attori sociali coinvolti

---

Per la dimissione protetta è necessario definire una serie di interventi terapeutico – assistenziali (progetto assistenziale personalizzato) al fine di garantire la continuità assistenziale. La definizione del Progetto si realizza con l'intervento integrato dei professionisti dell'Ospedale, del Territorio, del medico di medicina generale, dei Servizi sociali. Per la realizzazione del progetto è prevista la collaborazione del terzo settore, delle realtà associative, di forme di vicinato solidale. Oltre al coinvolgimento per la realizzazione degli interventi personalizzati di sostegno alla domiciliarità, si intende coinvolgere il terzo settore anche nella fase di messa a punto del progetto.

## Referenti dell'intervento

---

Ufficio di Piano, Comuni, SAA,

## Preventivo di Spesa

---

<b>Totale Preventivo 2022</b>	14.491,03 €
-------------------------------	-------------

## Risorse dei Comuni

---

### Altre Risorse

---

<b>Programma finalizzato Dimissioni Protette</b>	
FNPS	14.491,03 €

<b>Titolo</b>	<b>Supervisione personale servizi sociali</b>
<b>Distretto</b>	Ponente
<b>Riferimento scheda regionale prevalente</b>	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
<b>Riferimento Programma finalizzato</b>	4 - Supervisione Operatori Sociali
<b>Soggetto capofila</b>	Comune
<b>Specifica del soggetto capofila</b>	Comune di Castel San Giovanni
<b>Ambito territoriale</b>	Distrettuale
<b>Intervento Annullato</b>	No
<b>Stato</b>	Approvato

### Arce

---

<b>A Domiciliarità e prossimità</b>	No
<b>B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute</b>	No
<b>C Promozione autonomia</b>	No
<b>D Partecipazione e responsabilizzazione</b>	Si
<b>E Qualificazione servizi</b>	Si

### Razionale/Motivazione

---

La crisi economico-finanziaria, la crisi pandemica, e oggi la situazione emergenziale legata alla guerra in Ucraina, hanno portato i servizi sociali territoriali a misurarsi con forme inedite di bisogno e domande di aiuto sempre più numerose, eterogenee e complesse. In questo scenario si è progressivamente rafforzata la consapevolezza della necessità di sostenere gli operatori nella loro appartenenza ed esperienza organizzativa, oltreché nella gestione dell'intensità relazionale e delle sollecitazioni emotive che caratterizzano le specifiche prassi professionali. Come professionisti della relazione di aiuto, gli assistenti sociali si misurano ordinariamente con situazioni di difficoltà relazionale e di disagio sul piano psicologico e sociale, esponendosi in modo prolungato a condizioni di forte stress. Si rende opportuno quindi assicurare loro una supervisione costante del lavoro sul caso, da parte di professionisti esterni all'organizzazione di appartenenza, che possano altresì fare da riferimento per quest'ultima nell'elaborazione di strategie per la prevenzione del burn-out e la promozione del benessere organizzativo.

### Descrizione

---

Gli Ambiti Territoriali della Provincia di Piacenza (Città di Piacenza, Levante e Ponente) hanno sperimentato in anni recenti un ampliamento e un notevole avvicendamento del personale impegnato nel servizio sociale di base. Da questa comune esperienza oltreché dalle consapevolezze sopra richiamate, nasce l'ipotesi progettuale condivisa di una proposta organica di accompagnamento dell'esperienza degli operatori del servizio sociale di base, che promuova la qualificazione delle prassi professionali, attraverso la rielaborazione costante dell'esperienza, e costituisca uno strumento di manutenzione e miglioramento del funzionamento organizzativo.

### Destinatari

---

Saranno coinvolti 30 operatori per il Distretto di Ponente, tra assistenti sociali, educatori e psicologi.

### Azioni previste

---

L'attività di supervisione per gli operatori sociali interesserà le diverse unità operative dei servizi sociali, garantendo forme di accompagnamento articolate, declinate in relazione al profilo dell'utenza e alla tipologia di problematiche prevalentemente affrontate.

Questo progetto di supervisione vuole concentrarsi, in particolare, alle situazioni di casi complessi, e sul vissuto e le problematiche che si sviluppano soprattutto nel momento dell'accoglienza e della formulazione della domanda, che, in questi ultimi anni, rappresentano un aspetto cruciale e delicato.

L'attenzione posta, in modo particolare, a quella fase del processo di aiuto e del primo approccio relazionale vuole rappresentare un sostegno rivolto anche agli operatori dello sportello sociale.

## **Preventivo di Spesa**

---

**Totale Preventivo 2022** 12.411,66 €

## **Risorse dei Comuni**

---

### **Altre Risorse**

---

**Programma finalizzato Supervisione  
Operatori Sociali FNPS** 12.411,66 €



# Piano Finanziario - Previsione 2022

## Distretto: Ponente Approvazione Completata

Distretto	Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povert� disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Ponente	Programma finalizzato Mobilit� soggetti fragili							16.480,00 €		16.480,00 €
Ponente	Fondi a sostegno dei Centri per le Famiglie		25.329,86 €							25.329,86 €
Ponente	Comune (specificare)	spese proprie dei Comuni/Unioni del Distretto di Ponente	3.769.289,00 €	1.133.563,00 €	36.672,00 €	1.138.257,00 €	60.031,00 €	267.245,00 €	1.003.065,00 €	7.408.122,00 €
Ponente	AUSL Risorse FSR prest sanitarie erogate nei servizi NA			445.212,00 €		4.690.804,00 €				5.136.016,00 €
Ponente	FNNA			291.871,45 €		638.145,27 €				930.016,72 €
Ponente	FRNA			2.569.416,30 €		4.933.294,57 €			114.726,25 €	7.617.437,12 €
Ponente	Fondo sociale locale - Risorse regionali		84.282,84 €	55.000,00 €				80.293,08 €	85.194,36 €	304.770,28 €
Ponente	Fondo sociale locale - Risorse statali		472.016,81 €							472.016,81 €
Ponente	Programma DOPO DI NOI (L122 2016)			102.646,00 €						102.646,00 €
Ponente	Quota servizi Fondo povert� nazionale							397.024,22 €		397.024,22 €
Ponente	Programma finalizzato Supervisione								12.411,66 €	12.411,66 €

Distretto	Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povert� disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
	Opertori Sociali FNPS									
Ponente	Programma finalizzato Dimissioni Protette FNPS					14.491,03 €				14.491,03 €
Ponente	Programma finalizzato Azioni contrasto disuguaglianze scheda 40 (anno 2022)							54.261,78 €		54.261,78 €
Ponente	Risorse PNRR Missione 5		211.500,00 €	715.000,00 €		485.100,20 €		690.000,00 €	64.024,39 €	2.165.624,59 €
Ponente	Altri fondi europei (specificare)	REACT-EU						134.000,00 €		134.000,00 €
<b>Totali:</b>			<b>4.562.418,51 €</b>	<b>5.312.708,75 €</b>	<b>36.672,00 €</b>	<b>11.900.092,07 €</b>	<b>60.031,00 €</b>	<b>1.639.304,08 €</b>	<b>1.279.421,66 €</b>	<b>24.790.648,07 €</b>

## Programmazione risorse 2022 FSocR-quota statale

### Utilizzo delle risorse da parte degli ambiti territoriali - articolazione per interventi e servizi sociali e aree assistenziali

**Distretto: Ponente**  
**Approvazione Completata**

Attività	Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti (dipendenze salute mentale)	Multiutenza	Riferimento scheda regionale
A.1 - Accesso valutazione e progettazione - Segretariato sociale	98.141,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A.2 - Accesso valutazione e progettazione - Servizio sociale professionale	82.806,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A.3 - Accesso valutazione e progettazione - Centri anti violenza	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività A</b>	<b>180.948,74</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
B.1 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Integrazioni al reddito	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.2 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Sostegno socio educativo territoriale o domiciliare	181.068,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.3 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Sostegno socio educativo scolastico	37.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.4 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Supporto alle famiglie e alle reti familiari	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.5 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Attività di mediazione	8.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.6 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Sostegno all'inserimento lavorativo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.7 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Pronto intervento sociale e interventi per le povertà estreme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.8 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività B</b>	<b>226.568,07</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
C.1 - Interventi per la domiciliarità - Assistenza domiciliare socio assistenziale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C.2 - Interventi per la domiciliarità - Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C.3 - Interventi per la domiciliarità - Altri interventi per la domiciliarità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C.4 - Interventi per la domiciliarità - Trasporto sociale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività C</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
D.1 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri con funzione socio - educativa-ricreativa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D.2 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri con funzione socio-assistenziale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D.3 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri e attività a carattere socio-sanitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D.4 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri servizi per povertà estrema	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D.5 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - integrazione retta/voucher per centri diurni	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività D</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
E.1 - Strutture comunitarie e residenziali - Alloggi per accoglienza ed emergenza	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.2 - Strutture comunitarie e residenziali - Alloggi protetti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.3 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture per minori a carattere familiare	64.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.4 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.5 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.6 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.7 - Strutture comunitarie e residenziali - Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom sinti e caminanti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.8 - Strutture comunitarie e residenziali - Integrazione retta/voucher per strutture residenziali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Attività	Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti (dipendenze salute mentale)	Multiutenza	Riferimento scheda regionale
<i>Subtotale macro attività E</i>	<b>64.500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
F - Supervisione Operatori Sociali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12.411,66	
G - Dimissioni Protette	0,00	0,00	0,00	14.491,03	0,00	0,00	0,00	
<b>Totali</b>	<b>472.016,81</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>14.491,03</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>12.411,66</b>	

## Programmazione risorse 2022 FSocR-quota regionale e finalizzati

Utilizzo delle risorse da parte degli ambiti territoriali - articolazione per Macro attività- interventi e servizi sociali e aree assistenziali

Distretto: Ponente

Attività	Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti (dipendenze salute mentale)	Multiutenza	Riferimento scheda regionale
A.1 - Accesso valutazione e progettazione - Segretariato sociale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A.2 - Accesso valutazione e progettazione - Servizio sociale professionale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A.3 - Accesso valutazione e progettazione - Centri anti violenza	5.793,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività A</b>	<b>5.793,30</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
B.1 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Integrazioni al reddito	0,00	0,00	0,00	0,00	54.225,90	0,00	0,00	
B.2 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Sostegno socio educativo territoriale o domiciliare	71.184,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.3 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Sostegno socio educativo scolastico	6.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.4 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Supporto alle famiglie e alle reti familiari	12.098,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.5 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Attività di mediazione	1.037,50	0,00	0,00	0,00	20.029,68	0,00	0,00	
B.6 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Sostegno all'inserimento lavorativo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B.7 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Pronto intervento sociale e interventi per le povertà estreme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Attività	Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti (dipendenze salute mentale)	Multiutenza	Riferimento scheda regionale
B.8 - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale	55.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività B</b>	<b>145.320,34</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>74.255,58</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
C.1 - Interventi per la domiciliarità - Assistenza domiciliare socio assistenziale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C.2 - Interventi per la domiciliarità - Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C.3 - Interventi per la domiciliarità - Altri interventi per la domiciliarità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C.4 - Interventi per la domiciliarità - Trasporto sociale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività C</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
D.1 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri con funzione socio - educativa-ricreativa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D.2 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri con funzione socio-assistenziale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D.3 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri e attività a carattere socio-sanitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D.4 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri servizi per povertà estrema	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D.5 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - integrazione retta/voucher per centri diurni	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività D</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	

Attività	Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti (dipendenze salute mentale)	Multiutenza	Riferimento scheda regionale
E.1 - Strutture comunitarie e residenziali - Alloggi per accoglienza ed emergenza	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.2 - Strutture comunitarie e residenziali - Alloggi protetti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.3 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture per minori a carattere familiare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.4 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.5 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.6 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.7 - Strutture comunitarie e residenziali - Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom sinti e caminanti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.8 - Strutture comunitarie e residenziali - Integrazione retta/voucher per strutture residenziali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività E</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
F.1 - Azioni di sistema e spese di organizzazione- Ufficio di piano- Sistema informativo multiutenza- Formazione trasversale	56.095,68	0,00	0,00	0,00	15.821,38	7.484,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività F</b>	<b>56.095,68</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>15.821,38</b>	<b>7.484,00</b>	<b>0,00</b>	
G.1 - Altro - Voce residuale per spese non imputabili alle altre voci (es. contributi per favore	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Attività	Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti (dipendenze salute mentale)	Multiutenza	Riferimento scheda regionale
interventi terzo settore)								
<b>Subtotale macro attività G</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
H.1 - Azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla crisi economico sociale generatesi in seguito all'epidemia Covid-19	0,00	0,00	0,00	0,00	54.261,78	0,00	0,00	
H.2 - Azioni di Sostegno ai comuni quale concorso regionale per agevolare la mobilità delle persone in condizione di fragilità sociale	0,00	0,00	0,00	0,00	16.480,00	0,00	0,00	
H.3 - Programma per l'esecuzione penale 2022	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Subtotale macro attività H</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>70.741,78</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
<b>Totali</b>	<b>207.209,32</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>160.818,74</b>	<b>7.484,00</b>	<b>0,00</b>	

**COMITATO DI DISTRETTO DI PONENTE****Val Tidone- Val Luretta – Val Trebbia****Seduta di Giovedì 07 Luglio 2022****Ordine del giorno:**

- 1. Approvazione Programma Attuativo 2022 – DGR 823/2022.**
2. Approvazione Programma di Ambito Territoriale Sociale per l'utilizzo del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità di cui al decreto 29.11.2021 (DGR 507/2022).
3. Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale – focus sull'ambito distrettuale.
4. Varie e d eventuali.

L'anno **duemilaventidue**, il giorno **07** del mese di **Luglio** ore 16:15, richiamati:

- l'art. 73 comma 1 del Decreto legge n. 18 del 17/03/2020
- l'articolato del DPCM del 13 ottobre 2020 coordinato con le modifiche introdotte dal DPCM del 18 ottobre 2020 in vigore dal 19.10.2020 e in particolare l'art 6 lett. nbis) dove si legge che:” *nell'ambito delle pubbliche amministrazioni le riunioni si svolgono in modalità a distanza, salvo la sussistenza di motivate ragioni;* “

I componenti del Comitato di Distretto di Ponente (Val Tidone - Val Luretta – Val Trebbia) si sono riuniti con utilizzo di idonea piattaforma di videoconferenza gratuita ed open source, a seguito di apposita convocazione, nelle persone dei Sigg.ri:

<b>Comune</b>	<b>Sindaco o delegato</b>	<b>Presente</b>	<b>Assente</b>
<b>Agazzano</b>	Sindaco	X	
<b>Alta Val Tidone</b>	Delega permanente Assessore Dotti Giovanni	X	
<b>Bobbio</b>	Presidente Unione Montana	X	
<b>Borgonovo V. Tidone</b>	Sindaco	X	
<b>Calendasco</b>			X
<b>Castel San Giovanni</b>	Sindaco e Delega Assessore Federica Ferrari	X	
<b>Cerignale</b>	Delega Presidente Unione Montana	X	
<b>Coli</b>	Delega Presidente Unione Montana	X	
<b>Corte Brugnatella</b>	Delega Presidente Unione Montana	X	
<b>Gazzola</b>	Delega Consigliere Dotti Guido	X	
<b>Gossolengo</b>	Sindaco e Delega Assessore Parisi Michele	X	
<b>Gragnano Tr.nse</b>	Sindaco	X	

<b>Ottone</b>	Delega Presidente Unione Montana	X	
<b>Piozzano</b>	Delega Presidente Unione Montana	X	
<b>Pianello Val Tidone</b>			X
<b>Rivergaro</b>	Delega Assessore Martini		X
<b>Rottofreno</b>			X
<b>Sarmato</b>	Sindaco	X	
<b>Travo</b>	Delega Presidente Unione Montana	X	
<b>Zerba</b>	Delega Presidente Unione Montana	X	
<b>Ziano P.no</b>			X
<b>Direttore Distretto di Ponente</b>	Magistrali Giuseppe	X	

Sono collegati: la Dott.ssa Silvia Castagna in qualità di Responsabile dell'Ufficio di Piano, la Dott.ssa Maria Grazia Veneziani, Referente Area Minori dell'Ufficio di Piano, la Dott.ssa Federica Groppi, figura di sistema dell'Ufficio di Piano e le rappresentanze sindacali del territorio.

In assenza del Presidente Lucia Fontana, assume la presidenza, l'Assessore Ferrari Federica, la quale dopo aver accertato il numero legale per la validità della seduta, introduce il primo punto all'odg: **Approvazione Programma Attuativo 2022 – DGR 823/2022**, passando la parola alla Dott.ssa Silvia Castagna.

La Dott.ssa Castagna sottolinea come la programmazione 2022 si configuri come un attuativo ponte in vista della definizione del nuovo Piano Sociale e Sanitario regionale, ponendosi pertanto in continuità con gli anni precedenti, nonostante alcuni elementi di novità. Invita la Dott.ssa Groppi a presentare le slide che sintetizzano il lavoro svolto e che illustrano gli aspetti più significativi della programmazione distrettuale. Viene presentato il quadro delle assegnazioni al Distretto: Fondo Sociale Locale, fondi finalizzati e fondi integrativi. Si sottolineano inoltre le criticità emerse relative alla tempistica e alla complementarietà dei fondi a disposizione del Distretto. La Dott.ssa Castagna illustra i due nuovi fondi finalizzati Supervisione personale servizi sociali e Dimissioni protette, ponendo all'attenzione dei presenti il collegamento con i finanziamenti PNRR e non autosufficienza. Prosegue esponendo gli elementi più significativi della programmazione distrettuale che ha previsto l'utilizzo dei residui del Piano Attuativo 2020 dovuti all'emergenza sanitaria. Grazie a queste risorse sono state aumentate le quote a favore degli Enti per la realizzazione degli interventi, ad esempio per quanto riguarda i Centri di Aggregazione giovanile e il progetto Tanto Tempo Minori disabili la quota di rimborso delle spese sostenute dai Comuni è passata dal 50% nel 2021 al 100% nel 2022. La contribuzione richiesta agli Enti per il Piano di zona è rimasta invariata rispetto allo scorso anno ed è stato potenziato l'Ufficio di Piano con l'introduzione di due figure, una referente dell'area adulti e una per il terzo settore e le politiche giovanili.

Alle ore 16:50 entra il Presidente Lucia Fontana.

Il Dott. Magistrali rimarca la difficoltà riscontrata nella programmazione a seguito delle molteplici assegnazioni di fondi al Distretto che hanno implicato una visione integrata dei vari canali di finanziamento.

Alle ore 17,05 il Presidente pone il punto in oggetto in votazione, ed i componenti il Comitato di Distretto di Ponente

**DECIDONO**

**all'unanimità**

**di approvare il Programma Attuativo 2022 – DGR 823/2022.**

*Decisione n. 1 della seduta del 07/07/2022*

**La registrazione è conservata e disponibile presso gli uffici del Settore Politiche Sociali del Comune di Castel San Giovanni.**