

PIANO ATTUATIVO 2021-DISTRETTO DI PONENTE

Il Piano Attuativo 2021 si configura come un attuativo ponte in vista del prossimo triennale.

In linea generale emerge la continuità rispetto ai progetti e interventi attivati nel corso degli ultimi tre anni, con alcuni elementi innovativi.

La metodologia adottata quest'anno ha previsto incontri tecnici con operatori dei diversi servizi presenti sul territorio e afferenti le varie aree, minori, adulti, anziani e disabili. Tale approccio ha permesso di condividere e definire le criticità e i punti di forza del territorio al fine di una riflessione congiunta sulla programmazione 2021.

Vista la recente situazione di emergenza sanitaria, che ha causato problematiche socio-economiche rilevanti, in sede di programmazione si è ravvisata la necessità di pensare a supporti economici per affrontare l'emergenza abitativa che si profila nei prossimi mesi. Lo sblocco degli sfratti e dei licenziamenti si delineano come criticità che andranno ad impattare sulla vita di molte persone del territorio.

Pertanto 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 tali situazioni emergenziali legate al tema dell'abitare. Contestualmente si è avviata una ricognizione sul territorio rispetto alle opportunità presenti al fine di individuare soluzioni abitative temporanee che consentano di mantenere l'unità del nucleo familiare.

Una seconda novità inserita nel Piano Attuativo 2021 riguarda il potenziamento del servizio di mediazione culturale.

A seguito di alcune richieste pervenute da Enti del territorio, si è riflettuto sulla necessità di implementare il servizio, soprattutto in quei Comuni dove la percentuale della popolazione straniera è particolarmente elevata, garantendo un ampliamento dell'orario dello sportello interculturale presso il Centro per le Famiglie distrettuale e l'apertura di due nuovi sportelli presso sedi comunali.

Tale attività ha lo scopo di fornire, tramite operatori qualificati ed esperti, un servizio di supporto alla cittadinanza migrante sulle modalità di accesso ai servizi territoriali, il disbrigo di pratiche amministrative di vario genere, anche relative al rilascio e rinnovo di documenti di soggiorno, l'utilizzo di portali web per l'iscrizione dei figli a scuola, l'utilizzo della mensa e del trasporto scolastico, la compilazione di domande per usufruire di bonus e agevolazioni, la mediazione linguistica e culturale tra gli operatori e i cittadini immigrati, l'aiuto nella comprensione di avvisi e documenti vari, ecc.

All'interno del Piano Attuativo 2021 sono state previste inoltre azioni di sostegno al sistema dei servizi che si traducono in finanziamenti per:

- la realizzazione di una supervisione/formazione rivolta agli assistenti sociali del territorio;
- una consulenza tecnica e specializzata per redigere l'accordo di programma
- un sostegno agli Enti gestori della tutela minori nell'ambito del Piano di adeguamento SISAM minori

Per quanto riguarda la programmazione del Fondo Povertà 2020, a seguito di un'attenta analisi e di un monitoraggio delle azioni messe in campo nei primi due anni di attuazione del progetto, si è concordato di incrementare le ore dell'attività dello Psicologo, visto l'ottimo riscontro ottenuto nei Comuni del Distretto. Inoltre si è valutata la necessità di inserire un ulteriore educatore professionale a tempo pieno in quanto l'esigenza di interventi di educativa domiciliare sono notevolmente aumentati. Si è ritenuto infine di non confermare per questo nuovo anno di programmazione la figura del mediatore familiare poiché questa tipologia di intervento non ha avuto un riscontro rilevante in termini di richieste di attivazione nelle situazioni portate in equipe.

Nell'ambito dei servizi e degli interventi a favore delle persone fragili e con forti limitazioni delle proprie autonomie personali, il Programma Attuativo 2021 ha consolidato e sviluppato le azioni a favore delle reti di sostegno familiare (caregiver) per sostenere la loro capacità di cura e non lasciare sole persone con rilevanti carichi assistenziali.

Aggiornamento schede intervento anno 2021

Distretto: Ponente
Approvazione Completata

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

Arece

A Domiciliarità e prossimità	Sì
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 e al sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) nell'ambito degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.

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.

L'automutuoaiuto si basa sulla condivisione di esperienze tra persone che hanno lo stesso problema o la stessa malattia. Si basa sulla convinzione che il gruppo racchiuda in se stesso le potenzialità di favorire un aiuto reciproco tra i propri membri. L'automutuoaiuto permette l'espressione dei bisogni profondi delle persone che affrontano esperienze difficili: il bisogno di essere ascoltati e accolti senza giudizi; quello di vedere la propria esperienza riconosciuto come risorsa e non solo come problema; quello di uscire dall'isolamento, condividendo la propria esperienza con altre persone; quello di riprendere in mano la propria condizione, superando una condizione passiva o prevalentemente assistenziale.

Il concetto di automutuoaiuto presuppone quindi:

- l'assunzione di responsabilità personale sulla propria condizione di disagio, il bisogno di superare l'isolamento;
- che ogni persona sia considerata sì come portatrice di sofferenza, ma anche e soprattutto come risorsa, ognuno come massimo esperto del proprio disagio;
- l'ascolto dell'altro come metodologia fondamentale;
- l'obiettivo di cambiare se stessi più che le strutture esterne.

Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di automutuoaiuto significa mettere a disposizione dei cittadini uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma e all'isolamento, di empowerment di comunità.

A livello regionale sono presenti numerosi programmi di valorizzazione dell'aiuto tra pari. Si identificano alcuni di questi, per il valore del loro obiettivo intrinseco

ma anche in quanto esperienze esemplari, potenzialmente trasferibili ad altri settori di attività (Centri incontro demenze, automutuoaiuto, utenti esperti e facilitatori sociali in salute mentale, gruppi di automutuoaiuto nelle dipendenze da alcol e gioco di azzardo). A livello locale si sono comunque sviluppate esperienze e gruppi di automutuoaiuto collegate a numerosi altri ambiti.

Descrizione

PROGETTO "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, comportano un gravoso carico assistenziale e 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 (l.reg.2/2014, dgr 990/2016) questo Progetto intende sostenere la figura del caregiver familiare mediante un insieme di azioni informative e formative 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, si prevede nel corso degli anni 2019 e 2020 e 2021 corsi di formazione specifici agli operatori, da effettuarsi con i professionisti dell'AUSL che hanno maturato esperienza nel campo della demenza, con l'obiettivo di avere un servizio di qualità.

CRITERI DI EROGAZIONE DEL S.A.F.

Il S.A.F. (Sostegno all'Assistenza Familiare) si configura come un intervento efficace all'interno dei due suddetti ambiti, poiché è:

- FACILMENTE ACCESSIBILE

Attivazione del servizio fluida, senza la necessità di adempiere a pratiche amministrative/burocratiche complesse.

- TEMPESTIVO

Di immediata attivazione, in risposta all'emergenza.

- TEMPORANEAMENTE GRATUITO

Servizio gratuito per un periodo di tempo definito (1 mese per l'ambito dimissione protetta e di tre mesi per l'ambito disturbi cognitivi), in modo da non gravare sul bilancio familiare.

- 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.

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE E GESTIONE DEL PROGETTO S.A.F.

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.

REQUISITI DEL SERVIZIO

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

In sede di prima applicazione ed alla luce della precipuità del servizio si ritiene idonea l'applicazione della seguente tariffa:

Euro 23,00 all'ora di servizio effettivo a cui aggiungere le ore di trasferimento/coordinamento ed il rimborso chilometrico fissato per l'anno 2018 in euro 0,30 al KM, pari a 1/5 del costo della benzina da rivedere annualmente.

Mensilmente i soggetti gestori dovranno rendicontare su appositi moduli le ore effettuate, tenendo distinti gli interventi relativi alla dimissione protetta ed ai disturbi cognitivi.

PROGETTO CAFFÈ ALZHEIMER

Il Caffè Alzheimer non è semplicemente un locale, una specie di bar per persone affette da demenza. Il Caffè Alzheimer è un percorso di attenzione e di supporto ad anziani e caregivers attraverso interventi di:

- informazione sulla malattia
- sostegno psicologico al caregiver
- momenti di confronto e di condivisione
- momenti di svago e di sollievo
- formazione e consulenza specialistica
- organizzazione di gruppi di sostegno e auto aiuto

Il Caffè è un luogo informale, non ha nulla a che vedere con un ospedale o con una struttura protetta. Ma è strettamente collegato alla rete dei servizi per anziani, in primis al Consultorio disturbi cognitivi e ai servizi domiciliari.

E' un punto di ritrovo, il crocevia di proposte rivolte alle famiglie e alle persone malate, ma anche alle associazioni di volontariato,

alla comunità intera con un progetto culturale di inclusione e di valorizzazione dell'identità delle persone, nonostante la malattia, a basso costo e ad alta efficacia sociale.

Mutuando dall'esperienza di altre realtà, anche questo progetto si pone l'obiettivo "di migliorare l'integrazione nel territorio contrastando l'isolamento e lo stigma, incrementare il sostegno e il senso di sicurezza dei familiari, di promuovere l'apprendimento di strategie per la gestione dei disturbi psico-comportamentali e ridurre lo stress dei caregiver dando risposte mirate alle loro proposte e alle loro esigenze informative" (dal comunicato dell'Ausl di Piacenza, relativo alla inaugurazione del Caffè Alzheimer di Piacenza)

Il Caffè Alzheimer, l'Albesani, la Rete

La struttura pubblica che eroga servizi ad anziani in residenza, in semiresidenza e a domicilio nel distretto di ponente è la CRA Albesani di Asp Azalea, istituzione storica, vissuta come la maggior parte delle residenze come contenitore di sofferenza, apprezzato quando serve, ma in genere temuto perché evoca la vecchiaia patologica, la morte, la solitudine. Il pregiudizio verso strutture come l'Albesani istituisce una sorta di isolamento che non fa bene a nessuno e per questo occorre interrompere quest'idea e approntare strategie in grado di generare continuità vitale tra dentro (la struttura) e fuori (la comunità).

Il Caffè è un modello di intervento che consente di sviluppare contatti e percorsi di avvicinamento alla residenza, andando oltre l'idea di contenitore, puntando sull'idea di cura.

Nel Manuale di coordinamento degli Alzheimer Caffè della Lombardia orientale il prof. Marco Trabucchi, medico da anni impegnato in ambito geriatrico, dice a tale proposito:

"...il contenitore può essere chiuso, la cura invece richiede apertura, rispetto, relazione. In questo modo si garantisce al fruitore una prospettiva normale, nel cui ambito si cerca di leggere il bisogno per darvi risposte adeguate. Talvolta la costruzione di servizi chiusi è un riflesso di difesa in mancanza della capacità di capire le reali esigenze dell'anziano che, per quanto fragile e limitato nelle espressioni psicofisiche, è sempre portatore di una domanda di senso. Anche la persona con compromissione delle funzioni cognitive pone a chi lo assiste continue domande – implicite o verbalizzate – su dove si vuole arrivare con gli atti di cura. Il Caffè Alzheimer è una risposta possibile in questa direzione".

L'Albesani oltre alla Casa Residenza Anziani (CRA) gestisce da un decennio i servizi di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti, tra cui il "progetto demenze" rivolto alle famiglie con anziani affetti da demenza a cui vengono offerti interventi di sollievo e di aiuto concreto.

L'esperienza di questi anni ci ha portato dentro tante storie di difficoltà, nelle quali la malattia dell'anziano si intreccia inscindibilmente con la fatica del familiare. Abbiamo rilevato un bisogno forte da parte delle famiglie intercettate. Lo stress collegato all'assistenza continuativa di una persona con demenza può diventare una vera e propria malattia. Una signora ha dichiarato che stare a casa con il marito con una diagnosi di demenza è come vivere in croce, tutto diventa difficile e in alcuni momenti insopportabile. Eppure questa signora vuole bene al marito, lo rispetta, si prende cura di lui, ma quando si comporta in modo strano, quando diventa aggressivo e intrattabile lei non lo riconosce più e si domanda "Perché queste reazioni? Come devo comportarmi? Chi mi può aiutare?".

Sono domande pesanti, che non trovano una soluzione esatta, ma possono trovare una risposta che aiuta.

Noi vogliamo collocarci in questo spazio: quando la domanda prende forma e diventa richiesta di aiuto e di rispetto. Rispetto per i diritti del malato e per i diritti del caregiver. Nella malattia e nella cura del malato la vita continua, purché sia sgravata dallo stigma sociale che la connota e sia vissuta in un clima di normalità.

Vi è un altro riferimento essenziale nella progettazione di un Caffè Alzheimer: la rete dei servizi.

Non può nascere un servizio come il Caffè Alzheimer se non dentro una sinergia concreta con la rete dei servizi, che sul territorio ha strutturato i percorsi, le modalità, le interazioni utili per un sistema di presa in carico dell'anziano e della sua famiglia che ci coinvolge efficacemente.

Dentro la rete gli interlocutori sono sia i servizi che le specifiche figure professionali con le quali si collabora sistematicamente.

Nella rete includiamo anche altre esperienze già avviate con successo, nella nostra regione e in altri territori, perché dalle esperienze si impara e si costruisce un sapere che ricade sulla comunità intera.

PROGETTO "AVO"

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 "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, 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 “Consultorio Demenze” per colloqui di sostegno finalizzati ad una migliore gestione delle dinamiche di relazione con il malato.

E' in corso, attraverso il tavolo anziani distrettuale e nuovo C.D.C.D., una riprogettazione dei servizi della rete ancora più mirata ai bisogni dell'utenza e dei caregiver di pazienti affetti da demenza.

Nel corso del 2021 si ipotizza un'implementazione del SAF tramite Fondi dedicati al caregiver.

Si allega PROGETTO CAREGIVER PONENTE  [PROGETTO CAREGIVER PONENTE attuativo 2021.pdf](#)

PROGETTO CAFFE' ALZHEIMER

Nel corso 2018 il progetto non è stato avviato, per una serie di fattori concomitanti (cambio del Coordinatore del servizio, riorganizzazione del consultorio dei disturbi cognitivi, rielaborazione delle attività del Centro Diurno anziani).

Si è prevista, a partire dal 2° semestre 2019 e per il 2020 una riprogettazione degli interventi in sinergia con il Consultorio dei disturbi cognitivi e, tenendo conto delle offerte dei servizi per le demenze sul territorio del Distretto.

Ad oggi il progetto non è ancora partito.

SI CONFERMA L'IPOTESI DI RIPROGETTAZIONE NEL 2021 E PARTENZA DEL PROGETTO NEL 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, dove la persona è degente, dei servizi sociali territoriali, del medico di medicina generale del servizio ADI e della famiglia. “Centri per la demenza”, “Consultorio Demenze”

Il SAA, di concerto con i Servizi dell'Azienda USL e con i Responsabili del Caso comunali

PROGETTO CAFFE' ALZHEIMER:

Operatori Asp Azalea (coordinatore, animatori, RAA) - medico geriatra Consultorio Disturbi Cognitivi del Distretto di Ponente - Servizio Assistenza Anziani – Assessorato Politiche sociali del comune di Castel San Giovanni, volontari

AVO: Associazioni di volontariato

Referenti dell'intervento

1. SAF: ASP e Comuni
2. CAFFE' ALZHEIMER: ASP
3. AVO

Novità rispetto al 2018

Azioni previste

Novità rispetto al 2019

Azioni previste sul progetto Caffè Alzheimer

Novità rispetto al 2020

AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	0,00 €
-------------------------------	--------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

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

Aree

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

Razionale/Motivazione

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

Descrizione

Il SerDP di Levante garantisce una presa in carico del giocatore e dei familiari a livello aziendale. In collaborazione con la Associazione "La Ricerca" Ce.I.S. di Piacenza e con la Cooperativa L'Arco di Piacenza organizza e gestisce corsi di prevenzione negli istituti scolastici superiori e formazione agli operatori dei Servizi Sociali.

E' 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 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 è progettata una "ricerca-intervento" che consentirà di interessare e coinvolgere le diverse componenti della comunità locale (amministratori, operatori socio – sanitari, operatori economici anche legati alle attività dell'azzardo e cittadini) per costruire un tavolo per ogni distretto finalizzato a progettare e coordinare azioni comunicative e di supporto per favorire la consapevolezza rispetto ai rischi dell'azzardo. Un esperto di media-education aiuterà i partecipanti dei tre tavoli a realizzare progetti di comunicazione pubblica.

Distribuzione capillare del materiale regionale "Il banco vince sempre"

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.DP collaboreranno con esperti del settore finanziario per formare 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 collaborerà 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.DP di Cortemaggiore, Piacenza e Borgonovo Val Tidone.

La diffusione del fenomeno e l'incremento della attività preventiva e di aumento di consapevolezza auspicata provocherà un ulteriore (rispetto al già elevato trend osservato negli ultimi anni) incremento di richiesta di aiuto. Si intendono pertanto potenziare le funzioni cliniche e di accoglienza e trattamento nei tre punti di erogazione ambulatoriale (Piacenza, Cortemaggiore e Borgonovo Val Tidone) presso gli attuali ambulatori Ser.DP con un potenziamento 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 morali. La necessità di organizzare punto di ascolto e gruppi di sostegno diventa quindi fondamentale sia supportare gli operatori sociale e costruire con loro una "rete integrata" per raccogliere e canalizzare i giocatori problematici e patologici, sia per supportare i familiari. Il percorso si articolerà in cinque *step* (dal riconoscimento dell'impatto dell'azzardo nel nucleo familiare alla ricerca degli aiuti e dei supporti necessari a ritrovare il benessere familiare) e vedrà una figura di coordinamento degli interventi per garantirne la continuità e la formazione.

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

[Obiettivo 1/d]

Interventi nelle scuole: realizzazione di una ricerca intervento basata sulla collaborazione fra l'associazione "AND" (Azzardo e Nuove Dipendenze) e il *Centre du jeu excessif* della Università di Losanna in 50 classi delle scuole superiori piacentine. I questionari che sostengono e attivano l'intervento sono frutto di una collaborazione con l'Università di Firenze, l'Università di Losanna e gli esperti della associazione AND. Si tratta del primo strumento basato sulla letteratura scientifica del settore specifico.

A partire dai risultati della ricerca fatta in collaborazione con il Centre du jeu excessif dell'Università di Losanna verranno 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]

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]

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 2018

Razionale/motivazione, Descrizione, Azioni Previste

Novità rispetto al 2019

DESCRIZIONE, RISORSE NON FINANZIARIE

Novità rispetto al 2020

AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021

239.290,21 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Programma gioco azzardo patologico

239.290,21 €

Titolo	PROGETTAZIONE SOCIALE INTEGRATA A FAVORE DI ADULTI IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
Riferimento scheda regionale	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità 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
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Specifica del soggetto capofila	AUSL PIACENZA (DSMDP - PSICHIATRIA DI COLLEGAMENTO)
Ambito territoriale	Aziendale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Are

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

Novità rispetto al 2020

azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 27.284,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse regionali	9.084,00 €
AUSL	15.000,00 €
Altri fondi statali/pubblici	3.200,00 €
Residui piano attuativo 2020	

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

Arece

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

Novità rispetto al 2020

azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021

88.250,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Fondo FAMI	82.810,00 €
Altri fondi europei	5.440,00 €

Titolo	FONDO SOCIALE MOBILITA' 2021
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	16 Sostegno alla genitorialità
Riferimento scheda regionale	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES) 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015) 16 Sostegno alla genitorialità
Riferimento Programma finalizzato	3 - Programma finalizzato Mobilità soggetti fragili
Soggetto capofila	Comune
Specifica del soggetto capofila	Comune di Castel San Giovanni (PC)
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Are

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

Razionale/Motivazione

Applicazione DGR 695/2020 e DGR 211/2021

Descrizione

Vedi Allegato  [accordo MI MUOVO INSIEME 2021.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 2018

Razionale/Motivazione e Descrizione

Novità rispetto al 2019

Azioni previste

Novità rispetto al 2020

Vedi allegato

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 38.734,61 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse regionali 13.813,00 €
Mobilità soggetti fragili 24.921,61 €

Titolo	Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di marginalità
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
Riferimento scheda regionale	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità 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
Riferimento Programma finalizzato	1 - Programma finalizzato Scheda 40
Soggetto capofila	Comune
Specifica del soggetto capofila	Comune di Castel San Giovanni (PC)
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Arece

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Sì
C Promozione autonomia	Sì
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 AI NUCLEI MONOGENITORIALI e AI NUCLEI CON FIGLI MINORI IN ETA' 0-3 ANNI.**

- **MAPPATURA DEL TERRITORIO DISTRETTUALE AL FINE DI INDIVIDUARE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA ALTERNATIVE A QUELLE GIA' ESISTENTI: RECUPERO SPAZI COMUNI, RIGENERAZIONE DEI LUOGHI, PROGETTI INNOVATIVI CON MODIFICA DESTINAZIONE D'USO DI LOCALI GIA' 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 /precarietà 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 AI NUCLEI MONOGENITORIALI e AI NUCLEI CON FIGLI MINORI IN ETA' 0-3 ANNI.

- Realizzazione progetti di **CONTRASTO ALLE SITUAZIONI DI GRAVE POVERTA' 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

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 2018

AZIONI PREVISTE

Novità rispetto al 2019

azioni previste

Novità rispetto al 2020

AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 313.813,51 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse statali 84.829,71 €

Fondo sociale locale - Risorse regionali 129.449,11 €

Altri fondi statali/pubblici 45.223,68 €

Residui piano attuativo 2020

**Programma finalizzato Azioni contrasto
disuguaglianze scheda 40 (anno 2021)** 54.311,01 €

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

Aree

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

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' 2020 - "VENUTI AL MONDO"

- PROGETTO DI SOSTEGNO ALLA NATALITA' 2021:  [NUOVO Natalita2021_PONE.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 alla scheda specifiche del Centro per le Famiglie per gli anni 2018, 2019 e 2020,. Si veda in particolare Allegato B - SOSTEGNO ALLA NATALITA' SCHEDA PROGETTO

ATTUAZIONE 2021)

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 2018

RAZIONALE/MOTIVAZIONE

Novità rispetto al 2020

DESCRIZIONE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	34.366,66 €
-------------------------------	-------------

Risorse dei Comuni

Comuni del Distretto di Ponente	10.000,00 €
--	-------------

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse statali	16.000,00 €
Altri fondi regionali	8.366,66 €

Progetto Natalità

Titolo	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.
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggioranni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
Riferimento scheda regionale	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggioranni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Specifica del soggetto capofila	Azienda USL di Piacenza
Ambito territoriale	Provinciale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Arece

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 prosegue per l'anno 2021.

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

Novità rispetto al 2020

DESCRIZIONE E AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	0,00 €
-------------------------------	--------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	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
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
Riferimento scheda regionale	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 neomaggioranni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Specifica del soggetto capofila	Azienda USL di Piacenza /U.O. ASSISTENZA PSICOLOGICA DI BASE
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Are

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Si
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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. Il ragazzo 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

Novità rispetto al 2020

razionale/motivazione

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	2.400,00 €
-------------------------------	------------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse regionali

2.400,00 €

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Sì
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 godere 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, ha 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 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.
- AVVIO 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 2018

azioni previste

Descrizione

Novità rispetto al 2019

azioni previste

Novità rispetto al 2020

DESCRIZIONE E AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	71.975,00 €
-------------------------------	-------------

Risorse dei Comuni

Comuni del Distretto di Ponente	6.250,00 €
--	------------

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse statali	42.725,00 €
---	-------------

Fondo sociale locale - Risorse regionali	23.000,00 €
---	-------------

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	Sì
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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. 2 assistenti sociali, per n. 1 educatore, n. 1 psicologa e n.1 mediatrice familiare 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 Allegati: 1. "PROGETTO SPERIMENTALE PER L'ATTUAZIONE DEL SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA (PON INCLUSIONE)" 2. "PIANO INTEGRATO TERRITORIALE DEI SERVIZI PUBBLICI, DEL LAVORO, SOCIALI E SANITARI, AI SENSI DELLA LR 14/15"

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 psicologia nella fase di prima valutazione (micro équipe)

- 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).

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 2018

AZIONI PREVISTE

Novità rispetto al 2020

azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	31.030,87 €
-------------------------------	-------------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Fondi FSE PON inclusione - Avviso 1 PaIS	31.030,87 €
---	-------------

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Sì
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 famigliari 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 di 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 deprivazione 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 2018

AZIONI PREVISTE

Novità rispetto al 2019

DESCRIZIONE E AZIONI PREVISTE

Novità rispetto al 2020

AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	389.973,11 €
-------------------------------	--------------

Risorse dei Comuni

Comuni del Distretto di Ponente	121.625,00 €
--	--------------

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse statali	204.787,79 €
Fondo sociale locale - Risorse regionali	42.842,17 €
Fondi a sostegno dei Centri per le Famiglie	18.747,38 €
Altri fondi statali/pubblici	1.970,77 €
Residui piano attuativo 2020	

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

Aree

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

Novità rispetto al 2020

AZIONI PREVISTE

La situazione determinata dall'Emergenza COVID ha posto all'attenzione dei nostri Servizi la necessità di implementare interventi al domicilio degli utenti così come l' utilizzo di dispositivi multimediali per favorire la continuità dei contatti personali con l'utenza e il monitoraggio domiciliare con azioni di maggior prossimità.

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	11.000,00 €
-------------------------------	-------------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

AUSL	11.000,00 €
AUSL di Piacenza	

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Sì
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 definitiva, il consolidamento di un'identità sessuale e di genere. Per l'adolescente la dimensione grupppale 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 – PROGETTO DISTRETTUALE DI INTERVENTO PSICOEDUCATIVI E SPORTELLI 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 di 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 – 2019 FONDI RER)

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.

- 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")

- 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 2018

RAZIONALE/MOTIVAZIONE

Novità rispetto al 2019

azioni previste

Novità rispetto al 2020

AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	38.000,00 €
-------------------------------	-------------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse statali	38.000,00 €
---	-------------

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	Sì
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 donna, CIPM sezione piacenza, parteciperanno fattivamente al percorso di formazione “Accoglienza e assistenza nelle reti dei servizi di emergenza urgenza e nelle reti dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza”, finanziato con delibera n. 1890 del 29 /11/2017, con cui la Regione promuove interventi formativi a sostegno dell'implementazioni delle reti locali in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere

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

Novità rispetto al 2018

Azioni previste

Novità rispetto al 2020

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

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

Arece

A Domiciliarità e prossimità	Si
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 2016 e 2017, si propone

- Formazione in CP di base per infermieri ADI e MMG dei tre distretti in programma primi mesi 2020, rimandato causa pandemia COVID19
- Costruzione di Dossier Formativo –Progetto RER rimandato causa pandemia COVID19
- Formazione in cure palliative ai colleghi impegnati nel reparto di emergenza sanitaria 3 (reparto covid) durante la pandemia.

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, già calendarizzati per il 2020

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

Novità rispetto al 2020

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021

0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/ i professionisti
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
Riferimento scheda regionale	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
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?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Sì
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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'accordio 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 prime i 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

Novità rispetto al 2020

azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021

0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali
Riferimento scheda regionale	38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali
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?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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. Anche nel 2021 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 2006 e proseguendo la vaccinazione delle femmine dodicenni
- contro lo pneumococco alla coorte dei 65enni;
- contro il rotavirus ai neonati con fattori di rischio, per poi estenderla a tutti i nuovi nati
- contro la pertosse agli adulti e alle donne in gravidanza.

Nel corso del 2021 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 gravide dalla 27esima settimana di gestazione, viene mantenuto l'ambulatorio dedicato con prenotazione diretta istituito nell'autunno del 2018.

Nell' 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 e 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 conferma inoltre data ed ora dell'appuntamento e si raccomanda la massima puntualità. Consentito l'ingresso ad un solo genitore. Queste indicazioni organizzative sono mantenute anche per il 2021 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. Attualmente sono riprese 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 2021 la proficua collaborazione con i di-PLS per affrontare le perplessità e le paure dei genitori che nelle prime settimane di riapertura mostravano difficoltà ad uscire dalle proprie abitazioni per il timore di contrarre l'infezione ed esporre i figli al rischio del contagio. 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 proseguirà nel 2021 a pieno regime; 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 e proseguiranno nel 2021 (con le modalità descritte sopra). E' stata inoltre avviata, come da indicazioni regionali, la procedura per la gestione delle sanzioni amministrative.

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 e nel 2021 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 2021 è prevista ancora l'offerta attiva con il vaccino a tre dosi.

Anche nel 2021 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 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 e completata la chiamata attiva dei nati 2008; attualmente in corso la chiamata attiva dei nati 2009 (maschi e femmine)

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

Come da indicazione della L119/2017 e successive circolari regionali sono state 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 2021/2022.

Anche nel 2021 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 2021 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.

Istituzioni/attori sociali coinvolti

PLS; MMG; Medici specialisti ospedalieri e del territorio

Novità rispetto al 2018

Razionale/Motivazione e Descrizione

Novità rispetto al 2019

DESCRIZIONE, AZIONI PREVISTE

Novità rispetto al 2020

DESCRIZIONE E AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

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

Are

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Sì
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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'androgogo.

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

Novità rispetto al 2018

Descrizione

Destinatari

Eventuali interventi/politiche integrate collegate

Novità rispetto al 2020

Descrizione e azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021

0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

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

Arece

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

Novità rispetto al 2020

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	Medicina di genere nell'approccio alla malattia cronica
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	9 Medicina di genere
Riferimento scheda regionale	9 Medicina di genere
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?	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Arece

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

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 2020

AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	0,00 €
-------------------------------	--------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Sì
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	Sì
E Qualificazione servizi	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 2018

Azioni previste

Novità rispetto al 2019

azioni previste

Novità rispetto al 2020

La situazione scolastica con la didattica a distanza e la limitazione delle attività di aggregazione a causa dell'emergenza COVID ha determinato la necessità di individuare nuove modalità on line di intervento sui gruppi target.

Si prevede per la nuova annualità di operare in sinergia con nuove progettazioni sempre rivolte ai giovani e attivate da servizi di prossimità, associazioni di volontariato, comunità .

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 5.174,90 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

AUSL 5.174,90 €

AUSL di Piacenza

Titolo	Health Literacy nelle Case della Salute
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)
Riferimento scheda regionale	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa 27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)
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	Si
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	Si
E Qualificazione servizi	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. La ripresa delle attività appare, tuttora, condizionata dall'andamento del fenomeno epidemico nel corso dell'anno 2021. Si ritiene quindi indispensabile rimodulare le attività previste e gli indicatori proposti su base locale.

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 2021 l'obiettivo, posto sulla base dell'ipotesi di una sostanziale remissione dell'epidemia nell'ultimo trimestre 2021, è la ricostruzione dei rapporti con gli attori principali coinvolti al fine di pianificare la ripresa delle attività nell'anno successivo sulla base dell'importante patrimonio di esperienze e conoscenze costruito nei primi due anni di applicazione del progetto.

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

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

Azioni previste nell'anno 2021:

- convocazione di gruppi di lavoro delle case della salute già coinvolte nelle azioni previste, al fine di pianificare le attività nel 2021.

Realizzazione del nuovo sito internet dell'Ausl di Piacenza in coerenza con criteri di health literacy, marketing sociale e dell'esperienza maturata con la costruzione delle guide ai servizi partecipate.

Eventuali interventi/politiche integrate collegate

Piano Regionale della Prevenzione: progetti 2.5 e 6.5

Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25 – PP2 "comunità attive"

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 2020

azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	0,00 €
-------------------------------	--------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
Riferimento scheda regionale	11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
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?	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

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

Razionale/Motivazione

Da tempo sono noti gli effetti prodotti da determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute. Le persone e il loro vissuto sono espressione di caratteristiche sociali, economiche, demografiche o geografiche che possono rendere più acute disuguaglianze di salute, nell'accedere ai servizi, nell'utilizzarne le risorse, nella possibilità di mantenersi in salute. E' necessario mantenere vivo un percorso continuo per sensibilizzare e trovare linee di contenimento di tali determinanti, che a partire dall'agire organizzativo, quindi all'interno dei processi di lavoro, possano quotidianamente trovare spazi di realizzazione.

L'emergenza sanitaria affrontata nel 2020 e 2021 sta sollecitando un radicale ripensamento dei percorsi di sviluppo delle percorsi e dei servizi sanitari e socio sanitari. In questo anche degli strumenti di Equità.

Un laboratorio sul tema dell'equità che vede parimenti coinvolte L'Azienda Usl di Piacenza e l'Azienda Usl e l'AOU di Parma, coordinato dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Innovazione sociale, potrà condurre ad un aggiornamento degli strumenti di Equity e uno sviluppo del loro utilizzo all'interno delle tre aziende, anche alla luce anche di tutte le allerte ed attenzioni imposte dalla riorganizzazione dei servizi in relazione al Covid-19. L'oggetto prevalente di riflessione è riferita alla connessione tra i modi di "agire l'equità" e la governance locale.

Descrizione

Le metodologie e negli 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 il sistema 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 :

- mantenimento e valorizzazione Board aziendale sull'equità;
- adozione aziendale del Piano delle Azioni sull'equità;
- definire o riformulare un percorso PDTA che integri possa essere validato con gli strumenti di valutazione orientati all'equità.

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 2020

azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021

0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 l'infermiere dell'ambulatorio infermieristico della cronicità
4. sui criteri di coinvolgimento degli assistiti in base agli elenchi forniti è stato programmato l'iniziale coinvolgimento dei diabetici e poi a seguire scompensati e affetti da BPCO
5. individuare come ospedale di riferimento a cui inviare i dati diagnostici monitorati nell'ambulatorio della CdS, il "Guglielmo da Saliceto" di Piacenza

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 centererà non tanto su indicatori di efficacia clinica (poco

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

La Casa 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.

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

Referenti dell'intervento

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

Novità rispetto al 2018

Eventuali interventi /Politiche integrate collegate

Istituzioni/Attori sociali coinvolti

Referenti dell'Intervento

Azioni previste

Novità rispetto al 2019

razionale/motivazione, descrizione, azioni previste

Novità rispetto al 2020

razionale/motivazione, descrizione, azioni previste

1. Naturalmente con l'avvento della pandemia da Coronavirus la progettualità a subito una battuta di arresto importante durante l'anno 2020 e gli impegni preso sono stati fatti scivolare all'anno 2021.
2. A giugno 2021 si è svolta un ulteriore giornata formativa in videocall con operatori della RER in merito all'utilizzo dei device.

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 683.124,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Altri fondi statali/pubblci 683.124,00 €

Gli € 683.124,00 (per la Regione Emilia Romagna) rientrano nel computo dei 27 milioni di euro stanziati complessivamente con Delibera CIPE n. 122/2015 per il Progetto a valenza nazionale finalizzato all'assistenza nelle isole minori e nelle località carat

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 complicitanze 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.

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.

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 stabilimenti 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

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.

Nella seconda parte del 2021 l'Azienda avvierà il percorso formale di conversione della struttura, in primis all'interno della Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria e in seguito con la Regione Emilia Romagna.

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.

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 il 22 dicembre 2020– <http://www.ausl.pc.it/ctss/>

Novità rispetto al 2018

Descrizione e Referenti dell'intervento

Novità rispetto al 2019

razionale/motivazione, descrizione

Novità rispetto al 2020

DESCRIZIONE, AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	0,00 €
-------------------------------	--------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
Riferimento scheda regionale	32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
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?	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

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

Razionale/Motivazione

Per l'anno 2021 la RER ad oggi (giugno 2021) non ha ancora deliberato gli Obiettivi sulla parte specialistica ambulatoriale.

La pandemia da COVID 19 ha mutato profondamente gli assetti organizzativi e le priorità assistenziali: ingenti risorse umane, logistiche, tecnologiche sono state riorientate alla esclusiva assistenza ai pazienti infetti nei differenti setting assistenziali sia ospedalieri (degenze ordinarie, semi intensive, intensive, ambulatori di followup) che territoriali (OSCO, USCA, sorveglianza attiva a domicilio, vaccinazioni).

Al lockdown generalizzato del periodo marzo-maggio 2020, con sospensione di tutte le attività non urgenti (visite specialistiche, interventi chirurgici non oncologici) si sono succedute riaperture e recuperi di attività sospese (maggio-ottobre 2020), e nuove sospensioni di attività programmate, effettuate non più in modo generalizzato ma modulate secondo le necessità nei diversi ospedali della rete a partire dal mese di ottobre 2020, conseguentemente alla seconda ondata pandemica.

Parimenti nei primi mesi del 2021, con la ripresa delle attività scolastiche e il minore grado delle misure di contenimento, l'incremento massiccio dei contagi, complice anche la variante inglese nella nostra provincia, ha reso nuovamente necessario ampliare la recettività degli ospedali all'assistenza dei pazienti COVID+, a scapito delle attività ordinarie non urgenti con particolare riferimento a ricoveri chirurgici programmati non oncologici.

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 delle attività sospese 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.

Si segnala che dal 2 semestre 2020 l'attività ordinaria è ripresa ma a seguito dell'emergenza sanitaria che si sta ripresentando si possono riscontrare alcune criticità dei tempi di attesa determinate dalla riorganizzazione dei servizi resa necessaria per ridurre i contagi.

Nel corso del 2020 l'Ausl di Piacenza ha recuperato circa 52.000 prestazioni che erano state sospese causa covid nel periodo marzo/giugno 2020. Nel corso del 2° semestre 2020 ha riattivato tutte le attività di specialistica ambulatoriale.

Per il 2021 sarà 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.

Si conferma la necessità di monitorare 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).

Le Aziende sono tenute inoltre a completare l'integrazione delle agende di prenotazione nel Sistema CUP come da indicazioni previste dalla DGR 748/2011, nonché a potenziare le disponibilità di prestazioni tramite CUPWEB (DGR 1056/2015 e DGR 603/2019): in particolare, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, deve essere 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 saranno oggetto di monitoraggio l'avvio di percorsi di telemedicina per la presa in carico dei pazienti cronici.

Descrizione

Destinatari

Tutta la popolazione

Azioni previste

Per il 2021 lo sforzo organizzativo per i tempi di attesa (1 semestre) è condizionato dalle restrizioni per la sicurezza, nel secondo semestre 2021 ci sarà (compatibilmente con l'andamento della situazione epidemiologica legata al covid) una normalizzazione della situazione che garantirà un miglioramento dell'offerta specialistica.

La RER facendo seguito a quanto indicato nella DGR 404/2020 e della Circolare n. 2 del 7/5/2020 e la modifica alla deliberazione di Giunta Regionale n. 368/2020" ha disposto che la ripresa delle attività ordinarie dell'assistenza specialistica ambulatoriale, sospesa a causa dell'emergenza Covid-19, è avvenuta in modo cautelativo attraverso una riorganizzazione delle agende di prenotazione, così come indicato nella Circolare 2/2020 sopra citata, "...un massimo di due prestazioni all'ora, ad eccezione delle prenotazioni per l'effettuazione di esami di laboratorio...".

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 potranno essere incrementate in modo da garantire un'offerta delle prestazioni appropriata ai bisogni assistenziali e garantire parallelamente le tempistiche di accesso. Resta inteso che tale ridefinizione del numero prestazioni/ora dovrà avvenire compatibilmente con la piena attuazione delle misure di prevenzione della diffusione del contagio e di tutela della sicurezza dei cittadini e degli operatori (distanziamento in sala di attesa e operazioni di pulizia e di disinfezione degli ambulatori) che in questi mesi sono state implementate e consolidate all'interno di tutte le strutture sanitarie. In ogni modo, in base all'evoluzione dello scenario epidemiologico, le Direzioni Generali, potranno rimodulare le misure adottate anche in senso più restrittivo, qualora se ne ravvisi la necessità.

Dal 1 agosto 2021 riprenderà 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).

Referenti dell'intervento

Stefano Fugazzi, Responsabile unitario dell'accesso e tempi di attesa, s.fugazzi@ausl.pc.it

Enrica Politi, Direttore UOC Governo della specialistica ambulatoriale, e.politi@ausl.pc.it

Novità rispetto al 2018

descrizione e azioni previste

Novità rispetto al 2019

razionale/motivazione, descrizione, azioni previste

Novità rispetto al 2020

razionale/motivazione

azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021

0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	Sì
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	Sì
D Partecipazione e responsabilizzazione	Sì
E Qualificazione servizi	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'obiettivo 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. È 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 DISABILITÀ** : 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 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 obiettivo 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 2018

Azioni previste

Novità rispetto al 2019

Azioni previste

Novità rispetto al 2020

AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

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

Aree

A Domiciliarità e prossimità	Si
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 2021 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.

E' in fase di progettazione la realizzazione di nuclei di cure intermedie, come struttura extraospedaliera residenziale temporanea o presso gli stabilimenti ospedalieri o presso idonee aree di strutture sociosanitarie a elevata intensità assistenziale.

È in fase di attivazione un organo operativo denominato "centrale post-acuti" 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.

E' inoltre in fase di elaborazione 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.

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.ssa Mirella Gubellini, Direttore Assistenziale dell'Ausl di Piacenza

Novità rispetto al 2018

DESCRIZIONE

Novità rispetto al 2020

AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	0,00 €
-------------------------------	--------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
Riferimento scheda regionale	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari 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
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Specifica del soggetto capofila	Ausl di Piacenza
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Arece

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

Per quanto riguarda il progetto nel suo complesso va segnalata l'importanza del suo sviluppo sull'intero territorio provinciale. Nel corso dell'anno scolastico 2020-21 le reti dei pari già formate sono state impiegate per la realizzazione di interventi di promozione delle norme necessarie al contenimento dell'epidemia COVID19, sperimentando un sistema di formazione dei pari "a cascata" che coinvolgesse i rappresentanti di classe per la ricaduta nelle aule

Le attività sono state condotte secondo la matrice metodologica comune di "Scuole che Promuovono Salute", che ha previsto l'adozione di atti formali (quali l'inserimento nella progettualità nel PTOF e nei regolamenti di istituto), incontri con i docenti per l'inserimento di attività didattiche nella propria programmazione e, nelle scuole secondarie, la formazione di "peer educators" che proponessero la ricaduta sulle classi. Obiettivo della formazione proposta è stato lo sviluppo delle competenze trasversali dei ragazzi, e la loro applicazione a temi di salute specifici, come sopra descritto.

Alla luce dell'esperienza accumulata e dell'analisi degli ostacoli incontrati è stato lanciato il progetto "tempo di life skills", che coinvolge tutti gli istituti pubblici di ogni ordine e grado della Provincia.

Il progetto è stato integralmente inserito nelle iniziative di sviluppo di programmi di educazione civica promossi dal ministero

dell'istruzione attraverso l'Ufficio Scolastico Regionale, e prevede, sinteticamente:

- un percorso di formazione rivolto prevalentemente ai docenti sul tema di competenze trasversali e di cittadinanza e la loro connessione con i temi di salute
- un percorso triennale di ricerca-azione, per lo sviluppo di un curriculum verticale (dalla scuola dell'infanzia alla secondaria di secondo grado) delle competenze trasversali comune a tutte le scuole della provincia, nonché a un framework teorico di riferimento per la promozione della salute comune a tutte le scuole. Al percorso di ricerca-azione partecipano docenti, studenti (consulta degli studenti e rappresentanti di istituto) e genitori (rappresentanti di istituto).
- l'istituzione di una rete d'ambito provinciale "Tempo di life skills – per una scuola che promuove salute" che preveda l'adozione di atti formali (PTOF, regolamento di istituto) e la costituzione di gruppi di lavoro (docenti, studenti, genitori) in ogni scuola per garantire la ricaduta organizzativa della proposta, nonché per sviluppare i rapporti della scuola con la comunità di riferimento, e di un gruppo di lavoro provinciale con referenti delle scuole
- la sistematizzazione dell'offerta formativa ai docenti da parte di "esperti di salute" nell'ambito del framework di riferimento individuato e integrazione delle attività di peer education a supporto della didattica orientata alle competenze.

la realizzazione di un'area internet dedicata al progetto nel sito dell'Ausl di Piacenza

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 (CSRD)

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, botta, 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 miniguada 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. 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 procedura 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 NPJA 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.

- 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 2018

AZIONI PREVISTE

Novità rispetto al 2019

Azioni previste

Novità rispetto al 2020

Azioni previste: Recupero spazi per attivazione ambulatori cronicità; Consultorio Geriatrico; Centro disturbi cognitivi e demenze; Meeting centre per famigliari e associazioni. Adesione progetto regionale Community Express

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021

0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	INNOVAZIONE INTERVENTI AREA ANZIANI
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
Riferimento scheda regionale	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	Comune
Specifica del soggetto capofila	Comune di Castel San Giovanni (PC)
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	No
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

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

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 SENTINELLE: costruire sulla domiciliarità la filiera dell'innovazione sociale e promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema. PROGETTO DEMENZE

Destinatari

GRUPPO DI LAVORO REGOLAMENTI AREA ANZIANI E DISABILI: cittadini e servizi PROGETTO BADANTI: assistenti familiari e operatori PROGETTO SENTINELLE: anziani e disabili. PROGETTO DEMENZE:

Azioni previste

GRUPPO DI LAVORO REGOLAMENTI AREA ANZIANI E DISABILI: elaborazione nuovi regolamenti area anziani anno 2021, area disabili anno 2022.

PROGETTO BADANTI: 2019 costituzione di un gruppo di lavoro che sarà composto da assistenti sociali ed educatori operanti sul distretto e che possano essere rappresentativi delle aree geografiche, volontari in rappresentanza del mondo associativo, sindacati e altre eventuali figure che ne vogliano far parte. L'obiettivo del gruppo consiste nel formulare il progetto sulla base delle indicazioni scaturite dai tavoli di lavoro. Nel 2020/2021 si sono avviati incontri volti a declinare la progettualità, nel corso dell'anno verranno ultimati gli incontri mentre nel 2022 si prevede l'avvio concreto del progetto che in sintesi avrà come macro obiettivi l'istituzione di un albo badanti distrettuale e la formazione delle badanti. Si ipotizzano iniziative già a partire dall'anno 2021.

PROGETTO SENTINELLE: individuazione di figure sentinelle che possano monitorare le situazioni di fragilità presenti nel Distretto in raccordo con i Servizi Sociali con l'obiettivo di mantenere la domiciliarità delle persone stesse. L'intenzione è quella di avviare un tavolo di confronto con gli assistenti sociali responsabili del caso ubicati nella montagna per definire interventi mirati.

PROGETTO DEMENZE: sulla base dell'esperienza del SAF DEMENZE (PROGETTO ASSISTENZIALE DI PONENTE), e sulla base della riorganizzazione dei Centri dedicati per la Demenza, si progetterà un nuovo sviluppo dedicato alla malattia della demenza con particolare attenzione ai caregiver. Si prevede l'avvio nel 2021/2022.

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

Componenti Ufficio di Piano, Servizi Sociali

Novità rispetto al 2018

PROGETTO DEMENZE

PROGETTO BADANTI in azioni previste

Novità rispetto al 2019

AZIONI PREVISTE

Novità rispetto al 2020

AZIONI PREVISTE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	“La rete dei servizi per minori e disabili nel Distretto socio-sanitario di Ponente: strumenti manageriali e prospettive” – IL DISTRETTO CHE VORREI...
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
Riferimento scheda regionale	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	Comune
Specifica del soggetto capofila	Comune di Castel San Giovanni
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Arece

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

1. **Portare a compimento** il lavoro avviato con la consulenza dell'UNICATT di PC: per analizzare le differenti modalità di interpretazione del bisogno e di appropriatezza della risposta presenti all'interno dei Comuni, Unioni di Comuni e Azienda di servizi alla persona, gestori dei servizi sociali, nell'ambito territoriale del distretto di Ponente, al fine di omogeneizzare buone prassi e di preparare l'avvio graduale di un modello gestionale unificato.
2. Definire e formalizzare un **gruppo di coordinamento** distrettuale costituito dai responsabili dei servizi sociali degli Enti in cui è ancora suddivisa la gestione nel Distretto (ASP Azalea, Comuni di Gossolengo e Rivergaro, Comune di Castel San Giovanni, Unione Montana Alte Valli del Trebbia e Luretta), che transitoriamente assuma compiti assimilabili a quelli del responsabile del Servizio Sociale Territoriale (SST), integri i componenti dell'Ufficio di Piano e sia facilitatore per Comuni/Unione e cittadini nella realizzazione di un modello gestionale unificato .

Il Gruppo di Coordinamento rappresentativo del SST avrà compiti di indirizzo rispetto a:

- Individuare percorsi di formazione congiunta tra gli operatori del Distretto
 - Favorire la tenuta in rete degli sportelli sociali, servizi sociali e terzo settore (cooperazione, volontariato, associazionismo)
 - Sostenere gruppi di lavoro per la revisione e l'omogeneizzazione a livello distrettuale dei regolamenti di accesso e partecipazione economica dell'utenza
3. Sviluppare ed implementare un **sistema di coordinamento organizzativo** con particolare attenzione a:
 - Proposte di valorizzazione dei nuovi strumenti di contrasto alla povertà e di inclusione sociale (reddito di cittadinanza, l.r. 14/2015, progetto PON)
 - Costituzione di un'equipe distrettuale adozione/affido
 - Sviluppo e implementazione con personale aggiuntivo e dedicato (Fondo povertà) per accesso, presa in carico e valutazione area adulti

Progressiva definizione dei livelli di specializzazione professionale nella valutazione e presa in carico.

Eventuali interventi/politiche integrate collegate

Piano povertà: potenziamento personale con l'assunzione a tempo determinato di due assistenti sociali; 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 2018

AZIONI PREVISTE

Novità rispetto al 2020

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	105.420,10 €
-------------------------------	--------------

Risorse dei Comuni

Comuni del Distretto di Ponente	20.000,00 €
--	-------------

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse statali	43.126,15 €
---	-------------

Fondo sociale locale - Risorse regionali	42.293,95 €
---	-------------

Titolo	La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
Riferimento scheda regionale	24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	Comune
Specifica del soggetto capofila	Comune di Castel San Giovanni
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

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

Novità rispetto al 2020

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 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

Arece

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

Novità rispetto al 2020

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	0,00 €
-------------------------------	--------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	Inclusione socio-lavorativa per persone con disturbo dello spettro autistico
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
Riferimento scheda regionale	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Specifica del soggetto capofila	Ausl di Piacenza
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Sì
C Promozione autonomia	Sì
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 NPIA, 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 Tel.0523/302521
cell. Az. 348/7702988

Ross Paola, UOC Psichiatria di Collegamento-DSM eDP Ausl Piacenza - mail P.Rossi@ausl.pc.it tel. 0377-302508

Novità rispetto al 2019

destinatari, referenti dell'intervento

Novità rispetto al 2020

azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	Miglioramento dell'accesso ai percorsi di emergenza urgenza
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
Riferimento scheda regionale	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
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?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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:

- o livello di base (BLS-D), garantito da mezzi e personale del volontariato: attualmente sono attive 29 postazioni dislocate in tutto il territorio provinciale
- o 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

La 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 H24 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, 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.

È doveroso ricordare che la pandemia COVID dei primi mesi del 2020 ha stravolto in modo profondo e obbligato la rete di emergenza/urgenza aziendale:

- il 4 marzo i Pronto Soccorso e PPI periferici sono stati chiusi e tutta l'attività di urgenza ed emergenza si è concentrata presso il PS di Piacenza
- riapertura graduale degli spoke periferici il 9 Aprile per il PPI di Bobbio e il 15 giugno attivazione di due Punti di Primo Intervento negli ospedali di Castel San Giovanni e Fiorenzuola
- ripristino della rete dell'emergenza a condizioni pre-emergenza COVID il 7 settembre

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 2020 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 mentre, in attuazione del Decreto Legge 34 e in base ai finanziamenti disponibili, è stato proposto l'adeguamento del 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 2020

RAZIONALE/MOTIVAZIONE

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

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

Aree

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

Novità rispetto al 2020

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	PROGETTI INDIVIDUALI PAZIENTI GRADA
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
Riferimento scheda regionale	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Specifica del soggetto capofila	Azienda USL di Piacenza
Ambito territoriale	Provinciale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

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

Contini Andrea Direttore Organizzazione Territoriale AUSL PC a.contini@ausl.pc.it

Novità rispetto al 2020

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	0,00 €
-------------------------------	--------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	ASSISTENZA RESIDENZIALE DISABILI: ACCOGLIENZA RESIDENZIALE PER LE GRAVISSIME DISABILITÀ ACQUISITE (EX DGR 2068/2004)
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
Riferimento scheda regionale	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Specifica del soggetto capofila	Azienda USL Piacenza
Ambito territoriale	Provinciale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Arece

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

Contini Andrea direttore U.O. Organizzazione Territoriale AUSL PC a.contini@ausl.pc.it

Novità rispetto al 2020

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	Parliamone e non... improvvisiamoci
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
Riferimento scheda regionale	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Specifica del soggetto capofila	Azienda USL Piacenza
Ambito territoriale	Provinciale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

A Domiciliarità e prossimità	Sì
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	Sì
E Qualificazione servizi	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 a 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 tel 0523 317653

Contini Andrea Direttore Organizzazione Territoriale a.contini@ausl.pc.it

Novità rispetto al 2020

Descrizione, azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	0,00 €
-------------------------------	--------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	Azioni di contrasto alla crisi socio economica generatesi in seguito all'epidemia COVID-19
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	40 Azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla crisi economico sociale generatesi in seguito all'epidemia COVID -19
Riferimento scheda regionale	40 Azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla crisi economico sociale generatesi in seguito all'epidemia COVID -19
Riferimento Programma finalizzato	1 - Programma finalizzato Scheda 40
Soggetto capofila	Comune
Specifica del soggetto capofila	Comune di Castel San Giovanni
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Si
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 risollevere 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 Contatto"  [progettoCONTATTO CPF.pdf](#)

AREA ADULTI:

Vista la recente situazione di emergenza sanitaria, che ha causato problematiche socio-economiche rilevanti, in sede di programmazione si è ravvisata la necessità di pensare a supporti economici per affrontare l'emergenza abitativa che si profila nei prossimi mesi. Lo sblocco degli sfratti e dei licenziamenti si delineano come criticità che andranno ad impattare sulla vita di molte persone del territorio.

Pertanto 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 tali situazioni emergenziali legate al tema dell'abitare. Contestualmente si è avviata una ricognizione sul territorio rispetto alle opportunità presenti al fine di individuare soluzioni abitative temporanee che consentano di mantenere l'unità del nucleo familiare.

Referenti dell'intervento

Referenti Ufficio di Piano del Distretto di Ponente

Novità rispetto al 2020

Azioni previste Area Adulti

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021	54.311,01 €
-------------------------------	-------------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Programma finalizzato Azioni contrasto disuguaglianze scheda 40 (anno 2021)	54.311,01 €
--	-------------

Titolo	Interventi Non Autosufficienza
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
Riferimento scheda regionale	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	Comune
Specifica del soggetto capofila	Comune di Castel San Giovanni
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Are

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

AREA ANZIANI:

1. PROGETTO BADANTI, PROGETTO SENTINELLE E PROGETTO DEMENZE vedere scheda intervento "Innovazione interventi area anziani".
2. PROGETTO "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE" E PROGETTO CAFFE' ALZHEIMER vedere scheda intervento "Supporto e sostegno al caregiver"
3. ASSEGNO DI CURA
4. RICOVERI DI SOLLIEVO. Nel Distretto è possibile usufruire di tale servizio nelle strutture:
 - ALBESANI

- MELOGRANO
- GARDENIA
- VILLAVERDE

5. RICOVERO TEMPORANEO: Nel Distretto è possibile usufruire di tale servizio nella struttura ALBESANI; si differenzia dalla tipologia del sollievo in quanto è determinante la valutazione UVM che ne definisce i requisiti riabilitativi

6. CENTRI DIURNI: Nel distretto sono presenti due centri diurni con posti accreditati e sono:

- Centro diurno Albesani
- Centro Diurno Gragnano Trebbiense

7. RESIDENZIALITA' POSTI CONTRATTUALIZZATI NELLE CRA:

- ALBESANI: 106
- SILVA BOBBIO: 44
- MELOGRANO: 51
- CASTAGNETTI: 47
- VILLAVERDE: 31
- GARDENIA: 75

L'accesso su posto contrattualizzato è autorizzato dal SAA attraverso graduatoria.

I criteri di composizione della Graduatoria sono stati creati attraverso Il Tavolo Dedicato "Anziani", che ha visto la partecipazione di tutte le assistenti sociali del Distretto.

Il regolamento è stato approvato dal Comitato di Distretto

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.

-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 4 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.

Referenti dell'intervento

Referenti Aree Anziani e Disabili dell'Ufficio di Piano del Distretto di Ponente, Responsabile del SAA

Novità rispetto al 2020

Azioni previste

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021 8.743.164,79 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Programma DOPO DI NOI	71.826,00 €
FRNA	7.930.234,40 €
FNNA	741.104,39 €

Titolo	Progetto Adolescenza: il cielo (e la terra) in una stanza. Il fenomeno rei ritirati sociali
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
Riferimento scheda regionale	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	Comune
Specifica del soggetto capofila	Comune di Castel San Giovanni
Ambito territoriale	Distrettuale
È in continuità con la programmazione precedente?	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Sì
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 attori 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 2021 0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Titolo	POTENZIAMENTO STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI EDUCATIVA DI TRANSITO
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	Comune
Specifica del soggetto capofila	Comune di Castel San Giovanni
Ambito territoriale	Distrettuale
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Arece

A Domiciliarità e prossimità	No
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	Si
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 2021	93.923,71 €
-------------------------------	-------------

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Fondo sociale locale - Risorse statali	49.143,53 €
Fondo sociale locale - Risorse regionali	44.780,18 €

Titolo	PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' PER IL RICONOSCIMENTO E IL SOSTEGNO DEI CAREGIVERS FAMILIARI
Distretto	Ponente
Riferimento scheda regionale prevalente	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
Riferimento scheda regionale	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
Riferimento Programma finalizzato	0 - Nessun Programma finalizzato
Soggetto capofila	AUSL
Ambito territoriale	Aziendale
Intervento Annullato	No
Stato	Approvato

Aree

A Domiciliarità e prossimità	Si
B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute	No
C Promozione autonomia	No
D Partecipazione e responsabilizzazione	No
E Qualificazione servizi	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 familiare 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:

- incontri propedeutici alla 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 *caregivers*;
- individuazione condivisa degli step valutativi relativi alla definizione di punteggi di priorità per l'attivazione di interventi/servizi (coinvolgimento UVM e UVMD – AUSL per la definizione delle modalità di impiego della scheda Zarit) (cfr. Proposta allegata di Criteri di priorità)  [Criteri di valutazione e individuazione di priorità.pptx](#)
- 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.);
- progettazioni sperimentali per fronteggiare la «sindrome da porta chiusa» nelle strutture residenziali sia attraverso il riconoscimento di monte ore di operatore dedicato, che attraverso la fornitura di materiale tecnologico che faciliti la comunicazione tra ospite e familiari;
- percorso sulla gestione del lutto post Covid in carico alla Psicologia di base;
- azioni di informazione e formazione in situazione ed in progress per la gestione di soggetti affetti da demenza e/o grave disturbo del comportamento;

Si ritiene opportuna, a partire dalla valorizzazione del contributo delle referenti aziendali presso il Gruppo di lavoro regionale, la costituzione di un Gruppo di lavoro provinciale/aziendale, con funzioni di presidio, di accompagnamento e monitoraggio delle azioni previste.

Con riferimento specifico alle risorse assegnate dalla Regione Emilia Romagna alle AUSL con la Deliberazione n° 1005/2020, in accordo con i Comitati di Distretto e ad integrazione della programmazione delle attività per la non autosufficienza, l'Azienda USL intende sostenere la realizzazione di azioni a livello provinciale/aziendale e azioni su scala territoriale.

Azioni a livello provinciale/aziendale

Le azioni trasversali ai territori distrettuali avranno caratteristiche "di sistema" e saranno finalizzate a diffondere e consolidare la logica del sostegno ai *caregivers* familiari nonché a promuovere la padronanza e l'utilizzo diffuso degli specifici strumenti promossi dalla Regione Emilia Romagna (con particolare riferimento alla sezione informativa della cartella utente dedicata al *caregiver* e alla scala Zarit di valutazione dello stress del *caregiver*). A questo proposito si ipotizzano in particolare:

- a) azioni di formazione degli operatori dei servizi sociali e sanitari per la non autosufficienza (vd. File allegato – Proposta di percorso formativo);  [PERCORSO FORMAZIONE.pdf](#)
- b) l'informatizzazione della sezione informativa e valutativa dedicata al caregiver familiare all'interno delle cartelle utenti di anziani non autosufficienti e persone con disabilità (con particolare riferimento all'inserimento in adweb della scheda di valutazione Zarit e della sezione informativa relativa al caregiver);
- c) azioni di informazione ai caregivers 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;
- d) azioni di supporto e consulenza psicologica ai *caregivers* familiari (vd. File allegati – Progetti di Centro di ascolto, Supporto psicologico e attività formativa a favore dei caregivers familiari per persone con demenza).  [PROGETTO BURDEN CAREGIVER.pdf](#)  [PROGETTO_CA.DE. CENTRO ASCOLTO DEMENZA.pdf](#)  [PROGETTO EDUCATION CAREGIVER .pdf](#)

Azioni a livello distrettuale

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 familiare" (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 familiare 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.

Oltre a quanto stanziato nei propri bilanci e atti di programmazione, da parte dell'Azienda USL e dei Comuni, con riferimento specifico alle risorse assegnate con DGR 1005/2020, una quota minoritaria, pari a € 70.816,00 si intende destinata al supporto alle azioni a livello aziendale/provinciale, mentre la restante quota di risorse, pari a € 360.000,00 a sostegno di azioni individuate a livello distrettuale, potrà essere opportunamente ripartita adottando come criterio l'incidenza della popolazione di età superiore ai 14 anni.

In tal caso, con riferimento ai dati di popolazione alla data del 01/01/2020, le risorse risultano così distribuite.

Distretto di Levante: € 133366,4

Distretto di Ponente: € 96615,6

Distretto Città di Piacenza: € 130018

Preventivo di Spesa

Totale Preventivo 2021

0,00 €

Risorse dei Comuni

Altre Risorse

Indicatori a Compilazione Distrettuale 2021

Distretto: Ponente

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021	Note 2019	Note 2020	Note 2021	Stato Indicatore
N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	1	Case della salute e Medicina d'iniziativa			1	10	10	10	0	10				Attivo
N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	3.2.A Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numerico	3	Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità			1	1		0	0	1				Attivo
Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale	3	Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità									Mantenimento delle prassi delineate nel PDTA			Attivo
Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	4.2 Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Testuale	4	Budget di salute				S								Attivo
Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	4.5 (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	S N	4	Budget di salute							n	s				Attivo

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021	Note 2019	Note 2020	Note 2021	Stato Indicatore
Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	5.1.A Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	S N	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	S	31/12/2017	S	S	S	S	S	S	S				Attivo
N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	10	31/12/2017	20	0	15	15	15	15	15				Attivo
N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	1	31/12/2017	2	2	2	2	2	2	2				Attivo
N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	0	31/12/2017	0	0	0	0	1	0	1				Attivo
N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	0	31/12/2017	1	1	0	0	1	0	1				Attivo
N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	Numerico	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	0	31/12/2017	4	0	5	5	5	5	5				Attivo

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021	Note 2019	Note 2020	Note 2021	Stato Indicatore
N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	45	31/12/2017	40	40	35	35	30	30	30				Attivo
Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S N	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	N	31/12/2017	N	N	N	N	N	N	N				Attivo
Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	12.4.B N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	S N	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	N	31/12/2017	N	N	N	N	N	N	N				Attivo
N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità													Attivo
Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS	15.1 Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	S N	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	S	31/12/2017	S	S	S	S	S	S	S				Attivo
Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	15.4.A N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	S N	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	S	31/12/2017	S	S	S	S	S	S	S				Attivo

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021	Note 2019	Note 2020	Note 2021	Stato Indicatore
N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	6	31/12/2017	7	7	8	8	9	5	7				Attivo
Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenze di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenze di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S N	16 Sostegno alla genitorialità	S	31/12/2017	S	S	S	S	S	S	S				Attivo
Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S N	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	S	31/12/2017	S	S	S	S	S	S	S				Attivo
Costituzione del coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	S N	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	S	31/12/2017	S	S	S	S	S	S	S				Attivo
N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	6	31/12/2017	7	7	8	9	9	5	8				Attivo

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021	Note 2019	Note 2020	Note 2021	Stato Indicatore
N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	18.1 Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	Numerico	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità				1	1		0						Attivo
Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S N	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità													Attivo
N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	0	31/12/2017	1	1	0	0	2	1	2				Attivo
Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	Gruppo di lavoro tavolo-anziani - Udp Ponente - per creazione progetto innovativo (S.A.F.)	31/12/2017	Progetto S.A.F. 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 cio	Realizzazione progetto S.A.F.	Prosecuzione Progetto S.A.F.	Prosecuzione Progetto S.A.F.	Prosecuzione Progetto S.A.F.	Implementazione progetto SAF e avvio progetto badanti					Attivo
N. assistenti sociali assunte con l'avviso 3 fondi PON (proroga al 31/12/2020)	22.7.A N. assistenti sociali assunte con l'avviso 3 fondi PON (proroga al 31/12/2020)	Numerico	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)		31/12/2019						0	0				Nuovo
N. assistenti sociali assunte con la quota servizi del fondo povertà	22.7.B N. assistenti sociali assunte con la quota servizi del fondo povertà	Numerico	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)		31/12/2019						3	3				Nuovo
N. assistenti sociali assunte con l'avviso 1/2019 fondi PON	22.7.C N. assistenti sociali assunte con l'avviso 1/2019 fondi PON	Numerico	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)		31/12/2019						0	0				Nuovo

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021	Note 2019	Note 2020	Note 2021	Stato Indicatore
N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	23.5.A N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	Numerico	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)								1	1				Attivo
Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	23.5.B N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	S N	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	S	31/12/2017	S	S	S	S	S	S	S				Attivo
Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	27.4 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	S N	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)													Attivo
Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	27.5 N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	S N	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)				S	S	S	S	S	S				Attivo
Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	27.6 N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	S N	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)				S	S	S	S	S	S				Attivo
Numero di eventi di formazione sull'Health Literacy	27.7 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	Numerico	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)		31/12/2019						0	1				Nuovo
N. professionisti formati (sanitari e amministrativi)	27.2.C N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)		31/12/2019						375	279				Nuovo
N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	1	31/12/2017	1	1	1		1	0	1				Attivo
N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	0	31/12/2017	6	6	8		8	0	8				Attivo

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021	Note 2019	Note 2020	Note 2021	Stato Indicatore
N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.C N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	0	31/12/2017	8	8	10		10	0	10				Attivo
N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	10	31/12/2017	10	10	10		10	0	10				Attivo
N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	0	31/12/2017	0	0	1		2	0	2				Attivo
Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari													Attivo
Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	29.4 Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna	S N	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore													Attivo
N. esperienze collettive di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.6 N. esperienze collettive di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore		31/12/2019											Nuovo
Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S N	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti				S	S	S	S	S	S				Attivo

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021	Note 2019	Note 2020	Note 2021	Stato Indicatore
N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Numerico	33	Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza			1	0		0						Attivo
Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Testuale	33	Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza												Attivo
Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S N	36	Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST			N	N	N	N	N	N				Attivo
Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	37.3 Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S N	37	Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	S	31/12/2017	S	S	S	S	S	S				Attivo
Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso	37.4 monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numerico	37	Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela		31/12/2015	40	45	45	50	46	45				Attivo
N. interventi attivati a livello distrettuale	40.1 N. interventi attivati a livello distrettuale	Numerico	40	Azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla crisi economico sociale generate in seguito all'epidemia COVID -19		31/12/2019				3	3	3				Nuovo

Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Scheda regionale	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021	Note 2019	Note 2020	Note 2021	Stato Indicatore
N. bebeficiari coinvolti	40.2 N. bebeficiari coinvolti	Numerico	40 Azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla crisi economico sociale generate in seguito all'epidemia COVID -19	0	31/12/2019					100	100	120				Nuovo

Indicatori Locali 2021

Distretto: Ponente - Indicatori: 103

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	Obiettivo 1/a	Ricerca- intervento e tavoli di coordinamento	Testuale	Da attivarsi	31/12/2017	attivazione di un tavolo per ogni distretto	no	attivazione di un tavolo per ogni distretto		Mantenimento attività	Mantenimento attività	Mantenimento attività
PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	Obiettivo 1/b	Interventi in contrasto al sovra indebitamento	Testuale	Da attivarsi	31/12/2017	Attivazione di un gruppo di consulenza provinciale	si	Mantenimento attività		Mantenimento attività	Mantenimento attività	Mantenimento attività
PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	Obiettivo 1/d	Interventi di sostegno alle famiglie dei giocatori eccessivi o patologici	Testuale	Potenziamento dell'attività in atto	31/12/2017	Attivazione centro di ascolto e di un gruppo familiari	si	Mantenimento centro di ascolto e gruppo familiari. Proposta di due gruppi tematici semiresidenziali / anno		Mantenimento centro di ascolto e gruppo familiari. Proposta di due gruppi tematici semiresidenziali / anno	Mantenimento centro di ascolto e gruppo familiari. Proposta di due gruppi tematici semiresidenziali / anno	Prosecazione attività in atto
PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	Obiettivo 2/a	Ricerca intervento negli istituti superiori di Piacenza	Testuale	Interventi puntiformi, da attivare una programmazione strutturata	31/12/2017	Attivazione intervento in almeno 5 classi	no	Attivazione dell'attività in 25 classi		Implementazione attività in altre 25 classi	Implementazione dell'attività in altre 25 classi (Sospeso e successivamente terminato). Incontri sulla "matematica applicata al gioco d'azzardo" iniziato nel 2020	Terminato. Incontri sulla "matematica applicata al gioco d'azzardo" prosecuzione da settembre 2021
PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	Obiettivo 4/ a	Potenziamento sistema curante in atto: Attività clinica di intervento sui giocatori problematici e patologici e i loro familiari, interventi su operatori del settore	Testuale	Attività ambulatoriale attivata da prima del 2016. Interventi attualmente in atto: - Educatori 20 ore /mensili; - Psicologo 8 ore mensili.	31/12/2017	Incremento:12 ore settimanali figure educative; 40 ore settimanali figure psicologiche.	si	Mantenimento attività		Mantenimento attività	Mantenimento attività	Mantenimento attività
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.	Formazione socio sanitaria integrata specifica per l'attuazione della DGR 1102/2014	Attività formativa che qualifichi le modalità di collaborazione e gli strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi, psicologia di base , neuropsichiatria infantile, altri servizi sanitari territoriali e osped	Testuale	Attive equipe Eti e UVM come da DGR	31/12/2017	Partecipazione di operatori sanitari ospedalieri e del territorio alla formazione in Area vasta Nord e ricaduta distrettuale nel secondo semestre (tema violenza di genere e violenza assistita)		Attuazione percorsi formativi integrati mirati all'implementazione della DGR 1102/14		Dare continuità alle iniziative formative anche attraverso formazioni sul campo integrate tra i diversi servizi coinvolti o tramite supervisione	Avvio formazione del Programma regionale "Qualificazione dei Servizi di tutela"	

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
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.	Definizione /aggiornamento dei protocolli di collaborazione con le rete istituzionale di protezione e tutela minori sul tema del maltrattamento	Compilare/aggiornare documenti di collaborazione tra i diversi soggetti, pubblici e privati, che compongono la rete di protezione, nell'analisi del bisogno e nella programmazione di obiettivi di miglioramento del sistema di protezione, tutela ed accoglie	Testuale	Esistenza di documenti obsoleti	31/12/2017	Aggiornamento protocolli		Aggiornamento protocolli		Concludere aggiornamento protocolli		
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.	Monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale e reportistica UVM minori	Compilare semestralmente fogli excel con i dati utili al monitoraggio distrettuale e rendicontazione UVM minori	Testuale	Esistenza di fogli excel distrettuali	31/12/2017	Mantenimento e aggiornamento dei fogli excel		Mantenimento e aggiornamento dei fogli excel		Mantenimento e aggiornamento dei fogli excel		Mantenimento e aggiornamento reportistica (UVM-minori)
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.	Ampliamento équipe 1102/14 Attraverso riunioni di rete mensili alfine di una condivisione e coprogettazione tra servizi	SPERIMENTAZIONE Incontri mensili con UONPIA Psicologia diBase e Servizio Sociale Asp Azalea	Testuale	Calendario incontri	31/12/2017	Ampliamento del tavolo di coprogettazione al servizio Sert		Ampliamento e proposta al Servizio DSM		Valutazione risultati di rete ottenuti		
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	Sostegno in gruppo alla genitorialità relativa ad adolescenti con esperienze sfavorevoli infantili (ESI) come integrazione e potenziamento degli interventi già esistenti	Attraverso il confronto paritario tra adulti coinvolti in relazioni significative con gli adolescenti, mediato da professionisti, ci si aspetta che aumentino le competenze in termini di: - Apprendimento relativo alle specificità del funzionament	Testuale	Il supporto "standard" alla genitorialità è costituito da colloqui individuali e di coppia di tipo psico-educativo.	31/12/2017	Avviare il progetto		Consolidare il progetto		Strutturare il dispositivo all'interno dei percorsi socio-sanitari integrati		
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	Sostegno e potenziamento della frequenza dei ragazzi al gruppo di psicoterapia	Attraverso il coinvolgimento di tipo esperienziale degli adulti in un percorso grupppale parallelo a quello dei ragazzi ci si aspetta che i care givers supportino emotivamente e fattivamente la partecipazione degli adolescenti alla terapia di gruppo, coord	Testuale	Nella sperimentazione 2018 un aspetto cruciale è stata la logistica dei trasporti e degli accompagnamenti dei ragazzi da/per la sede del gruppo (S.Nicolò)	31/12/2017	Avviare il progetto		Consolidare il progetto		Strutturare il dispositivo all'interno dei percorsi socio-sanitari integrati		
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	Valutazione dell'iniziativa da parte dei partecipanti	Empowerment e partecipazione attiva e critica degli adulti coinvolti, chiamati ad esprimere una valutazione del servizio fruito e di contribuire in modo costruttivo al miglioramento del progetto	Testuale	Assenza nella pratica di routine di feed back strutturati da parte dei protagonisti (escluso il PIPPI che prevede questionari di valutazione della relazione di aiuto)	31/12/2017	Avviare il progetto		Consolidare il progetto		Strutturare il dispositivo all'interno dei percorsi socio-sanitari integrati		

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO/COMUNITÀ)	Attivazione percorsi dedicati alla genitorialità	Progetto P.I.P.P.I .programma sperimentale per la prevenzione dell'istituzionalizzazione	Testuale	Adesione al progetto PIPPI7	31/12/2017	IDENTIFICARE 10 FAMIGLIE A RISCHIO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE		SEGUIRE MODALITA' SPERIMENTAZIONE PROGETTO		COINVOLGERE LE FAMIGLIE TARGET NELLA PROGETTAZIONE INTERVENTI E NELLA CONCLUSIONE DEL PROGETTO		
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO/COMUNITÀ)	monitoraggio affido e adozione delibera RER 1904/2011 ed integrazioni 1106/2014	Attivazione gruppo di lavoro dedicato a livello azienda UsI di Piacenza	Testuale	Programmazione gruppi di lavoro dedicati	31/12/2017	Identificazione operatori dedicati ai temi affido e adozione		Individuazione dei bisogni e predisposizione piani attuativi coerenti		Gestione e realizzazione azioni coerenti con i bisogni		
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO/COMUNITÀ)	Coprogettazione con volontariato	Attivazione coordinamento operatori/volontariato per sostegno genitorialità	Testuale	Programmazione incontri sul territorio	31/12/2017	Identificazione calendario incontri e coinvolgimento		Individuazione microprogettazioni condivise		Verifica risultati e ampliamento progetti per il territorio		
CASE MANAGER PER UTENZA MULTIPROBLEMATICA: Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di marginalità	Attività ambulatoriale	Apertura ambulatori nelle giornate festive	Testuale	Interventi attivati	31/12/2017	2 ore settimanali	2 ore settimanali, n.53 interventi nell'anno 2018	Mantenimento attività se finanziata		Mantenimento attività se finanziata		
CASE MANAGER PER UTENZA MULTIPROBLEMATICA: Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di marginalità	Attività di case-manager	Accompagnamento/tutoraggio per pazienti di particolare gravità clinica nelle attività previste dal progetto personalizzato	Testuale	Interventi attivati	31/12/2017	12 ore settimanali	12 ore settimanali, n. 308 interventi (colloqui per art. 121 e art. 75 Prefettura con finalità di aggancio e prevenzione, accoglienza per nuova utenza, monitoraggio e attività educativa con utenza multiproblematica)	Mantenimento attività se finanziata		Mantenimento attività se finanziata		
Promozione di strategie condivise per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere	Costituzione gruppo di coordinamento e monitoraggio per l'attuazione del Protocollo d'Intesa	Al gruppo partecipano un referente tecnico di ciascun distretto, un referente Ausl e i referenti Centro Antiviolenza	S N	S	31/12/2017	S	S	S	S	S	S	
Promozione di strategie condivise per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere	Numero di iniziative formative rivolte agli operatori	Iniziative formative organizzate nell'ambito del Protocollo d'intesa e rivolto agli operatori a vario titolo impegnati sul tema, valorizzando le competenze del Centro Antiviolenza	Numerico	0	31/12/2017	0		1		1		

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard > 60%;	Nd	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd		Nd	915	Nd		
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete;	Nd	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd		Nd	S	S	0	1
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative;	Nd	Testuale	corso di formazione in cp di base x MMG (3 edizioni) e corso di formazione in cp di base x medici, infermieri ed oss di RSA "Vittorio Emanuele"	31/12/2017	corso di formazione in cp di base per mmg ed infermieri ad corso di formazione in cp di base per medici ed infermieri del presidio unico	effettuati	corso di formazione in cp di base per mmg ed infermieri ADI corso di formazione in cp di base per medici ed infermieri del presidio unico corso di formazione in cp di base x medici, infermieri ed oss CRA di tutti i Distretti	Corso di formazione in cp di base per medici, infermieri ed oss CRA di tutti i Distretti (effettuato gennaio e febbraio 2019) Master Cronicità (inizio 5.9.2019) Convegno regionale SICP "La ricerca in cure palliative: conoscere di più per curare meglio"	corso di formazione in cp di base per mmg ed infermieri ADI rimandato causa pandemia COVID19		Corso di formazione in cp di base per mmg ed infermieri ADI rimandato causa pandemia COVID19
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore);	Nd	Testuale	Serate con cittadinanza organizzate da associazione volontari Hospice	31/12/2017	3 edizioni (maggio/giugno 2018)	effettuate	3 edizioni (autunno 2019)	3 edizioni effettuate. Presentazione associazione volontari "cure palliative piacenza" 8 novembre 2019	Insieme-mostra di pittura (1 febbraio); Armonie di vallata, concerto del coro Montenero (15 febbraio); Io ci metto l'anima: dentro le buone relazioni di cura (11 febbraio); Cena benefica in ricordo delle vittime dell'alluvione (5 agosto); "Golf e Musica"		

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	N. Aziende all'interno delle quali si è individuato il referente per le CP pediatriche e definito il percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP;	Nd	Testuale	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd	Costruzione percorso assistenziale, rimandato causa pandemia COVID19	
Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/ i professionisti	1.evidenza dei documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS;	PDTA del Percorso Nascita aziendale attivo nei tre distretti comprensivo di indicatori per il monitoraggio e delle interfacce Verbali delle riunioni trimestrali	Testuale	Attivato nel 2015	31/12/2017	Revisione e validazione annuale con eventuali modifiche e integrazioni	Nel corso del 2018 nell'ambito della revisione periodica del percorso sono state individuate e realizzate le seguenti azioni di miglioramento:	Revisione e validazione annuale con eventuali modifiche e integrazioni		Revisione e validazione annuale con eventuali modifiche e integrazioni	La gestione del percorso a causa della pandemia ha avuto l'obiettivo di garantire tutte le prestazioni di assistenza nei vari step nel rispetto delle misure atte a prevenire la diffusione del virus Per tutte le attività sono state mantenute le procedure	La pianificazione per il 2021 prevede la ripresa delle attività di monitoraggio del percorso e la stesura di documenti di interfaccia ospedale-territorio riguardanti l'assistenza al puerperio con dimissione integrata della diade madre-neonato e la gestione
Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/ i professionisti	2. % ricoveri per parto in punti nascita < 1000 parti/anno;	Non applicabile	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd		
Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/ i professionisti	3. % parti cesarei nella classe I di Robson;	Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson N. parti cesarei con travaglio spontaneo NTSV / N. parti con travaglio spontaneo .	Numerico	La percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson è in calo,10,36% a fronte del 13% nel 2016, sebbene sempre al di sopra della media regionale	31/12/2017	<= 9,4	11,63%	Nd		Nd	INDICATORE 2020 9,3% Si segnala il trend stabile di miglioramento per i tagli cesarei nella classe I di Robson (14% del 2018 ,12,3 % nel 2019, 9,3 nel 2020. Questa significativa riduzione è principalmente correlabile alla creazione di una Procedura su	Monitoraggio dell'indicatore e dell'applicazione della procedura.

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/ i professionisti	4. % allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi;	percentuale di bambini allattati in modo completo rilevato durante l'accesso per le vaccinazioni	Testuale	Il tasso di allattamento completo rilevato nel corso delle vaccinazioni obbligatorie è in costante aumento e si colloca al di sopra della media regionale. 63% a tre mesi 46% a cinque mesi	31/12/2017	>dei valori degli anni precedenti	60% a tre mesi e 49,7% a cinque mesi	Nd		Nd	INDICATORE 2020 A tre mesi: 66,21% A cinque mesi: 56,4% Per quanto riguarda i dati relativi alla % di allattamento completo a 3 e 5 mesi la nostra azienda mostra valori soddisfacenti (66,21 % a tre mesi e 56,4% a cinque mesi) significativamente al di sop	Implementazione delle indicazioni regionali sulla dimissione integrata della diade mamma-bambino. Prosecuzione dell'attività di visite singole nello spazio mamma –Bambino distrettuale, prevalentemente in presenza (madre/padre/neonato). Le prenotazioni
Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA	copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni	Testuale	55.3%	31/12/2017	>=75%	55,89%	>=75%		Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza SARS COV2	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2
Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	2. monitoraggio delle vaccinazioni previste dalla norma vigente	Monitoraggio semestrale	Testuale	Dati disponibili in Regione e non divulgabili	31/12/2017	n. di minori della coorte del 2002 non in regola con gli obblighi vaccinali (DTPa e MPR e dosi) n. di minori non in regola con gli obblighi vaccinali con vaccinazioni in corso	90 e 42	da definire		Nd		
Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA	copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni	Numerico	23,2%	31/12/2017	>=55%	30,8%	>=75%		Nd	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2
Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA	copertura vaccinale anti Herpes-Zooster nella popolazione di età = 65 anni	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd	27%	35%		Nd	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA	copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia e adolescenza (al 24 mese)	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd	95%	95%		Nd	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2
Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA	copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno	Numerico	Nd	31/12/2017	60%	86,7%	75%		75%	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2
Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA	copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006	Numerico	Nd	31/12/2017	75%	77,6%	75%		Nd	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2
Nuovo calendario vaccinale e attività a supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA	copertura vaccinazione contro HPV maschi coorte 2006	Testuale	Nd	31/12/2017	Da valutare in base all'adesione	66,3%	60% da valutare in base all'adesione		Nd	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2	Mantenere i livelli di adesione dell'anno precedente garantendo sedute vaccinali rispondenti alle indicazioni di sicurezza Sars CoV2
Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	1. realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni realtà aziendale;	evento formativo sul tema infertilità, MST, endometriosi in integrazione con i professionisti del dipartimento materno-infantile rivolto ai medici di medicina generale e agli operatori della casa della salute	Testuale	Nd	31/12/2017	Pianificazione della formazione aziendale sui rischi da MST e sulla diagnosi di endometriosi	Effettuata pianificazione della formazione aziendale sui rischi da MST e sulla diagnosi di endometriosi con destinatari i medici ginecologi e le ostetriche da effettuare entro il 2019.	Svolgimento della formazione		Nd		

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	2. progettazione di una campagna informativa per la cittadinanza sulla tutela della fertilità maschile e femminile;	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.	Testuale	Nd	31/12/2017	Campagna informativa e conferenza stampa per l'apertura dello spazio	Effettuato focus group in collaborazione con l'università cattolica sull'organizzazione del servizio in relazione ai bisogni dei giovani adulti	Campagna informativa per la cittadinanza sui temi specifici		Nd		
Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	3. apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto;	Istituzione dello spazio Giovani Adulti a Piacenza protocolli clinici per i principali temi trattati con percorsi facilitati per le consulenze specialistiche e per l'accesso ai secondi livelli diagnostico-terapeutici.	Testuale	Nd	31/12/2017	Apertura spazio giovani adulti	Apertura spazio giovani adulti	Nd		Nd		
Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	. % di utenti 20-34 anni/utenti totale dei CF.	Numero utenti da 20 a 34 anni/numero totale utenti del consultorio	Numerico	Nd	31/12/2017	30%	30,6%	32%		Nd		
Medicina di genere nell'approccio alla malattia cronica	Eventi formativi	Numero degli eventi formativi sulla medicina di genere nel corso dell'anno professionisti dei PDTA cronicità	Numerico	0	31/12/2017	2		3		4	1	3
Medicina di genere nell'approccio alla malattia cronica	Fattori di rischio	Rilevazione dei seguenti fattori di rischio per malattia cronica distinti per genere: età, BMI, attività fisica, fumo di sigaretta	Numerico	Nd	31/12/2017	50%		80%		85%	85%	85%
Medicina di genere nell'approccio alla malattia cronica	Adesione ai PDTA diabete e BPCO	Numero dei soggetti aderenti al percorso distinto per genere	Numerico	Nd	31/12/2017	60%		70%		80%	70%	70%
ANIMAZIONE RELAZIONALE SERT DI PONENTE	Attività di animazione – formazione	Interventi nelle scuole e nei centri di aggregazione e giovanile	Testuale	Interventi attivati	31/12/2017	35 interventi		Mantenimento attività se finanziata		Mantenimento attività se finanziata		
ANIMAZIONE RELAZIONALE SERT DI PONENTE	Attività di animazione relazionale	Interventi in luoghi e contesti di vita (discoteche, sagre ..)	Testuale	Interventi attivati	31/12/2017	15 interventi		Mantenimento attività se finanziata		Mantenimento attività se finanziata		
Health Literacy nelle Case della Salute	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	Realizzazione di almeno un evento formativo nell'anno	S N	1	31/12/2017	S	S	S	S	S	S	S
Health Literacy nelle Case della Salute	N° professionisti sanitari formati in ogni azienda /totale dei dipendenti sanitari	N° cumulativo di professionisti sanitari formati/totale sanitari (dipendenti e specialisti convenzionati)	Numerico	113	31/12/2017	32/2705	143/2705	260/2705		350/2705		260/2705

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
Health Literacy nelle Case della Salute	N° professionisti sanitari formati/totale sanitari dipendenti delle case della salute	N° cumulativo di professionisti sanitari operanti presso le case della salute formati/totale sanitari operanti presso le case della salute (dipendenti e specialisti convenzionati)	Numerico	0/210	31/12/2017	25/210		120/210		210/210		
Health Literacy nelle Case della Salute	N° professionisti amministrativi formati su Health Literacy/totale dipendenti amministrativi	N° cumulativo di professionisti amministrativi formati/totale professionisti sanitari dipendenti	Numerico	11	31/12/2017	16/330	14/330	19/330		25/330		19/330
Health Literacy nelle Case della Salute	N° professionisti amministrativi formati su Health Literacy/totale dipendenti amministrativi delle case della salute	N° cumulativo di professionisti amministrativi operanti presso le case della salute formati/totale professionisti amministrativi operanti presso le case della salute	Numerico	0/14	31/12/2017	2/14	3/14	8/14		14/14		
Health Literacy nelle Case della Salute	% professionisti formati sul modello transteorico del cambiamento negli ambiti individuati (2018 ROCS; 2019 operatori sociali; 2020 personale degli ambulatori cronicità)	2018: ROCS formati/ROCS totali 2019: operatori sociali formati/tot. Operatori sociali 2020 personale ambulatori cronicità formato/tot. Personale ambulatori cronicità	Numerico	0	31/12/2017	90%	97%	100%		50%		
Health Literacy nelle Case della Salute	N° eventi formativi aziendali sull'Health Literacy con valutazione di impatto pre- e post- formazione con somministrazione di questionari	N° eventi formativi aziendali sull'Health Literacy con valutazione di impatto pre- e post- formazione realizzati nell'anno	Numerico	0	31/12/2017	1	1	3		3		1
Health Literacy nelle Case della Salute	N° case della salute in cui sono state realizzate carte dei servizi partecipate	N° cumulativo case della salute in cui sono state realizzate carte dei servizi partecipate	Numerico	0	31/12/2017	1	1	3		7		2
Health Literacy nelle Case della Salute	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno delle strutture sanitarie	Realizzazione di almeno un intervento nell'anno in corso	S N	Si	31/12/2017	Si	S	Si	S	Si		s
Health Literacy nelle Case della Salute	Verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	Realizzazione di almeno una verifica nell'anno in corso	S N	Si	31/12/2017	S	S	S	S	S		s

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti	11.1 A) presenza referenti aziendali equità e board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità	presenza referenti aziendali equità	S N	Nd	31/12/2017	Si		S	S	s	S	S
Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti	11.1 B) presenza referenti aziendali equità e board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità	presenza board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità	S N	Nd	31/12/2017	Si		S	S	S	S	S
Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti	11.2 Adozione del piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, prioritariamente orientate agli obiettivi strategici del piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione)	applicazione di almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio	S N	Nd	31/12/2017	Nd		Si	S	N		
Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti	11.4 raggiungimento indicatori Piano regionale prevenzione in relazione a utilizzo strumenti di equity assessment	raggiungimento indicatori Piano regionale prevenzione in relazione a utilizzo strumenti di equity assessment	S N	Nd	31/12/2017	Nd		Nd	S	Si		
Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti	11.5 evidenza di valutazione impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione tramite analisi epidemiologiche	evidenza di valutazione impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione tramite analisi epidemiologiche	S N	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd		
Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti	11.6 B rilevazione dell'indicatore EDI (Early Development Instrument) su campione regionale e su campione distrettuale (almeno 1 x area vasta)	Numero rilevazioni dell'indicatore EDI (Early Development Instrument) su campione distrettuale (almeno 1 x area vasta)	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd		

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti	11.7 creazione di una piattaforma formativa	creazione di una piattaforma formativa	S N	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd		
Equità in tutte le politiche – metodologie e strumenti	11.3 applicazione di almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio	applicazione di almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio	S N	Nd	31/12/2017	Nd		Si		Nd		
L'ICT -TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE -COME STRUMENTO PER UN NUOVO MODELLO DI E-WELFARE	% utenti seguiti, rispetto al totale di utenti con patologia cronica, beneficiari del servizio di Telemedicina nella zona disagiata	Indicatore di dimensione	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd	0	70%
L'ICT -TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE -COME STRUMENTO PER UN NUOVO MODELLO DI E-WELFARE	N. Pazienti gestiti con consulto in Telemedicina non esitati in trasferimento/Totali pazienti per i quali è stata utilizzata la Telemedicina	Indicatore di efficacia	Testuale	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd	0	Almeno 12 pazienti per singola casa della salute coinvolta
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA	adeguamento dei posti letto come indicato dal DM 70/2015, target 100%	adeguamento dei posti letto come indicato dal DM 70/2015, target 100%adeguamento dei posti letto come indicato dal DM 70/2015, target 100%	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd	1093	1093	1093	1093	1093	1093
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA	definire il riassetto delle discipline incluse nelle reti Hub&Spoke attraverso proposte dei gruppi di lavoro appositamente istituiti, target 100%	n. reti Hub&Spoke ridefinite/totali reti Hub&Spoke identificate dalla DGR 2040/2015	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd	100%	100%	100%	100%	100%	100%
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA	valutazione dei diversi modelli fin qui sviluppatasi con lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali (evidenza documento, target 100%)	documento di valutazione dei diversi modelli fin qui sviluppatasi con lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali	S N	nd	31/12/2017	Nd	S	S	S	S		

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie	% delle prenotazioni effettuate entro i tempi standard sul totale delle prenotazioni - target >=90%	% delle prenotazioni effettuate entro i tempi standard sul totale delle prenotazioni - target >=90%	Numerico	<=90 (anno 2015)	31/12/2017	Nd		90%		nullo		
Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie	% interventi erogati entro i tempi previsti per le classi di priorità - target >=90%	% interventi erogati entro i tempi previsti per le classi di priorità - target >=90%	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		nullo		
Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie	N. sanzioni per mancata disdetta	N. sanzioni per mancata o tardiva disdetta	Numerico	8.637 (anno 2016), 8634 (anno 2017)	31/12/2017	Nd		Nd		malus sospeso fino al 31/12/2020 DGR 404/2020		
Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie	monitoraggio della presa in carico diretta delle prestazioni secondarie	numero di prescrizioni dematerializzate da parte degli specialisti	Numerico	317.428 (anno 2016), 378.412 (anno 2017)	31/12/2017	Nd		Nd		Nd		
CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA	3.1. evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità e mappatura posti letto	mappatura delle strutture per la potenziale apertura di OsCO nell'ambito della restituzione aziendale di verifica degli obiettivi	S N	Nd	31/12/2017	Si		Nd		Nd		
CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA	3.2.A evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	numero iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	Numerico	1	31/12/2017	1		1		Nd	1	1
CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA	3.2.B evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	tipologia dei percorsi attivati	Testuale	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd		Mantenimento delle prassi delineate nel PDTA
CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA	3.3 A Valutazione di impatto del modello organizzativo OsCO	Valutazione degli esiti di salute del modello organizzativo OsCO: n. ricoveri inappropriati	Numerico	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd		
CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA	3.3 B Valutazione di impatto del modello organizzativo OsCO	Valutazione degli esiti di salute del modello organizzativo OsCO: n. ricoveri in salute	Numerico	Dati semestre 2017- 209 (patologia cronica riacutizzata) - 298 (re ricoveri in ospedale a 30 giorni dalla dimissione)	31/12/2017	Nd		Nd		Nd		

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA	1. evidenza del livello di realizzazione e programmazione delle Case della Salute nei singoli territori (report annuale monitoraggio con evidenza dei percorsi integrati, aree di intervento e n° ambulatori i	numero delle case della salute programmate e realizzate	Testuale	2016 e anni precedenti n.2 realizzate	31/12/2017	Programmata n.1		Programmata n.1		Realizzata n. 1	0	3
CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA	2. evidenza dell'impatto delle Case della Salute sulla popolazione e sui professionisti (progetto regionale di valutazione);	progetto regionale di valutazione dell'impatto delle case della salute sulla popolazione	S N	No	31/12/2017	Si		Si	S	Si	N	N
CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA	3. evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi;	Np	Testuale	Np	31/12/2017	Nd		10 percorsi strutturati es. casalab e eventi di carattere pubblico/partecipativo		10 percorsi strutturati es. casalab e eventi di carattere pubblico/partecipativo	0	
CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA	4. evidenza del percorso formativo regionale realizzato nelle Aziende Sanitarie.	n. azienda sanitarie partecipanti al percorso formativo regionale sul totale delle aziende sanitarie	Numerico	0	31/12/2017	Nd		1 evento formativo regionale		Nd		
“La rete dei servizi per minori e disabili nel Distretto socio-sanitario di Ponente: strumenti manageriali e prospettive” – IL DISTRETTO CHE VORREI...	Dotazione organica del SST	Non esiste un SST distrettuale; ogni gestore ha una propria dotazione organica	Testuale	4 gestori:ASP Azalea, Comuni di Gossolengo e Rivergaro, Unione Montana Bobbio	31/12/2017	Non attivato	Non attivato	Attivazione gruppo di coordinamento		Prosieguo		
“La rete dei servizi per minori e disabili nel Distretto socio-sanitario di Ponente: strumenti manageriali e prospettive” – IL DISTRETTO CHE VORREI...	n. ambiti distrettuali nei quali il SST rispetti gli standard previsti da DGR 1012/14 su dotazioni organiche e diffusione sportelli sociali	La diffusione degli sportelli sociali è capillare e presente in ogni comune dei due ambiti al di fuori dell'Unione montana, che comunque rispetta lo standard avendo n. 8.470 abitanti e 1 sportello; situazione non omogenea per orari di apertura e qualità d	Testuale	Responsabili Servizio n. 15 Ogni comune (n. 13) ha un Responsabile S.Sociale, che spesso si occupa anche di altri settori; solo 5 hanno la qualifica di a. sociale;	31/12/2017	Partecipazione alla costituzione del gruppo di coordinamento distrettuale e delle azioni previste.	si	Conferimento ad ASP della gestione dell'area anziani/adulti fragili dei comuni di Borgonovo VT, Ziano, Calendasco, Gazzola		Prosieguo	Prosieguo	Prosieguo

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
La casa come fattore di inclusione e benessere sociale	numero di famiglie presenti nelle graduatorie comunali per l'accesso all'ERP	numero di famiglie presenti nelle graduatorie comunali	Numerico	250	31/12/2017	240	240	230		220	90	
Budget di Salute	Numero pz. con BdS / numero pz. CSM		Numerico	256/4878 (5.2 % del TOT.)	31/12/2017	330/4900	252	0		0	11/5563	20
Budget di Salute	Coinvolgimento di utenti e familiari nel programma regionale		Numerico		31/12/2017	Nd		Nd		Nd		
Budget di Salute	azioni formative realizzate		Numerico		31/12/2017	Nd		Nd		Nd		
Budget di Salute	Numero BdS attivati finalizzati a dimissione da residenze sanitarie/tot. soggetti inseriti nelle residenze		Numerico	28/72	31/12/2017	35/72	6/72	10		10	2	11
Budget di Salute	Numero BdS attivati in residenze sociosanitarie		Numerico	17	31/12/2017	20	42	0		0	14	15
Budget di Salute	Numero BdS attivati in gruppi appartamento		Numerico	3	31/12/2017	4	4	13		4	6	15
Budget di Salute	Numero BdS attivati a domicilio		Numerico	8	31/12/2017	5	0	3		10	1	2
Inclusione socio-lavorativa per persone con disturbo dello spettro autistico	Tirocini formativi attivati, in rapporto al finanziamento 2017	Attivazione di TL.FO C e D	Testuale	Attivati 3 tirocini formativi nel 2017 i	31/12/2017	Nd	22	23		Nd	PC 15 Levante 3 Ponente 3 TOT: 23	PC 25 Levante 6 Ponente 6 TOT.: 37 (Δ: 14)
Miglioramento dell'accesso ai percorsi di emergenza urgenza	33.1 A Produzione di linee d'indirizzo per migliorare accessibilità e gestione dei percorsi 33.1 A Produzione di linee d'indirizzo per migliorare accessibilità e gestione dei percorsi	Produzione di linee d'indirizzo per migliorare e monitorare accessibilità	S N	Nd	31/12/2017	Nd		Nd		Nd		
Miglioramento dell'accesso ai percorsi di emergenza urgenza	33.1 B Produzione di linee d'indirizzo per migliorare accessibilità e gestione dei percorsi	N. di aziende che hanno adottato le linee di indirizzo per migliorare accessibilità/N. aziende sanitarie della RER	Numerico	Nd		Nd		Nd		Nd		

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
Miglioramento dell'accesso ai percorsi di emergenza urgenza	33.2 Presenza di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovraffollamento, appropriatezza, ecc.)	Definizione e realizzazione di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovraffollamento, appropriatezza, ecc.)	Testuale	Nd		Nd		Nd		Nd		
Miglioramento dell'accesso ai percorsi di emergenza urgenza	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. aziende sanitarie della RER	Testuale	Nd	31/12/2017	1		Nd		Nd		
LA PRESA IN CARICO SANITARIA DI PERSONE STRANIERE, A SOSTEGNO DI PERCORSI INTEGRATI DI INCLUSIONE ED EQUITA'	Screening MSNA	Sottoporre a screening tutti i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) accolti nelle comunità della Provincia di Piacenza, segnalati alla UOS Medicina delle Migrazioni	S N	30	31/12/2017	S	S	S	S	S	s	s
LA PRESA IN CARICO SANITARIA DI PERSONE STRANIERE, A SOSTEGNO DI PERCORSI INTEGRATI DI INCLUSIONE ED EQUITA'	Screening MRA	Sottoporre a screening, secondo indicazioni regionali e nazionali, tutti i migranti richiedenti asilo neo-arrivati sul territorio provinciale, segnalati dalla Prefettura di Piacenza	S N	676	31/12/2017	S	S	S	S	S	s	s
LA PRESA IN CARICO SANITARIA DI PERSONE STRANIERE, A SOSTEGNO DI PERCORSI INTEGRATI DI INCLUSIONE ED EQUITA'	Supporto psicologico per MRA	Valutare e prendere in carico tutti gli stranieri che accedono alla UOS Medicina delle Migrazioni, per i quali sia stata rilevata una possibile fragilità psicologica	S N	184	31/12/2017	S	S	S	S	S	s	s
Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti. Consultorio giovani	Attività di prevenzione area affettività-sessualità	Interventi nelle classi Secondarie delle scuole superiori (target regionale per le attività di prevenzione a scuola)	Testuale	attivati 100% in tre sedi del polo superiore	31/12/2018			Mantenimento implementazione con attività di peer education territoriale		Mantenimento implementazione con attività di peer education territoriale		
Inclusione socio-lavorativa per persone con disturbo dello spettro autistico	Co-housing	Esperienze di co-housing in ordine alla legge Dopo di noi	Testuale	2 co-housing stabili a Piacenza	31/12/2018			2 co-housing stabili a Piacenza più co-housing a rotazione: Piacenza 13, Levante 4, Ponente 5			2 co-housing stabili a PC + Co-housing a rotazione: PC 13 Levante 4 Ponente 5	(vedi schede housing L.112)
PROGETTAZIONE SOCIALE INTEGRATA A FAVORE DI ADULTI IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'	verbali calendario annuale	n. incontri effettuati nell'anno/n. incontri programmati annualmente (appropriatezza organizzativa: mantenimento degli incontri periodici dei gruppi territoriali)	Numerico	10	31/12/2018	10		10		10	6	10

Intervento	Indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Risultato raggiunto 2018	Obiettivo 2019	Risultato raggiunto 2019	Obiettivo 2020	Risultato raggiunto 2020	Obiettivo 2021
PROGETTAZIONE SOCIALE INTEGRATA A FAVORE DI ADULTI IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'	fogli presenze	n. presenze annuali effettuate dai singoli operatori/n. incontri programmati annualmente dai singoli gruppi (appropriatezza organizzativa: partecipazione ai gruppi territoriali dei singoli operatori di tutti i servizi coinvolti: UOC Psi. Col., Serv. Soc.	Numerico							90%	90%	90%

Piano Finanziario - Previsione 2021

Distretto: Ponente Approvazione Completata

Distretto	Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Ponente	Mobilità soggetti fragili							16.493,00 €		16.493,00 €
Ponente	Fondi a sostegno dei Centri per le Famiglie		18.747,38 €							18.747,38 €
Ponente	Comune (specificare)	Spese proprie dei Comuni del Distretto di Ponente	4.177.192,00 €	1.256.180,00 €	39.307,00 €	1.221.583,00 €	131.890,00 €	373.103,00 €	757.528,00 €	7.956.783,00 €
Ponente	AUSL Risorse FSR prest sanitarie erogate nei servizi NA			496.103,09 €		5.152.565,00 €				5.648.668,09 €
Ponente	FNNA			159.772,00 €		581.419,00 €				741.191,00 €
Ponente	Fondi FSE PON inclusione - Avviso 1 PaIS							31.030,87 €		31.030,87 €
Ponente	Fondo sociale locale - Risorse regionali		87.622,35 €				25.500,00 €	144.862,11 €	49.777,95 €	307.762,41 €
Ponente	Fondo sociale locale - Risorse statali		491.435,36 €							491.435,36 €
Ponente	FRNA			2.624.832,00 €		5.213.770,00 €			91.544,00 €	7.930.146,00 €
Ponente	Programma DOPO DI NOI (L122 2016)			71.826,00 €						71.826,00 €

Distretto	Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Ponente	Quota servizi Fondo povertà nazionale							378.212,60 €		378.212,60 €
Ponente	Programma finalizzato Azioni contrasto disuguaglianze scheda 40							54.311,01 €		54.311,01 €
Totali:			4.774.997,09 €	4.608.713,09 €	39.307,00 €	12.169.337,00 €	157.390,00 €	998.012,59 €	898.849,95 €	23.646.606,72 €

Attività	Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti (dipendenze salute mentale)	Riferimento scheda regionale
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	
D.2 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri con funzione socio-assistenziale	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	
D.4 - Centri servizi, diurni e semiresidenziali - Centri servizi per povertà estrema	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	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
Subtotale macro attività D	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E.1 - Strutture comunitarie e residenziali - Alloggi per accoglienza ed emergenza	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
E.2 - Strutture comunitarie e residenziali - Alloggi protetti	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
E.3 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture per minori a carattere familiare	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
E.4 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
E.5 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
E.6 - Strutture comunitarie e residenziali - Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
E.7 - Strutture comunitarie e residenziali - Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom sinti e caminanti	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
E.8 - Strutture comunitarie e residenziali - Integrazione retta/voucher per strutture residenziali	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
Subtotale macro attività E	44.780,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
F.1 - Azioni di sistema e spese di organizzazione- Ufficio di piano-Sistema informativo multiutenza-Formazione trasversale	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
Subtotale macro attività F	16.247,55	0,00	0,00	0,00	0,00	18.000,00	
G.1 - Altro - Voce residuale per spese non imputabili alle altre voci (es. contributi per favorire interventi terzo settore)	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	
Subtotale macro attività G	0,00	0,00	530,40	0,00	0,00	15.000,00	

Tabella C - Servizi e interventi finalizzati al patto per l'inclusione sociale

Distretto: Ponente
 Approvazione Completata

Tipo intervento	Tipologia azione prevista	Numero beneficiari stimati	Risorse	Note	Stato completamento
Tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione					Approvato
Sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare	Acquisizione autonomie personali; supporto economia domestica; accompagnamento e supporto nell'acquisizione di competenze utili alla vita autonoma; supporto relazionale al soggetto fragile e alla famiglia; lavoro di rete con gli operatori coinvolti; verifiche e report periodici	18	82.484,00 €		Approvato
Assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità					Approvato
Sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare	Attività di sostegno alla genitorialità attraverso la figura dello psicologo in collaborazione con il Centro per le Famiglie distrettuale	16	52.020,00 €		Approvato
Servizio di mediazione culturale					Approvato
Servizio di pronto intervento sociale					Approvato
Totale:			134.504,00 €		

Tabella Risorse Economiche

Distretto: Ponente
Approvazione Completata

Interventi	FNP 2020 quota servizi	Note	Stato completamento
A. Segretariato sociale/punti di accesso			Approvato
B. Rafforzamento Servizio Sociale Professionale	136.408,02 €		Approvato
C. Interventi e servizi Inclusione Sociale e Lavorativa	134.504,00 €		Approvato
E. Adeguamento sistemi informativi (max 2%)	7.564,25 €		Approvato
F. Oneri per attivazione e realizzazione dei PUC	99.736,33 €		Approvato
Totale:	378.212,60 €		

COMITATO DI DISTRETTO DI PONENTE**Val Tidone- Val Luretta – Val Trebbia****Seduta di Mercoledì 21 Luglio 2021****Ordine del giorno:**

- 1. Approvazione programma attuativo 2021 – DGR 473/2021**
2. Approvazione continuità programmazione distrettuale relativa ai Progetti in materia di Vita Indipendente.
3. Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare L. 112/2016 (Dopo di noi)
Approvazione continuità programma distrettuale.
4. Varie ed eventuali

L'anno **duemilaventuno**, il giorno **21** del mese di **Luglio ore 10.00**, 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:

Comune	Sindaco o delegato	Presente	Assente
Agazzano			X
Alta Val Tidone			X
Bobbio	Sindaco	X	
Borgonovo V. Tidone	Sindaco	X	
Calendasco	Sindaco	X	
Castel San Giovanni	Sindaco	X	
Cerignale	Delega permanente Vice Sindaco Reboli Piera	X	
Coli	Delega Presidente Unione Montana	X	
Corte Brugnatella	Delega Presidente Unione Montana	X	
Gazzola			X
Gossolengo	Delega permanente Assessore Parisi Michele	X	
Gragnano Tr.nse	Sindaco	X	

Ottone	Assessore Girometta Lucia	X	
Piozzano	Sindaco	X	
Pianello Val Tidone	Assessore Pilla Daniela	X	
Rivergaro	Delega permanente Assessore Martini Pietro	X	
Rottofreno	Delega Assessore Gandolfini Graziella	X	
Sarmato	Sindaco	X	
Travo	Delega Presidente Unione Montana	X	
Zerba	Delega Presidente Unione Montana	X	
Ziano P.no	Delega permanente Assessore Merli Gloria	X	
Direttore Distretto di Ponente	Magistrali Giuseppe	X	

Sono collegati: l'Assessore Ferrari Federica, la dott.ssa Silvia Castagna in qualità di Responsabile dell'Ufficio di Piano, la dott.ssa Federica Groppi in qualità di Figura di Sistema dell'Ufficio di Piano e le rappresentanze sindacali del territorio.

Il Presidente Lucia Fontana, dopo aver accertato il numero legale per la validità della seduta, introduce il primo punto all'odg: **Approvazione programma attuativo 2021 – DGR 473/2021**, passando la parola alla dott.ssa Silvia Castagna.

La Dott.ssa Silvia Castagna, fa presente che le progettazioni presenti in questo Programma confermano in linea di massima le schede dell'intervento dello scorso anno. Le novità presenti riguardano i seguenti temi:

- emergenza abitativa;
- potenziamento della mediazione culturale;
- l'importanza della formazione delle assistenti sociali;
- l'assegnazione del Progetto Fondo Povertà è stata più alta dello scorso anno;
- progetto SISAM dismesso e sostituito da un nuovo software a livello distrettuale;
- caregiver
- potenziamento SAF, in particolar modo per gli utenti con disturbi cognitivi.

Prende la parola la Dott.ssa Federica Groppi per illustrare gli interventi relativi al fondo finalizzato "Azioni di contrasto al ritiro sociale in adolescenza", richiamando il Piano adolescenza regionale.

Alle ore 10,40 il Presidente pone il punto in oggetto in votazione ed i componenti del Comitato di Distretto di Ponente

DECIDONO

all'unanimità

1. Di approvare il Programma Attuativo 2021 - DGR 473/2021.

Decisione n. 1 della seduta del 21/07/2021

La registrazione è conservata e disponibile presso gli uffici del Settore Politiche Sociali del Comune di Castel San Giovanni.