



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Sezione dei Corroni dell'Università Degli Studi di Bologna

PROGRAMMA TRIENNALE PIANI DI ZONA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018 – 2020 “UNA SFIDA E UNA META CONDIVISA”

Seminario di confronto sugli strumenti per la programmazione





“Le nuove parole chiave del Piano Sociale Sanitario”

Eno Quagnolo

Direttore del Distretto dell'Appennino Bolognese

I TRE AMBITI STRATEGICI

1. LOTTA ALL'ESCLUSIONE, ALLA POVERTA' E ALLA FRAGILITA'
2. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA A LIVELLO DISTRETTUALE
3. STRUMENTI NUOVI DI PROSSIMITA' E INTEGRAZIONE

LE TENDENZE

SERVIZI

dalla QUALITÀ alla INNOVAZIONE

LE TENDENZE

PROGRAMMAZIONE

dalla PARTECIPAZIONE alla PARTNERSHIP

LE TENDENZE

CITTADINI

da “TESTIMONI PRIVILEGIATI” ad ATTORI SOCIALI
RESPONSABILI

Il nuovo piano sociale e sanitario

LE PAROLE CHIAVE

POLITICHE INTEGRATE TRASVERSALITÀ

INNOVAZIONE

COMUNITÀ DI PROFESSIONISTI

COMUNITÀ DELLA SALUTE

COPROGETTUALITÀ

CORRESPONSABILITÀ

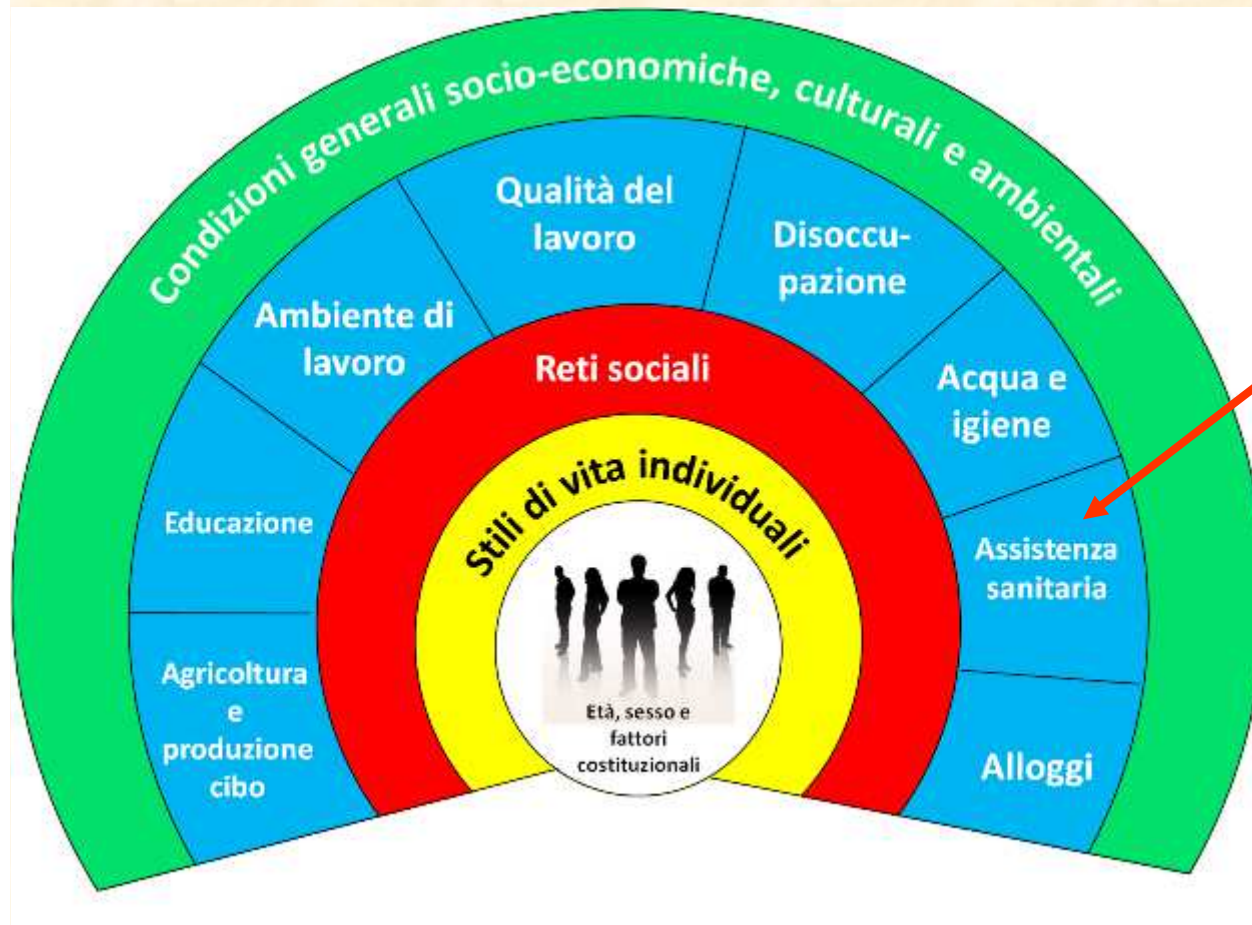
POLITICHE INTEGRATE

“La salute in tutte le politiche” (dichiarazione dei Ministri europei per la Salute)

- Politica sociale (lavoro, casa, sostegno sociale)
- Ambiente
- Istruzione/cultura
- ...

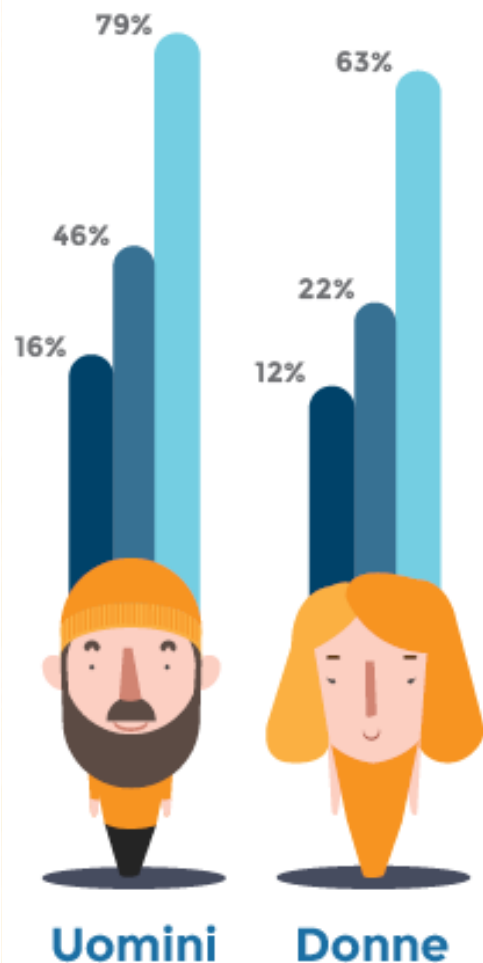
Tesi: La politica sanitaria non basta, da sola, ad agire sui determinanti della salute

POLITICHE INTEGRATE



La sanità incide
sulla
SALUTE
per il 10-15%

In Italia, negli anni 2000, il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio.



- Diploma di maturità
- Media inferiore
- Elementari

POLITICHE INTEGRATE

Le disuguaglianze di salute
hanno a che fare con i
determinanti sociali

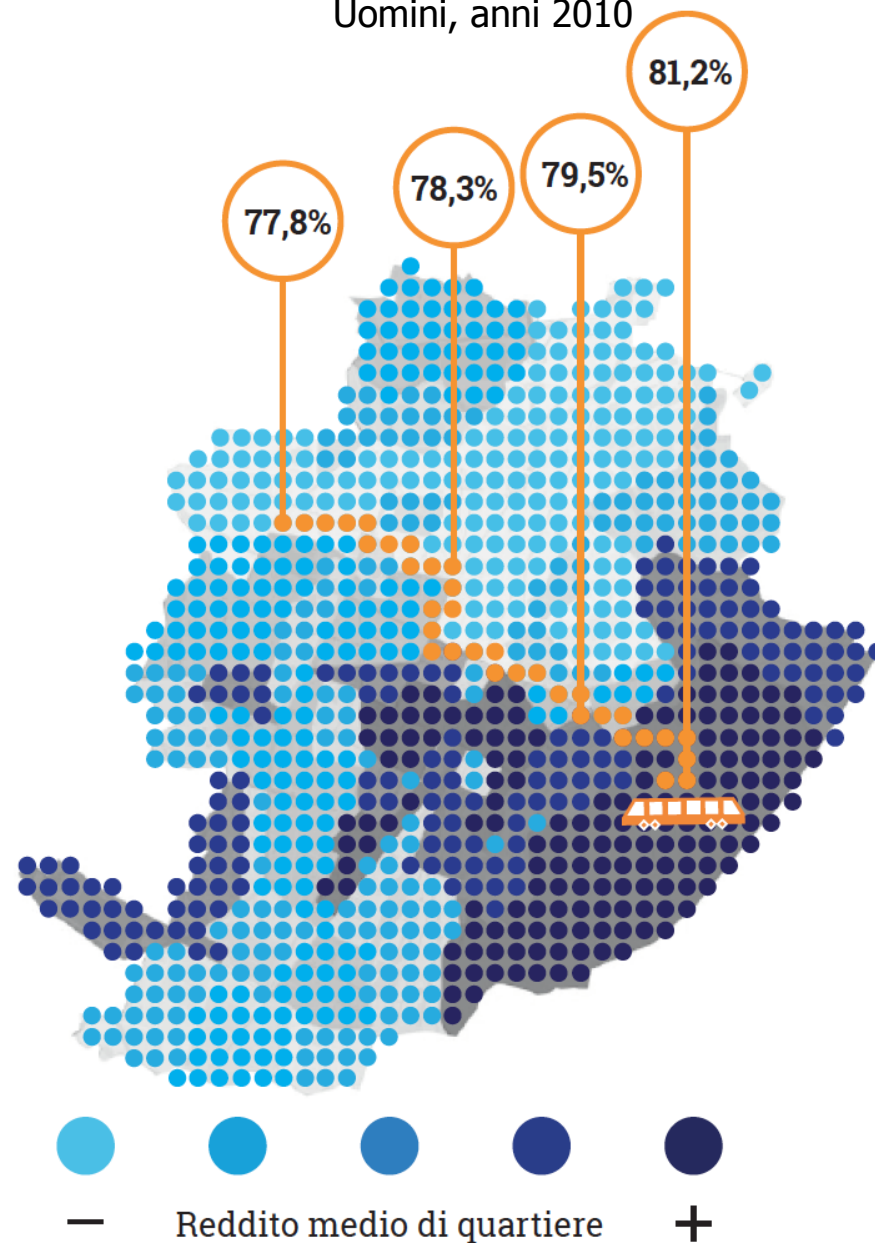
istruzione

POLITICHE INTEGRATE

Le disuguaglianze di salute hanno a che fare con i determinanti sociali

reddito

Speranza di vita alla nascita a Torino per zona di residenza. Uomini, anni 2010

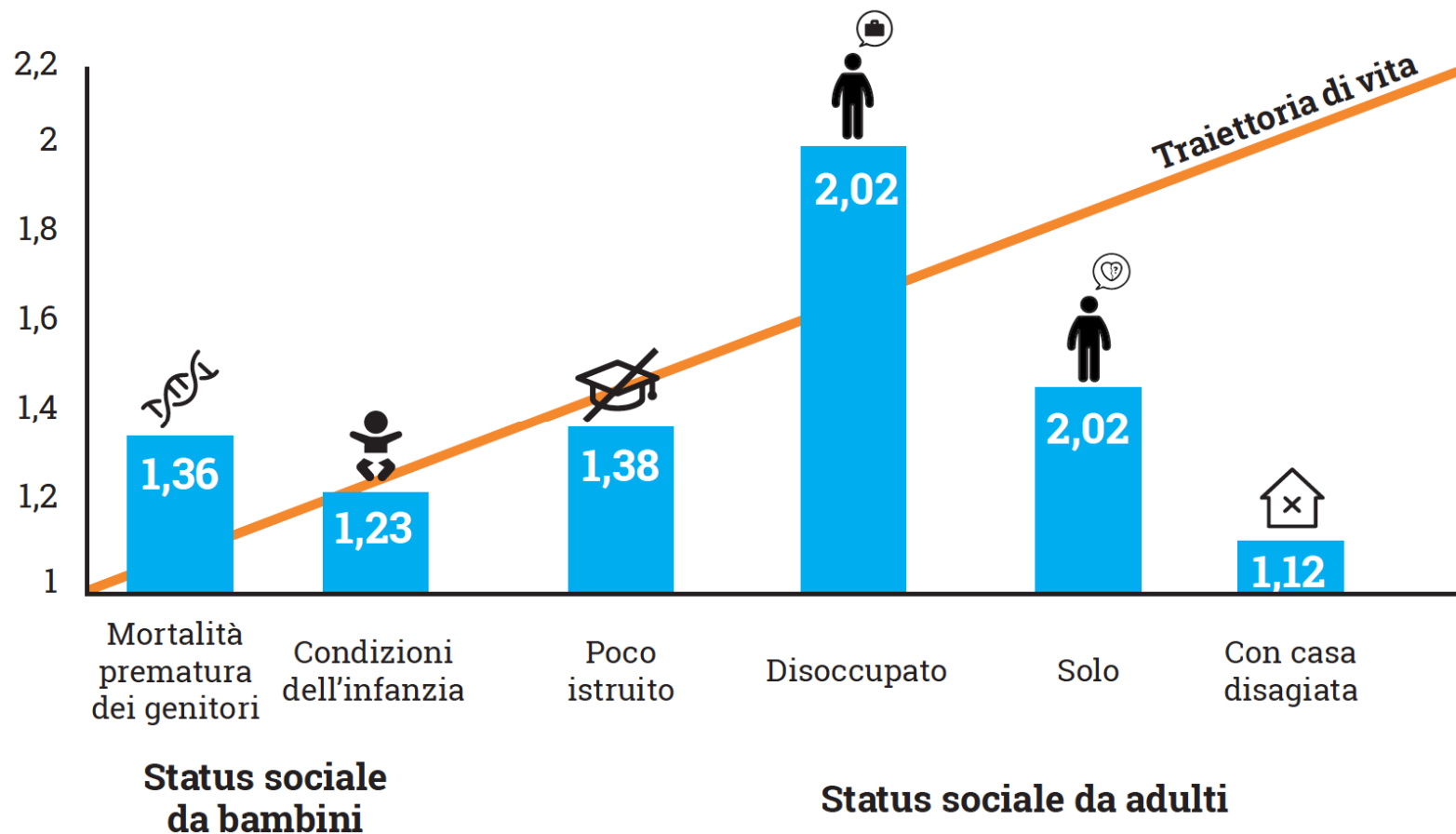


POLITICHE INTEGRATE

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

Il titolo di studio assieme allo status sociale complessivo dell'adulto influenza maggiormente la mortalità prematura

- disponibilità di un lavoro
- la disponibilità di una rete familiare
- le credenziali educative
- le risorse materiali come la casa
- le circostanze materiali e relazionali dei primi anni dell'infanzia che influiscono sulle chance nella vita adulta, sia sul piano sociale, sia su quello di salute



Traiettorie di salute nel ciclo di vita: svantaggio in status socioeconomico in infanzia e in età adulta e loro effetti di **eccesso sulla mortalità prematura prima dei 70 anni**

Torino, 1971-2007 (Giuseppe Costa, La salute diseguale).

TRASVERSALITÀ

Non già o non solo le popolazioni-target ma le **politiche trasversali** alle popolazioni [disuguaglianze e promozione della salute; promozione autonomia; domiciliarità e prossimità]

Tesi: le popolazioni-target tendono a far disperdere le “politiche” e a perderne il senso. Le politiche devono attraversare più popolazioni target anche nella progettualità per trovare nuovi paradigmi di azione (es: invecchiamento attivo, inclusione, multiculturalismo...)

INNOVAZIONE

Innovare il sistema dei servizi e renderli più **flessibili** e adeguati ai bisogni

Innovare i servizi per renderli più **congruenti** con le risorse a disposizione

Innovare per **mobilizzare risorse** comunitarie dormienti

Tesi: I SERVIZI formali, da soli non bastano per rispondere ai bisogni emergenti e per innovarsi

COMUNITÀ DI PROFESSIONISTI

La Comunità dei professionisti gioca il suo ruolo all'interno delle **Case della Salute**;

La comunità dei professionisti trova fondamento nel **sistema delle relazioni** e nel prendersi cura delle persone;

La comunità dei professionisti deve essere stabile, affiatata, **competente, autorevole** e attrattiva

Tesi: il sistema fondato sulle prestazioni è fallimentare. La presa in carico deve essere integrata e a garanzia della continuità di cura

COMUNITÀ DELLA SALUTE

- La Comunità della salute è composta da tutti i **cittadini/attori sociali** che vogliono rendersi partecipi della propria e altrui salute
- La CdS deve saper essere COMPETENTE, **PROATTIVA**, SOLIDALE

Tesi: La comunità è il luogo naturale della cultura e della produzione della salute a partire dalle risorse e dai saperi in essa presenti. La Salute può rappresentare un fatto identitario di una comunità, al pari delle sue risorse ambientali, culturali, ecc.

La SALUTE è un bene da perseguire come comunità (“Manifesto per una autentica CdS”).

COPROGETTUALITÀ

La coprogettazione è un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo **risorse e punti di vista differenti** del pubblico e del privato

La coprogettazione è un modo per costruire **partnership** a partire da esperienze **innovative** (U. De Ambrosi, IRS)

Tesi: agire solo la contrattazione asimmetrica committente-produttore non basta più. Occorre agire una relazione fiduciaria, di riconoscimento reciproco. Occorre stare in relazione, costruire identità e linguaggi comuni e superare i pregiudizi

(Tratto in parte da U. De Ambrosi, IRS, tratto da Atti del Seminario CSAPSA su "Condsultazione, progettazione partecipata, Coprogettazione: quale partnership tra pubblico e terzo settore, 21 giugno 2017)

CORRESPONSABILITÀ

La corresponsabilità si gioca a partire dai **comportamenti dei singoli** (che nascono e si sviluppano all'interno dei processi culturali di una comunità di vita) e dalla **Responsabilità Sociale** derivanti dalle scelte politiche delle amministrazioni pubbliche (incluse le Ausl)

Ogni scelta è **strategica** per il “guadagno di salute” dei singoli e di una comunità

Tesi: il bene salute non è un “bene di consumo”. E' un bene comune e come tale deve essere ben amministrata sia dalle istituzioni che dai singoli cittadini

**Non ci resta
che
indovinare
quelle
giuste!**





“UNA SFIDA E UNA META CONDIVISA”
DISTRETTO DELL'APPENNINO BOLOGNESE

Geraldina Guidotti (Responsabile Funzioni amministrative distrettuali AUSL e FF Responsabile Ufficio di Piano ISSEC)

Piani di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020

- ❖ **Sono un strumento della programmazione LOCALE ad uso del territorio**
- ❖ **Triennale 2018- 2020**
- ❖ **Tempistica presentazione: 20 aprile 2018, contestualmente all'attuativo 2018 (*Piano LR14/15 al 31dicembre 2017*)**
- ❖ **Gli strumenti sono stati semplificati in coerenza con quanto indicato nel PSSR**

Processo

Cosa resta uguale?

- Centralità ambito distrettuale: Comitato di distretto, UDP e Direttore di distretto con funzione di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari
- Necessità di confronto a livello sovra-distrettuale con ausilio Ufficio di Supporto
- Partecipazione terzo settore e comunità

... e cosa cambia?

- le schede di intervento sono più specifiche
- l'obiettivo: allargare maggiormente la partecipazione ai tavoli della programmazione locale

ricchezza

scambio



diversità

insieme

Obiettivo condiviso

Indice PDZ triennale

Fotografia del territorio

- **Analisi del contesto**: set minimo di dati selezionati dalla matrice dati PDZ, comprensivo della mappa dell'offerta delle risorse del territorio
- **Modello di governance** locale e assetto organizzativo dell'ambito distrettuale - attuale ed in prospettiva- esplicitando in particolare gli obiettivi di governance richiamati dal PSSR (unioni di ambito distrettuale, unifica forme di gestione, SST di ambito distrettuale...) e l'integrazione tra politiche sociali, sanitarie, del lavoro, educative, scolastiche, formative, della casa

Scelte e Priorità

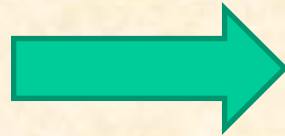
- **Scelte strategiche** del piano di zona per la salute e il benessere con riferimento al PSSR e ai bisogni emergenti del territorio
- **Schede di intervento** in riferimento alle schede del PSSR, comprensive della lista di indicatori da monitorare al livello distrettuale e agli obiettivi

Processo e monitoraggio

- **Processo** realizzato per la definizione del PdZ (ad es: percorsi di programmazione partecipata)
- **Orientamenti triennali** per la programmazione finanziaria (scheda preventivo 2018 + orientamenti sul triennale)
- **Monitoraggio e valutazione** del piano (se sono realizzate altre azioni valutative del piano di zona, oltre agli indicatori)

Obiettivi sulle politiche: da dove nascono le schede ...

Attuazione del piano con specifici **interventi** da realizzarsi da parte del sistema Regione-Enti locali



Gli interventi sono descritti da **schede** che individuano le azioni da sviluppare nell'arco di vigenza del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di **integrazione e trasversalità**, e dettagliano destinatari e **indicatori per la misurazione del risultato**

Obv strategici, azioni innovative o che potenziano quelle in essere

.....degli interventi sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, per il lavoro, per la casa, della giustizia, della scuola, della mobilità...

Strumento dinamico, in evoluzione

... e come sono organizzate

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

A.
Domiciliarità e
prossimità

B.
Prevenzione
disuguaglianze e
promozione salute

-Lotta a povertà/esclusione
-Distretto socio sanitario
-Prossimità e territorialità

C.
Promozione
autonomia

E.
Qualificazione
servizi

D.
Partecipazione e
responsabilizzazione

Distretto
snodo
strategico
per integrazione

9. Medicina di genere
10. Contrasto dell'esclusione sociale (povertà estrema,...)
11. Equità: metodologie e strumenti
12. Inclusion persone straniere neo-arrivate
13. Fondi integrativi extra LEA
14. Pari opportunità e differenze di genere, generazione, cultura, (dis)abilità...
15. Potenziamento interventi nei primi 1000 giorni di vita
16. Sostegno alla genitorialità
17. Progetto Adolescenza
18. Salute sessuale e riproduttiva, prevenzione sterilità
19. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
20. Invecchiamento attivo in salute e tutela fragilità
21. Innovazione rete per anziani nell'ambito del FRNA

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

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

24. La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

25. Contrasto alla violenza di genere

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

26. Empowerment e partecipazione di comunità (PRP)

27. Capirsi fa bene alla salute (Health literacy)

28. Valorizzazione conoscenze esperienziali e Aiuto tra pari

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

Schede Regione Emilia Romagna

- 13.** *Fondi integrativi extra LEA*
- 15.** *Potenziamento interventi nei primi 100 giorni di vita*
- 30.** *Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi sociosanitari*
- 39.** *Livelli essenziali delle prestazioni sociali*
- 34.** *Metodologie per innovare organizzazioni e pratiche professionali*

Schede Ambito Sanitario

- 2.** *Riorganizzazione rete ospedaliera e integrata*
- 3.** *Cure intermedie e sviluppo ospedali di comunità*
- 7.** *Rete cure palliative*
- 9.** *Medicina di Genere*
- 11.** *Equità e strumenti*
- 18.** *Salute sessuale e riproduttiva, prevenzione sterilità*
- 27.** *Capirsi fa bene alla salute (Health literacy)*
- 31.** *Riorganizzazione/miglioramento assistenza alla nascita*
- 32.** *Equità all'accesso a prestazioni sanitarie*
- 33.** *Miglioramento accesso in emergenza/urgenza*
- 35.** *ICT strumento per nuovo modello welfare*
- 38.** *Nuovo calendario vaccinale e miglioramento coperture*

Schede Ambito Territoriale

- ❖ **Gruppo A. Domiciliarità e Prossimità**
- ❖ **Gruppo B. Prevenzione disuguaglianze e promozione salute**
- ❖ **Gruppo C. Promozione e autonomia**

GRUPPI TEMATICI

A. **Domiciliarità e prossimità**

- 1. Case della salute e Medicina d'iniziativa*
- 4. Budget di salute*
- 5. Riconoscimento ruolo caregiver*
- 6. Progetto di vita, Vita indipendente, Dopo di noi*
- 20. Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela di fragilità dell'anziano*
- 21. Innovazione rete per anziani nell'ambito dell'FRNA*
- 36. Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali*

Animatori: Ausl – Barbara Niccoli
Istituzione – Ilaria Sacchetti, Chiara
Tamerlani e Francesca Marchi

GRUPPI TEMATICI

B.

**Prevenzione
disuguaglianze e
promozione salute**

12. *Inclusione persone straniere neo-arrivate*

14. *Pari opportunità e differenze di genere, generazione, cultura, (dis)abilità....*

16. *Sostegno alla genitorialità*

17. *Progetto Adolescenza*

19. *Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico*

25. *Contrasto alla violenza di genere*

37. *Qualificazione accoglienza/tutela 0-18 anni e neomaggiorenni con bisogni sociosanitari complessi*

Animatori: Ausl – Manuela Gherardi
Istituzione – Elisa Vecchi e Amina
Abdelkain

GRUPPI TEMATICI

C. **Promozione autonomia**

- 10. Azioni di contrasto ed 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 (Lr 14/2015)*
- 24. La casa come fattore di inclusione e benessere sociale*
- 26. Empowerment e partecipazione di comunità (PRP)*
- 28. Valorizzazione conoscenze esperienziali e Aiuto tra pari*
- 29. Partecipazione civica e collaborazione tra pubblico ed Enti del terzo settore*

Animatori: Ausl –Valeria Cavallina
Istituzione – Elena Mignani e Monica Graziani

ATTORI INTERESSATI

- Sindaci/Assessori
- SST/UASS
- Direzione Distretto
- OO.SS.
- CCM Distretto Appennino Bolognese
- Associazioni (ambiti vari: sociale, culturale, ambientale, sportivo, ecc.)
- Fondazioni (bancarie, imprenditoriali, altre)
- Gestori accreditati e non
- Parrocchie/Caritas
- Associazioni di categoria (industria, commercio, artigianato, altre)
- Istituzioni scolastiche, Università, Centri ricerca
- mass media

METODOLOGIA DI LAVORO

Puntiamo alla maggior partecipazione/visibilità possibile attraverso:

- seminario di avvio dei lavori con la raccolta di adesioni volontarie ai temi proposti e scelta delle metodologie di partecipazione più appropriate e apprezzate
- attivazione di gruppi o tavoli di progettazione
- scelta di alcuni temi strategici da trattare con metodologie partecipative che evitino il “posizionamento” di ruolo dei partecipanti
- la formazione di “animatori” dei gruppi
- seminario di restituzione

PdZ TRIENNIO 2017-2019

	2017			2018					
	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO
Comitato di distretto - avvio lavori	25-ott								
Preparazione lavori con animatori e formazione animatori		entro fine novembre							
Incontro di presentazione con OO.SS		entro fine novembre							
Seminario - avvio lavori		entro fine novembre							
Raccolta adesioni attori interessati		entro fine novembre							
Avvio lavori dei "tavoli tematici"			entro prima settimana						
Lavoro dei "tavoli tematici"									
Restituzione lavori "tavoli tematici" al gruppo di Regia						entro fine mese			
Restituzione lavori "tavoli tematici" al Comitato di Distretto - validazione						entro fine mese			

PdZ TRIENNIO 2017-2019

	2017			2018					
	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO
Predisposizione schede progettuali PDZ distrettuali e attualizzazione schede progettuali aziendali									
Confronti con OOSS - concertazione							entro metà mese		
Consegna documentazione alla RER							entro 20 aprile		
Seminario - restituzione in plenaria								entro fine mese	
Avvio lavori di implementazione progetti con attori interessati									entro fine mese

DOMICILIARITÀ E PROSSIMITÀ

Barbara Niccoli (Referente Non Autosufficienza AUSL) – Ilaria Sacchetti (Responsabile Area Non Autosufficienza ISSEC) - Chiara Tamerlani (Area Non Autosufficienza ISSEC) – Francesca Marchi (Sportello Assistenti Familiari ISSEC)



SCHEDA 1

CASA DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA

*La **Casa della Salute** rappresenta un nuovo modello organizzativo dei servizi dell'assistenza territoriale che richiede un profondo cambiamento culturale da parte sia delle Istituzioni pubbliche che dei professionisti e della comunità locale. All'interno della Casa della Salute si sviluppa un metodo di presa in carico delle persone fragili secondo il paradigma della **medicina d'iniziativa** ovvero interagendo tra il paziente reso esperto ed il team multi professionale.*

Azioni da sviluppare :

1. Promuovere l'integrazione orizzontale fra: medicina convenzionata (Medici di medicina generale, Specialisti ambulatoriali, Pediatri di libera scelta), Dipartimenti territoriali (Sanità Pubblica, Cure Primarie, Salute Mentale e Dipendenze patologiche e Cure palliative) e Dipartimenti Ospedalieri e delle Aziende Sanitarie, Servizio Sociale Territoriale e la Comunità nel suo complesso
2. Garantire l'accesso e l'erogazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale dando una risposta unitaria ai bisogni della comunità

Beneficiari :

La Comunità locale

SCHEMA 4

BUDGET DI SALUTE

Strumento integrato socio-sanitario personalizzato a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo delle persone affette da disturbo mentale grave che raccoglie risorse economiche sociali personali e di contesto.

Azioni da sviluppare :

1. Incentivare l'applicazione del budget di salute per soggetti giovani
2. Sperimentare l'applicazione dello strumento con pazienti del SERT, della Neuro psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di altre tipologie di soggetti fragili.

Beneficiari :

Pazienti dei Centri di Salute Mentale e, in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria

SCHEDA 5

RICONOSCIMENTO DEL RUOLO CAREGIVER FAMILIARE NEL SISTEMA DI SERVIZI SOCIALI SOCIO-SANITARI E SANITARI .

Il Caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile si prende cura di una persona "cara" consenziente, in condizioni di non autosufficienza.

Azioni da sviluppare :

1. Supporto nell'accesso dei servizi e nello svolgimento nell'attività di cura;
2. Informazione e formazione di base per i Caregiver familiari ;
3. Riconoscimento formale dell'impegno di cura del Caregiver;
4. Orientamento e supporto nei momenti critici in particolare gli aspetti psicologici ed emotivi;

Beneficiari :

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

SCHEDA 6

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

E' l'insieme di azioni o progetti rivolto a persone con disabilità (non dovuta all'invecchiamento), con bisogni eterogenei e complessi, finalizzati all'autonomia e all'autodeterminazione.

Azioni da sviluppare :

1. Promuovere il lavoro sociale di rete e di Comunità al fine di sostenere e valorizzare le competenze e le risorse di persone con disabilità delle loro famiglie e di tutte le reti di solidarietà presenti nella comunità;
2. Attivare/Implementare servizi di sostegno al domicilio per promuovere una vita indipendente;
3. Garantire un progetto di vita adeguato per le persone che restano prive del sostegno del nucleo familiare (Dopo di Noi);
4. Valorizzare l'utilizzo dell'Amministratore di Sostegno

Beneficiari :

Persone con disabilità

SCHEDA 20
AZIONI PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO E IN SALUTE E DI TUTELA
DELLA FRAGILITÀ DELL'ANZIANO

Mantenimento del costante impegno regionale per una maggiore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi al fine di garantire una risposta ai bisogni della popolazione anziana a rischio di non autosufficienza, attraverso il sostegno di reti sociali, servizi, associazionismo e singoli cittadini.

Azioni da sviluppare :

1. Realizzare iniziative di promozione di stili di vita salutari ;
2. Realizzare iniziative di confronto locale sulle buone pratiche, processo di ottimizzazione di opportunità di salute vera e propria risorsa della comunità per la comunità;

Beneficiari :

Anziani fragili

SCHEDA 21

INNOVAZIONE RETE PER ANZIANI NELL'AMBITO DEL FRNA

Il Fondo regionale per la non autosufficienza ha l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza attraverso la creazione di una rete di servizi in grado di garantire nel tempo la presa in carico delle persone anziane o disabili.

Azioni da sviluppare :

1. promuovere la domiciliarità “aperta” come elemento cardine della rete dei servizi favorendo la personalizzazione degli interventi e il coinvolgimento di reti di supporto;
2. dare supporto al caregiver, inserire l'assistente familiare all'interno della rete dei servizi creando nuove forme di domiciliarità protetta (es.progetto Badando)
3. promuovere e sostenere azioni di contrasto alla violenza nelle relazioni di cura;
4. promuovere un'ulteriore qualificazione del lavoro di cura inteso come capacità di organizzare l'ambiente di cura e valorizzare le risorse presenti anche con campagne informative
5. promuovere l'abbattimento delle barriere architettoniche e la domotica nonché i contributi economici per il mantenimento al proprio domicilio, servizi semi-residenziali e residenziali a carattere di temporaneità come nuove forme di domiciliarità protetta;
6. proseguimento della diffusione della rete della casa della salute nonché OSCO contestualmente ai già noti percorsi di dimissioni protette;
7. partecipare attivamente all'avvio del percorso di regolamentazione regionale rispetto alla Casa Famiglia;
8. monitorare la domanda e quindi l'accesso alle strutture residenziali

Beneficiari :

Anziani, famiglie

SCHEDA 36

CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Potenziare e consolidare la rete tra il servizio sociale territoriale e i servizi di area sanitaria, socio- sanitaria, uffici scolastici territoriali, istituti scolastici, servizi educativi, servizi per il lavoro, enti e uffici preposti alle politiche abitative , servizi giuridici allo scopo di ascoltare ed accogliere le richieste dei cittadini e indirizzarle verso i percorsi adeguati ai bisogni emersi.

Azioni da sviluppare :

1. Promuovere l'integrazione della rete degli sportelli sociali, specialistici ed informativi;
2. Attivare la co-costruzione di percorsi assistenziali con gli altri servizi coinvolti, le famiglie e i diretti destinatari degli interventi;
3. Promozione di progetti di prevenzione del disagio e riduzione del rischio di vulnerabilità sociale;
4. Sviluppare un sistema di monitoraggio della presa in carico (tempi e modalità);

Beneficiari :

La Comunità locale



PREVENZIONE DISUGUAGLIANZE E PROMOZIONE SALUTE

Manuela Gherardi (Referente Fragilità AUSL) – Elisa Vecchi (Ufficio di Piano ISSEC) – Amina Abdelkain (Mediatrice Culturale ISSEC)

IL CONCETTO DI EQUITÀ

Le politiche per la prevenzione delle disuguaglianze e la promozione della salute ruotano attorno al tema dell' **"EQUITA' in pratica"**, concetto con il quale si sottolinea l'importanza di affrontare con un approccio operativo il grande tema del **"Benessere Sociale"**, che implica una stretta connessione tra le variabili socio-economiche, le condizioni di salute/benessere e il grado di utilizzo dei servizi.

In questa prospettiva è necessario promuovere una organizzazione dei servizi territoriali in grado di **riconoscere, osservare, rispettare e valorizzare le differenze** proprie di ciascun individuo, per rispondere ai bisogni in modo che a tutti siano **garantite le medesime opportunità per raggiungere il medesimo livello potenziale di benessere.**

Tre sono le macro-azioni da mettere in atto:

- 1.** Garantire condizioni di accesso ai servizi e modi di fruizione equi e appropriati;
- 2.** Promuovere interventi precoci e diffusi volti a rendere più ampie, approfondite e "attive" le conoscenze delle persone sulle proprie potenzialità di vivere bene in un contesto in forte trasformazione;
- 3.** Potenziare gli interventi a sostegno dell'infanzia, degli adolescenti e della genitorialità.

Le schede attuative del nuovo Piano Sociale Sanitario evidenziano come questi obiettivi si possono raggiungere solo attraverso la costruzione di **pratiche di coprogettazione** tra le varie "parti del sistema" (Istituzioni, Terzo Settore e Famiglie) e un approccio trasversale rispetto ai bisogni, alle diverse fasi della vita e ai target tradizionali .

PREVENZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE

SCHEDA N. 12

SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE DELLE PERSONE STRANIERE NEO-ARRIVATE

Le repentine modifiche dei fenomeni migratori richiedono la necessità di includere non solo migranti per ricongiungimento familiare o lavoro, ma anche persone particolarmente vulnerabili che arrivano in Italia attraverso flussi non programmati, come donne sole, vittime della tratta, minori stranieri non accompagnati e soprattutto migranti richiedenti protezione internazionale che ricevono accoglienza nell'ambito del CAS (Centri d'Accoglienza Straordinaria) e dello SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati).

Azioni da sviluppare:

- sostegno all'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria della popolazione straniera attraverso corsi lingua italiana, mediazione e soprattutto attraverso l'orientamento al territorio e alla normativa;
- supporto alla comunità locale nell'incontro e nella comprensione della diversità culturale.

SCHEDA N. 14
PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ E VALORIZZAZIONE DELLE
DIFFERENZE DI GENERE, INTERGENERAZIONALI,
INTERCULTURALI E DI ABILITÀ

L'intreccio tra l'universalità dei diritti e il riconoscimento delle diversità è uno dei nodi principali con i quali deve misurarsi oggi la cultura dei diritti umani. La dimensione multiculturale della società attuale può infatti portare ad un rischio di conflittualità sociale che richiede di elaborare strategie di mediazione e cura costante delle dinamiche tra gruppi, comunità e individui di un dato territorio. Per prevenire ciò è fondamentale promuovere l'educazione alla differenza fin dall'infanzia, in quanto è nella prima fase della vita che si sviluppano i modelli di riferimento.

Azioni da sviluppare:

- prestare attenzione alla dimensione di genere promuovendo una cultura della condivisione tra uomini e donne delle responsabilità di cura di bambini, anziani e disabili, attraverso misure e servizi conciliativi tra tempi di vita e di lavoro, anche in raccordo con le aziende e le Organizzazioni Sindacali del territorio;
- promuovere interventi che valorizzino le attività dei centri interculturali, dell'associazionismo migrante e il protagonismo dei neo cittadini italiani di origine straniera;
- favorire l'inclusione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità in tutte le fasi della vita, sostenendo e promuovendo consulte locali delle associazioni e azioni specifiche di contrasto delle discriminazioni, dirette ed indirette, nei confronti delle persone con disabilità.

SCHEDA N. 25
CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Il tema delle donne che subiscono violenza è purtroppo ancora molto rilevante all'interno della nostra società e la loro situazione è stata ulteriormente complicata dalla crisi economica degli ultimi anni, che ha peggiorato le condizioni materiali e di vita di coloro che tentano di uscire da queste situazioni.

Azioni da sviluppare:

- contrastare sia i fenomeni di violenza che trovano collocazione nei rapporti familiari e/o intimi, che sono i più comuni, sia la violenza contro le donne che può verificarsi negli ambienti di lavoro e nei contesti di prossimità (es. stalking e mobbing);
- mettere in atto una protezione efficace della donna nella fase successiva alla denuncia e predisporre azioni volte al raggiungimento dell'autonomia lavorativa ed abitativa;
- sostenere il recupero delle relazioni attraverso la predisposizione di interventi individuali e di gruppo rivolti ai "maltrattanti".

OBIETTIVI

Le tre schede attuative descritte stimolano una programmazione locale che tenga conto di una popolazione sempre più eterogenea per provenienza, lingua, cultura, religione e condizione economica, ovvero di una **popolazione che pone sfide complesse ma che è anche, e soprattutto, un motore di opportunità, nuovi stimoli e prospettive.**

Il nostro obiettivo è quindi quello di **rafforzare la conoscenza reciproca**, la coesione sociale e prevenire potenziali conflittualità e forme di discriminazione che hanno spesso all'origine stereotipi e pregiudizi.

Un **cambiamento culturale** è quindi necessario per promuovere le pari opportunità ed educare al rispetto delle differenze, che devono essere considerate una risorsa da valorizzare.

PROMOZIONE DELLA SALUTE

SCHEDA N. 16 **SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ** **(FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO/COMUNITÀ)**

Nella società attuale un numero sempre maggiore di famiglie si trova in una condizione di vulnerabilità . Le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità sono generalmente riconducibili all'insorgere di una crisi nella coppia (causata da separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli, ecc.), l'essere genitori in un contesto diverso rispetto a quello di origine e quindi spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari e l'essere famiglia affidataria o adottiva.

Azioni da sviluppare:

- ri-orientare il sistema dei servizi, per consentire una reale progettazione ed innovazione degli stessi, sulla base dell'analisi del bisogno e delle risorse personali, familiari e comunitarie (ad esempio la formazione di gruppi di auto mutuo aiuto, gruppi di famiglie-risorse e reti di famiglie);
- prevedere forme di integrazione al reddito, agevolazioni tariffarie ed esoneri per i nuclei familiari che presentano difficoltà economiche;
- innovare gli strumenti dei professionisti rivolti al sostegno delle competenze genitoriali sviluppando programmi che facciano leva sulle abilità dei genitori;
- promuovere l'unitarietà dei punti di accesso dei servizi e degli interventi favorendo la vicinanza territoriale alle famiglie.

SCHEDA N. 17
PROGETTO ADOLESCENZA: INTERVENTI INTEGRATI PER LA
PREVENZIONE, PROMOZIONE DEL BENESSERE,
CURA DI PRE-ADOLESCENTI E ADOLESCENTI

L'adolescenza, per le sfide e i cambiamenti che porta con sé, è una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi.

Azioni da sviluppare:

- organizzazione e mappatura dei punti di accesso distrettuali dedicati agli adolescenti (Spazi Giovani consultoriali, Centri Adolescenza...) con équipe opportunamente formate;
- collaborazione con le Istituzioni scolastiche per la gestione di sportelli di ascolto per promuovere il benessere scolastico ed intercettare situazioni problematiche;
- sviluppo di attività di promozione di stili di vita sani e di educazione all'affettività e alla sessualità, coinvolgendo anche studenti con il ruolo di peer educator;
- organizzazione di interventi di prossimità (unità di strada educative) anche attraverso l'utilizzo di forme di comunicazione su piattaforme digitali (facebook, instagram...);
- attivazione di interventi di sostegno agli adulti di riferimento, come genitori e insegnanti.

SCHEDA N. 19
PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo negli ultimi anni è aumentato esponenzialmente , con devastanti conseguenze sull'individuo e la sua famiglia .

Azioni da sviluppare:

- promuovere la conoscenza del fenomeno da parte dei cittadini (compresi i gestori), per creare in loro la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo;
- attivare una formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo e scolastico, delle associazioni territoriali e degli esercenti per il riconoscimento dei segnali del gioco d'azzardo patologico;
- diffondere il senso di responsabilità sociale e la conoscenza della rete di trattamento;
- promuovere una rete socio-sanitaria integrata per il trattamento del gioco d'azzardo patologico;
- organizzare eventi locali, in collaborazione con le scuole, coinvolgendo anche le associazioni di categoria e i soggetti gestori per la promozione del marchio etico SlotFreER.

SCHEDA N. 37
QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO A BAMBINI,
ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI CON BISOGNI SOCIO-SANITARI
COMPLESSI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E TUTELA

I professionisti che operano nell'area socio-sanitaria segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali, sia psicopatologiche e pertanto necessitano di risposte complesse da parte dell'intera rete dei servizi. Si tratta in particolare di minorenni che hanno subito forme di trascuratezza grave, maltrattamento/abuso, allontanamenti dalla famiglia, abbandoni, o sono inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale. In questo contesto, un'attenzione particolare meritano i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), il cui numero è in continuo aumento.

Azioni da sviluppare:

- mettere a punto percorsi specifici già delineati dalla normativa per far fronte alle situazioni di complessità che richiedono tempestività ed alta specializzazione, modalità di lavoro multi professionali per la valutazione e la presa in carico dei servizi socio sanitari;
- monitorare l'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta in base all'evoluzione dei bisogni;
- promuovere la necessità di istituire un Tutore volontario che, oltre ad essere un riferimento per il MSNA, possa essere un elemento di continuità nell'accompagnamento negli anni successivi ai diciotto.

OBIETTIVI

Queste ultime quattro schede attuative sottolineano la centralità degli stili di vita nel determinare lo stato di salute e il benessere sociale della popolazione, in particolare dei giovani.

Il nuovo Piano Sociale Sanitario mette in luce come i servizi socio-sanitari, il privato sociale, le azioni politiche e i programmi di educazione debbano favorire un concreto ed efficace coinvolgimento dei cittadini nel definire priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute collettiva e individuale.

Un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità presuppone un cambiamento di visione sia da parte dei cittadini, sia da parte di chi programma, gestisce e opera nei servizi. Una trasformazione certamente in atto, ma non ancora del tutto conseguita.



PROMOZIONE AUTONOMIA

Valeria Cavallina (Responsabile Unità Attività Socio-Sanitari AUSL) – Elena Mignani (Responsabile Area Famiglia e Vulnerabilità Sociale ISSEC) – Monica Graziani (Responsabile Area Politiche Abitative ISSEC)

SCHEDA 10

AZIONI DI CONTRASTO DELL'ESCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI POVERTÀ ESTREMA O A RISCHIO DI MARGINALITÀ

La crisi economica del 2008 ha provocato l'impoverimento di molte categorie sociali portando un numero sempre più crescente di persone a vivere in condizioni di povertà estrema con bisogni complessi legati a problemi di: dipendenze, disagio mentale, salute, relazione, socio-economici.

Necessario coniugare la risposta ai bisogni primari indifferibili (cibo, riparo, cure mediche) ad un'azione di ascolto, presa in carico ed investimento sulle capacità "residue" della persona.

Azioni da sviluppare:

- interventi a bassa soglia e di pronto intervento sociale.
- Rafforzamento e messa a sistema della rete dei soggetti pubblici e del terzo settore per azioni, interventi e progetti innovativi.

SCHEDA N.22
MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTÀ (SIA/REI, RES)

Per contrastare il fenomeno di povertà assoluta che nel 2015 ha raggiunto il valore più alto dall'anno 2005 sono state avviate le seguenti misure:

- **SIA** (Sostegno inclusione attiva) misura nazionale sperimentale conclusa il 31/10/2017, rivolta a famiglie con figli minori o con figlio disabile o con donna in stato di gravidanza, soglia ISEE uguale o inferiore a € 3.000,00
- **RES** (Reddito di Solidarietà) misura regionale già attiva rivolta a tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, residenti in Regione da almeno 24 mesi, che non rientrano nella misura nazionale, soglia ISEE uguale o inferiore a € 3.000,00 (L.R.24/16)
- **REI** (Reddito di Inclusione) misura nazionale in fase di avvio, rivolta a famiglie con figli minori o con figlio disabile o con donna in stato di gravidanza, o disoccupati che abbiano compiuto 55 anni, soglia ISEE non superiore a € 6.000,00 (L. 15 marzo 2017, n.33)

Azioni da sviluppare:

1. valutazione multidimensionale del bisogno,
2. presa in carico integrata (sociale, sanitario, lavoro),
3. interventi personalizzati.

SCHEDA 23
AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI
(L.R. 14/2015)

La Regione Emilia Romagna con la L.R.14/2015 “Disciplina a sostegno dell’inserimento lavorativo e dell’inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l’integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari” promuove e sostiene l’inserimento lavorativo, l’inclusione sociale e l’autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità.

Considerato l’inevitabile intreccio tra povertà e mancanza di lavoro la L.R.14/2015 non potrà essere disgiunta dall’attuazione del Res regionale e del Relazionale.

Azioni da sviluppare:

- valutazione della fragilità e vulnerabilità delle persone utilizzando lo strumento approvato dalla Regione (delibera 191/2016)
- Presa in carico integrata da parte dell’equipe multi professionale (sociale, sanità, lavoro)
- Programma personalizzato finalizzato all’inserimento lavorativo e all’inclusione (tirocini formativi, corsi di formazione, ecc).

SCHEDA N. 26

EMPOWERMENT E PARTECIPAZIONE DI COMUNITÀ (PRP)

- Proattività verso i cittadini/abitanti un determinato territorio (andare verso)
- Generare nuove alleanze di collaborazione e di **corresponsabilità** con tutti gli **abitanti** anche con chi è portatore del problema per cercare nuovi partner in una visione olistica (capace di integrare la complessità) del rapporto fra cittadino e servizi.
 - Pensare per problemi (es nuove fragilità familiari, bullismo...) attraverso il superamento dei target con un **approccio bio psico-sociale**.
 - La programmazione partecipata sfida la capacità di costruire davvero un pensiero innovativo sulla comunità che metta a fuoco i mutamenti sociali più recenti. (Community lab)
 - Riuscire a leggere nel proprio contesto la relazione tra "Abitanza " e "cittadinanza" oggi disgiunte , cioè tra chi vive in un determinato contesto (abitanza) ed essere formalmente portatori di diritti e doveri di natura politica (cittadinanza) per poter facilitare veri processi di **elaborazione collettiva**.

Azioni

Sperimentazione dello strumento community lab

Il metodo della community lab è strumento di formazione ricerca pratica ,cioè analisi partecipata dei contesti locali e di concreti casi di sofferenza/confitto sociale in cui la risposta al problema è prodotta in modo partecipativo coinvolgendo i cittadini e non solo i tecnici.

Attraverso l'azione **con** la comunità si produce una conoscenza che è direttamente **processo evolutivo** della comunità.

Beneficiari

La comunità

SCHEDA N. 28

VALORIZZAZIONE CONOSCENZE ESPERENZIALI E AIUTO FRA PARI

Il sapere esperienziale trova nell'auto mutuo aiuto una delle sue possibili espressioni e si fonda su alcuni paradigmi quali:

Assunzione di responsabilità personale rispetto alla propria condizione di disagio verso il superamento dell'isolamento nell'affrontare il problema.

La persona vista si come portatrice di difficoltà/sofferenza ma soprattutto risorsa, quale **esperto** del proprio disagio

L'obiettivo è Il cambiamento dell' approccio personale al problema invece della richiesta di cambiamento delle strutture esterne (scuola servizi famiglia amici vicini...)

Cos'è l'Auto Mutuo Aiuto: è un'occasione per far sì che persone che condividono uno stesso problema, possano affrontarlo insieme per migliorare la qualità della vita.

Parole chiave **esperienza competenza stigma isolamento**

L'auto mutuo aiuto come processo di ottimizzazione di nuove opportunità di miglioramento della qualità della vita. L'individuo come portatore di sapere esperienziale che attivandosi in gruppo diventa **sensibilizzatore** nella comunità per la comunità.

Azioni

Implementare il numero di gruppi nelle aree delle demenze, salute mentale, dipendenze patologiche implementare il lavoro del tavolo di coordinamento dell'auto mutuo aiuto territoriale

Beneficiari

La comunità

SCHEDA 24

LA CASA COME FATTORE DI INCLUSIONE E BENESSERE SOCIALE

Razionale/Motivazione

- **L'ABITARE** è un aspetto imprescindibile DELL'INCLUSIONE SOCIALE (ossia integrazione sociale, lavorativa e abitativa)
- **EMERGENZA ABITATIVA** – deve essere affrontata in maniera organica e strutturata e non in un'ottica emergenziale. Ciò implica l'integrazione con i servizi sociali territoriali e la co-progettazione con il terzo settore al fine di produrre interventi appropriati, territorialmente omogenei e coerenti

Azioni da sviluppare

- **E.R.P.** - attuare e completare la riforma in atto che prevede la facilitazione del turnover e la ridefinizione dei canoni di locazione
- **Social Housing** - Promuovere, nei limiti delle risorse disponibili, nuove forme dell'abitare incoraggiando la collaborazione tra pubblico e privato
- **Emergenza abitativa e E.R.S.** - occorre ridefinire gli strumenti da adottare e le modalità di lavoro tra le politiche abitative e il servizio sociale territoriale;
- **Intercettare il patrimonio privato** sfitto per rafforzare i nodi della "filiera dell'abitare" (emergenza abitativa, ERP e ERS) favorendo nuove tipologie di accordo tra pubblico e privato (es.: affitti a riscatto).

Beneficiari

- nuclei in estremo disagio abitativo ossia senza una abitazione e non in grado di reperirne una sul mercato
- nuclei della "zona grigia" ossia famiglie che hanno difficoltà a sostenere i prezzi di mercato pur non avendo i requisiti di accesso all'E.R.P.

SCHEDA 29

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

Razionale/Motivazione

- Frammentazione e segmentazione a livello sociale a causa dell' aumento di persone e famiglie migranti (provenienti da ben oltre 170 differenti paesi di origine), la separatezza tra generazioni e tra nuclei famigliari, la persistente “distanza” e in parte iniquità tra generi.
- Presenza di straordinarie risorse civiche, di impegno sociale, di collaborazione tra cittadini e con la pubblica amministrazione, in un’ottica di reciprocità e di democrazia, di sensibilità per l’interesse generale e per i cosiddetti beni comuni.
- Obiettivo principale appare quindi la ricerca della coesione sociale e il superamento positivo di distanze e conflitti, la ricucitura di un tessuto di relazioni, alla consapevolezza dei diritti e doveri di cittadinanza a partire dalle fasce d’età più giovani, attraverso la valorizzazione e la promozione del capitale sociale in tutte le forme in cui le nostre comunità lo esprimono: dalle *associazioni di promozione sociale al volontariato, dalla cooperazione sociale alle forme di autoorganizzazione di cittadini, dalle iniziative autonome e individuali alle risposte progettuali a bandi*. Si sono quindi sviluppati presso molti Enti Locali progetti di servizio civile, regolamenti d’uso dei beni comuni, patti di collaborazione o territoriali con Enti del terzo settore, forme di partecipazione alla vita pubblica dei migranti e dell’associazionismo stesso con il coinvolgimento della intera popolazione sia autoctona che immigrata (art. 8 LR 5/2004), ecc. ...Sono già attive, a livello regionale e locale, sedi e iniziative differenti che garantiscono rappresentanza ai cittadini in alcuni ambiti e in processi particolari (di consultazione, decisionali...).
- Sviluppare la partecipazione alla vita della comunità promuovendo anche strumenti innovativi, che vadano oltre le rappresentanze formali, per sviluppare una competenza diffusa nella comunità e progetti supportati da un “volontariato competente”, come forme nuove di autoorganizzazione dei cittadini nella tutela dei beni comuni.

Azioni da sviluppare

1. *A. Rafforzare, raccordandoli il più possibile in una cornice organica, gli interventi nei seguenti ambiti:*

1. servizio civile nazionale e regionale,
2. percorsi di partecipazione e di rappresentanza della componente straniera della popolazione con particolare attenzione per i ragazzi
3. coinvolgimento di enti del Terzo settore:
4. raccordo con il Programma percorsi partecipativi finanziato dalla L.R. 3/10 “Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali” per favorire il protagonismo dei cittadini e dei soggetti sociali nell’elaborazione delle scelte pubbliche.
5. raccordo con l’attuazione della L.R. 18/2016 “Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell’economia responsabili”, con particolare riguardo ai rapporti con gli Enti del terzo settore operanti nei settori dell’educazione alla legalità, la cittadinanza responsabile e il contrasto alla criminalità organizzata e mafiosa (promozione di convenzioni tra Regione e enti del Terzo settore, tra questi e gli Enti locali).

2. *B. supportare gli Enti Locali ed il Terzo Settore nello sviluppo di nuove forme di partenariato pubblico/ privato sociale anche attraverso la definizione di una* proposta di linee guida regionali sulla co-progettazione. Le linee guida supportano le PP. AA. e i soggetti del territorio nell’assunzione di forme innovative di relazione in materia di creazione e/o ridefinizione di servizi tramite l’adozione di procedimenti amministrativi che agevolino e sostengano tali processi relazionali e operativi.

Beneficiari:

Enti del terzo settore, Organismi di partecipazione e rappresentanza dei cittadini, con particolare attenzione per la componente straniera della popolazione, alunni delle scuole primarie e secondarie, adolescenti e giovani come potenziali protagonisti del servizio civile, nazionale e regionale, Enti locali...

“Mettersi insieme è un inizio, rimanere insieme è un progresso, lavorare insieme un successo.”

H.F.



... DOVE TROVARE IL MATERIALE

Il materiale inerente la Programmazione Triennale dei Piani di Zona 2018/2020 sarà consultabile all'interno dei seguenti siti:

- **Unione dei Comuni dell'Appennino Bolognese** – sezione Istituzione- Ufficio di Piano
 - http://www.unioneappennino.bo.it/servizi/notizie/notizie_homepage.aspx

- **AUSL** – sezione Distretto dell'Appennino Bolognese
 - <https://ambo.ausl.bologna.it/servizi-territoriali/appennino-bolognese>