

pianodizona
per la salute e
il benessere sociale
porretta terme

**PIANO DISTRETTUALE PER LA SALUTE E IL
BENESSERE SOCIALE**

**PROGRAMMAZIONE
TRIENNALE**

2009 – 2011

Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

INDICE

Premessa _____	5
Istruzioni per l'uso del Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale _____	8
Capitolo 1 Partecipazione: strumento e obiettivo della governance distrettuale _____	9
Partecipazione ed empowerment _____	9
Percorso di programmazione e schema di governance _____	10
Tavoli per la costruzione del Piano _____	11
Cronoprogramma _____	11
Capitolo 2 Profilo di comunità: i bisogni della popolazione e i servizi disponibili _____	13
Capitolo 3 Obiettivi strategici triennali per target di popolazione _____	33
Partecipazione alla vita pubblica e culturale _____	34
Prevenzione della non autosufficienza _____	35
Sviluppo dell'accesso alla rete dei servizi _____	36
Sviluppo dell'offerta di servizi domiciliari _____	37
Creare una offerta di servizi residenziali adeguata e sostenibile _____	38
Accesso e integrazione dei disabili _____	39
Evoluzione dei servizi _____	40
Promozione della vita indipendente _____	41
Sostegno alle famiglie in difficoltà _____	42
Sostegno alle famiglie nelle funzioni di cura e agli interventi educativi _____	43
Sostegno a famiglie e minori in difficoltà e prevenzione del disagio _____	44
Prevenire il disagio scolastico _____	45
Valorizzare la partecipazione attiva dei giovani _____	46
Attuazione Accordo quadro L. 104/92, per l'integrazione dei Minori disabili _____	47
Difficoltà di accesso alla casa _____	48
Accesso dei giovani al mondo del lavoro _____	50
Immigrati _____	51
Isolamento sociale _____	52
Nuove povertà _____	53
Contrasto alla violenza sulle donne _____	54
Contrasto allo sfruttamento della prostituzione _____	55
Promuovere un'ottica di genere in tutte le politiche _____	56
Partecipazione dell'associazionismo, del volontariato, della cooperazione sociale, dei sindacati _____	57
Programmazione, regolazione e committenza nell'ambito dei servizi sociali, sanitari, socio-sanitari e sanitari del territorio distrettuale _____	60
Obiettivi strategici della programmazione sanitaria _____	61
Area Programmazione Sanitaria _____	61
La governance del territorio _____	61
L'integrazione _____	63
La prevenzione come funzione diffusa. _____	63
Screening tumori _____	65
Malattie cardiovascolari _____	66
Dipendenza da alcool e droghe _____	67
Prevenzione incidenti stradali _____	68
Obiettivi strategici triennali inerenti la salute mentale _____	69
Capitolo 4 A proposito di integrazione con le altre politiche _____	71
Capitolo 5 Strumenti e azioni per l'integrazione gestionale e professionale _____	73
Integrazione socio-sanitaria _____	73
Accesso al sistema _____	74
Terzo settore _____	75
Risorse umane _____	76
Monitoraggio e valutazione degli interventi _____	77
Carta dei servizi e sistemi per il controllo ed il miglioramento della qualità _____	77
Capitolo 6 Monitoraggio e valutazione _____	78
Capitolo 7 Orientamenti finanziari per il triennio _____	79

Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

Premessa

Questo primo Piano triennale per la salute ed il benessere sociale misura l'impegno del nostro territorio distrettuale nel partecipare al radicale processo di innovazione del welfare avviato dalla Regione Emilia-Romagna, teso a favorire un approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie, alla luce del valore delle esperienze fatte. Ad alcuni, ora, potrebbero sembrare lontane, ma è nelle politiche sociali regionali degli anni '90 che si incardinano quelle svolte innovative, che, procedendo da alcuni obiettivi strategici nelle diverse aree d'intervento, da quelle più tradizionali (famiglie, infanzia e adolescenza, disabili, anziani) a quelle più nuove (povertà ed esclusione, immigrazione e dipendenze), iniziavano ad investire sulla de-istituzionalizzazione ed il sostegno alle famiglie (con il conseguente avvio e consolidamento di interventi territoriali e domiciliari), sulla promozione di prime forme di politiche attive per l'inserimento e per l'integrazione sociale e, infine, sul sostegno all'autonomia ed alle scelte dei cittadini-utenti. Da qui, in seguito alle innovazioni della Legge n. 328/2000 e della L.R. n. 2/2003, la Regione ha dedicato scelte di indirizzo e risorse all'obiettivo di far nascere e sviluppare sistemi di welfare locali non chiusi all'interno dei confini dei singoli Comuni, ma centrati sulla zona sociale, e sulla cultura della lettura dei bisogni, della programmazione e della gestione in forma associata e concertata, che deve realizzarsi coerentemente con alcuni principi-guida condivisi con – e tra - i sistemi locali. Se il perseguitamento di questi obiettivi di welfare richiede una nuova strategia di integrazione e di raccordo tra le varie politiche settoriali, la qualità di innovazione nella costruzione delle politiche sociali ad essi riferite consiste fondamentalmente in una scelta di orientamento alle persone piuttosto che alle categorie, e quindi una visione dei programmi di welfare che comporta l'obbligo tecnico e morale "di partire dalle categorie per rimettere la persona al centro". Attenzione alle persone significa necessariamente passare "dall'analisi e dall'organizzazione delle agenzie di erogazione delle prestazioni alla progettazione e all'implementazione di processi di produzione di benessere e tutela". Ancora: la valorizzazione di tutti gli attori dell'integrazione sociale rappresenta la premessa necessaria alla promozione di processi di costruzione di benessere orientati sulla persona. L'esperienza degli ultimi cinque anni, considerata nell'ottica dei Piani sociali di Zona e del Piano per la Salute, ha visto avverarsi questa valorizzazione in termini di impegno e presenza. Il Piano Sociale e Sanitario della

Regione Emilia-Romagna 2008-2010 aiuta ad andare oltre, laddove, per contrastare l'omologazione delle conoscenze e delle risorse, la frammentazione degli sforzi e la deregolazione, sviluppa e incentiva l'asse responsabilizzazione-partecipazione degli attori sociali nella definizione e nella realizzazione dei nuovi programmi di welfare, all'interno di una rinnovata riflessione sulla proprietà sociale, e quindi sui *servizi pubblici*.

Ora, rileggere il testo di questo nostro primo Piano triennale per la salute ed il benessere sociale, significa ripercorrere gli ultimi sei mesi di lavoro comune e ricordare quanto risuonassero, sempre più forti, i colpi della crisi. È una sfida terribile, perché ci obbliga ad attraversare allo scoperto l'arena ideologica in cui gli edifici delle protezioni costruiti nel quadro della società salariale sono in fiamme e continuano a sgretolarsi sotto la forza dei colpi portati dalla crescente egemonia del mercato, per poi fare approdo alla confluenza tra due questioni forti e, forse, complementari: svelare i meccanismi che producono l'inflazione delle preoccupazioni di sicurezza e riaffermare l'importanza essenziale del bisogno di protezioni.

La costruzione di questi programmi, oggi, quando *tutto quello che è solido si sta sciogliendo nell'aria*¹, è connaturata all'esigenza di un nuovo discorso comunitario, ricollocando le politiche in uno schema nuovo che già oggi supera le vecchie distinzioni fra economia e società.

Questo nostro primo Piano triennale ci aiuta a comprendere quanto sia cruciale per la problematica delle protezioni sociali il punto di intersezione tra il lavoro e il mercato e ci guida alla consapevolezza, infine, che il nuovo discorso comunitario che deve promuovere senso comune, motivazioni e coesione per contrastare le insicurezze, deve essere fondato su un lavoro culturale forte e visibile, perché forte e visibile è la crisi.

¹K. Marx, *Il Capitale. Critica dell'economia politica* (1867, 1885, 1894), Editori Riuniti, Roma, 1974. K. Marx, nell'analizzare il processo tecnico, osserva che le strutture si sciolgono, si dissolvono. La stessa frase è stata utilizzata da Marshall Berman per il suo "All that is Solid is Melting into the Air", tradotto in Italia con il titolo *L'Esperienza della Modernità*, il Mulino, Bologna, 1999.

Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

Il Presidente del Comitato di Distretto:
Sandra Focci (Sindaco del Comune di Vergato)

Il Direttore del Distretto
Mara Morini (Azienda USL di Bologna)

I Coordinatori dei Tavoli tematici:
Marcello Materassi (Sindaco del Comune di Castiglione dei Pepoli)
Paola Mattioli (Assessore del Comune di Porretta Terme)
Cristian Cuppi (Assessore del Comune di Marzabotto)
Gabriella Maini (Assessore del Comune di Monzuno)

L’Ufficio di Piano distrettuale
Annalisa Fanini (Responsabile)
Angelo Rainone (Coordinatore)

La Segreteria del Distretto
Cristina Mazzini (Azienda USL di Bologna)

Istruzioni per l'uso del Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale

Le procedure di approvazione, gli indirizzi e la struttura di questo Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale per il triennio 2009-2011, come pure del Programma attuativo 2009, ripercorrono quanto indicato nelle *Linee di indirizzo per l'elaborazione e l'approvazione della programmazione di ambito distrettuale 2009-2011 (Allegato A alla delibera di Giunta regionale 1682/2008)*. Il percorso di definizione e condivisione ha recepito quanto indicato nello stesso atto, che contiene, all'*Allegato B*, le “*Linee guida per la partecipazione del Terzo settore ai processi di programmazione previsti dal Piano sociale e sanitario regionale*”.

Il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 (*delibera di Giunta regionale 1448/2007*) prevede per il Piano triennale lo strumento di approvazione dell'Accordo di programma. Per questa prima annualità 2009 tale Accordo di programma viene utilizzato come unico strumento anche per l'approvazione del Programma attuativo annuale.

L'Atto di indirizzo e coordinamento triennale 2009-2011 della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna e della Giunta ex CTSS del Nuovo circondario Imolese (approvato nella seduta plenaria del 3 novembre 2008, con l'allegato Profilo di comunità) costituisce il quadro di riferimento della programmazione territoriale per la salute e il benessere, ed è lo strumento attraverso il quale le Conferenze territoriali sociali e sanitarie esercitano il proprio compito di coordinamento della programmazione distrettuale.

Per la redazione dei documenti di programmazione l'Ufficio di Piano distrettuale si avvale del coordinamento provinciale del Servizio politiche sociali e per la salute in tema di promozione, programmazione e coordinamento nel sistema integrato di interventi e servizi sociali e sociosanitari e risponde alle “*Indicazioni di supporto alla redazione del piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009-2011, del Programma attuativo 2009, e dei programmi provinciali immigrati e minori per l'anno 2009*”.

Le innovazioni rispetto agli strumenti utilizzati nella programmazione distrettuale sociale degli anni precedenti (2005-2008) tengono conto, in primo luogo, delle novità discese dall'approvazione del Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 e dal nuovo assetto della governance regionale – in particolare il nuovo Ufficio di Piano e l'applicazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza – in relazione al tema dell'integrazione sociosanitaria. Analogamente, l'armonizzazione degli stili programmatore e degli strumenti programmatore dell'area sociale e di quella sanitaria, soprattutto per quanto attiene alla prevenzione/promozione della salute e del benessere, suggerisce modi per integrare le due ottiche e valorizza alcune esperienze già realizzate nei Piani per la salute. In particolare:

- Il Profilo di comunità costituisce la base di partenza conoscitiva per l'analisi dei bisogni anche a livello di ambito distrettuale.
- Gli strumenti per comporre gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale, dato il nuovo contesto della programmazione integrata sociosanitaria, offrono l'opportunità di definire gli obiettivi non solo in base ai target, ma anche rispetto a finalità generali (informazione/promozione, prevenzione, cura/assistenza), che possono attraversare i target, e tenendo conto del fatto che rispondono – o possono rispondere - a finalità di salute e di benessere sociale insieme.
- In attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, gli indicatori utili per la valutazione e il monitoraggio distrettuale attingono agli obiettivi di benessere sociale e salute individuati nel Piano stesso, nelle delibere di Riparto del Fondo sociale regionale (*DGR n. 2335/2008, di attuazione della delibera di Assemblea legislativa n. 196/2008, e DGR 166/2009*) e ad altri indicatori già definiti in direttive di settore (per quanto riguarda il FRNA le *DGR. 509/2007, 1206/2007 e 1230/2008*; per quanto riguarda l'area della promozione della salute e di stili di vita sani e della prevenzione, le *DGR 1012/2005 e 426/2006*).

CAPITOLO 1 PARTECIPAZIONE: STRUMENTO E OBIETTIVO DELLA GOVERNANCE DISTRETTUALE

Partecipazione ed empowerment

Nell'intraprendere il percorso di innovazione del welfare regionale il nuovo Piano sociale e sanitario si presenta, non solo idealmente, come la formulazione di un *patto da proporre alla società regionale per la qualità dei servizi, per sostenere le famiglie e per rafforzare fiducia e sicurezza*, cioè di un patto relazionale da sostenere e da rinforzare nelle diverse dimensioni territoriali (regionale – provinciale – distrettuale) attraverso una condivisione di valori e di assunti di fondo, necessaria a sviluppare senso di appartenenza e fiducia fra i vari soggetti.

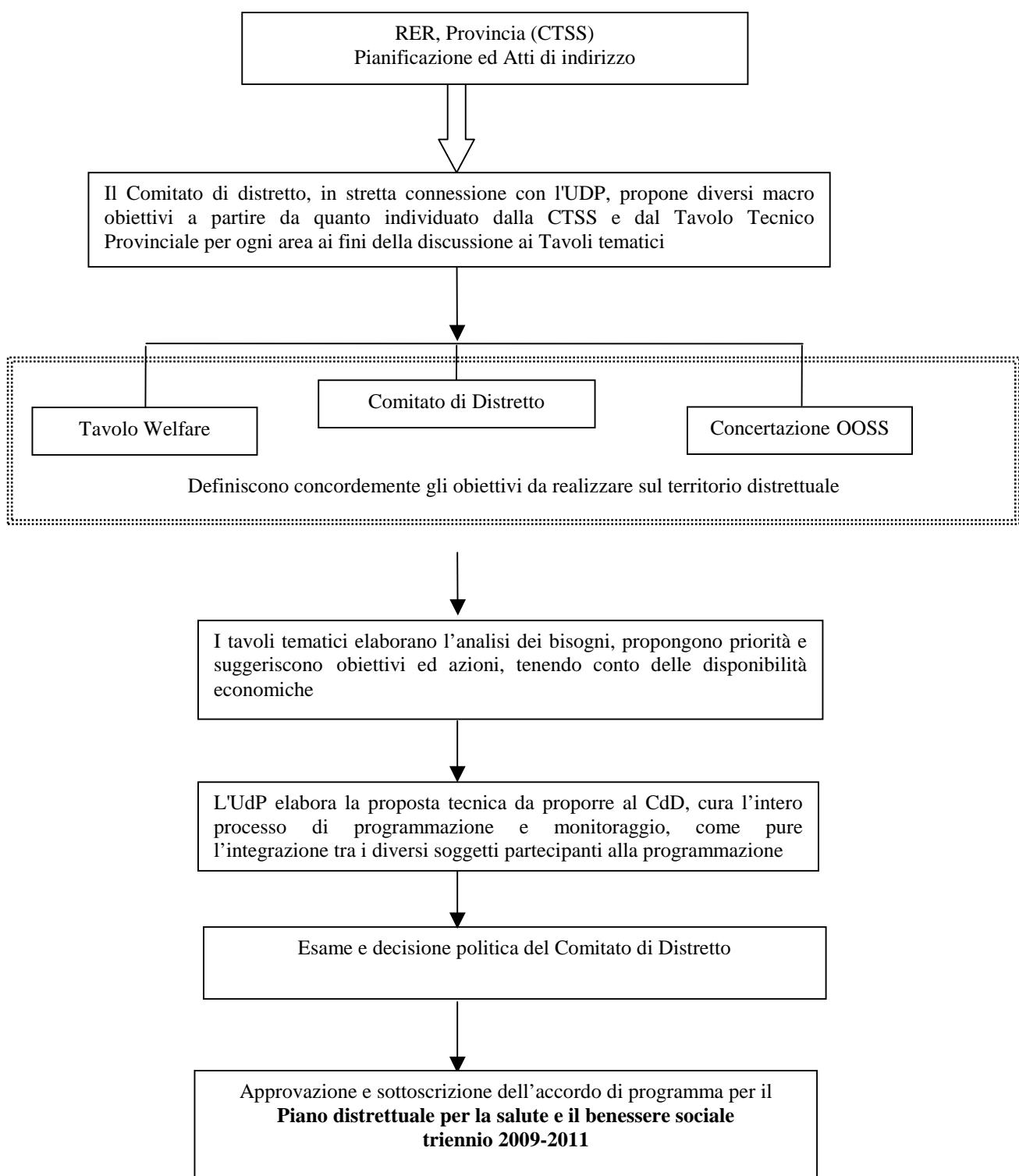
In questa nuova prospettiva la *sfida dell'innovazione* viene raccolta nel Piano distrettuale per la salute ed il benessere sociale attraverso:

- il promuovere *studio, confronto e pensiero* all'interno di un territorio meglio concepito come costruzione sociale e politica in cui operano reti di organizzazioni;
- la *condivisione degli obiettivi*, considerando che le modalità di individuazione ed il contenuto degli obiettivi, gli strumenti di programmazione e di verifica del raggiungimento degli obiettivi, come pure le modalità di coordinamento delle relazioni, definiscono e consolidano quelle relazioni che sono alla base del modello a rete e del modello organizzativo del nuovo sistema di welfare.

La sfida della complessità viene affrontata coniugando la strategia organizzativa – *lavorare ad una rete integrata* – ed un obiettivo primario – *una rete integrata che metta al centro la persona* – con un obiettivo strategico: *lavorare ad una rete integrata che metta al centro la persona e chiami all'impegno nuovi soggetti e nuovi protagonisti capaci di dare risposte ai bisogni sociali*. Dal punto di vista del modello a rete il Piano distrettuale per la salute ed il benessere sociale percorre il processo di attribuzione di potere agli individui, alle organizzazioni, alle istituzioni e alla comunità (empowerment), riconoscendoli appieno come *nuovi soggetti e nuovi protagonisti* del nuovo modello di welfare. Bisogna dire che, alimentata dalla Legge n. 328/2000 a livello nazionale e dalla Legge Regionale n. 2/2003 a livello regionale, l'attribuzione di potere a questi nuovi soggetti della realtà sociale territoriale ha acquisito peso e sostanza nel percorso di costruzione dei Piani sociali di Zona per il triennio 2005-2007 e, nell'ultimo biennio, della realizzazione distrettuale del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. La chiamata all'impegno dei *nuovi soggetti e nuovi protagonisti capaci di dare risposte ai bisogni sociali* ha effettivamente già iniziato a sollecitare con grande intensità i meccanismi che sostengono quel delicato sistema di pesi e contrappesi che produce e mantiene l'equilibrio nella gestione del potere nelle diverse organizzazioni dei servizi. Il potere, qui inteso come variabile organizzativa, agisce all'interno di organizzazioni – Comuni e Aziende USL – attraverso modelli organizzativi prevalentemente funzionali, caratterizzati quindi da sistemi decisionali centralizzati, legati da interconnessioni reciproche tuttora ridotte, nel Distretto di Porretta Terme, al livello di delega di compiti e, quindi, scarsamente proattive al cambiamento. Il prodotto del processo di empowerment, che è centrale nel disegno delle strategie del nuovo Piano sociale e sanitario regionale, e, conseguentemente, in questo primo Piano distrettuale per la salute ed il benessere sociale, è identificabile nella condizione degli individui, delle organizzazioni, delle istituzioni e delle comunità che si vengono a trovare in una situazione ricca di opportunità, avendo acquisito potere, nel senso di possesso della capacità di sentire il *richiamo all'impegno* del fare, in virtù della possibilità di partecipare attivamente ai processi decisionali, cioè di essere *protagonisti* e quindi *capaci di dare risposte ai bisogni sociali*. In questo senso vediamo concretizzarsi nel Piano il più completo e complesso panorama delle condizioni in cui si generano le reti. Il Piano, infatti, attribuisce alla comunità competente che partecipa un ruolo fondamentale collocando al suo livello la responsabilità e la partecipazione necessarie nella Pianificazione strategica sociale e sanitaria

distrettuale, procedendo dall'assunto che *il fattore che genera maggiore stabilità, e spesso evita la degenerazione di situazioni problematiche, è dato dalla tenuta della rete delle relazioni sociali, familiari, amicali, di solidarietà e di volontariato* Se è nel territorio che si radicano le organizzazioni della rete e che si costruiscono le relazioni fra organizzazioni è quindi lo stesso territorio che, necessariamente, partecipa alla costruzione delle reti.

Percorso di programmazione e schema di governance



Tavoli per la costruzione del Piano

Tavolo tematico	Tavolo tematico	Tavolo tematico	Tavolo tematico
Anziani	Giovani	Responsabilità familiari, infanzia e adolescenza	Disabilità, invalidità e non autosufficienza in età adulta
Politiche di contrasto all'esclusione sociale	Buone pratiche inserimento lavorativo	Sportelli sociali	Accordo di programma territoriale L.104
Concertazione		Concertazione	
Tavolo del Welfare		Tavolo di concertazione con le OOSS	

Cronoprogramma

DATA - ORA	TAVOLO CONVOCATO	ODG/OGGETTO RIUNIONE
MARTEDÌ 18 NOVEMBRE 2008 ORE 14,00	TAVOLO DI CONCERTAZIONE CON LE OOSS	CONCERTAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE STRATEGICA E DELLA PROGRAMMAZIONE ANNUALE OPERATIVA
MARTEDÌ 18 NOVEMBRE 2008 ORE 16,00	TAVOLO DEL WELFARE	AVVIO DELLA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE STRATEGICA E DELLA PROGRAMMAZIONE ANNUALE OPERATIVA
MERCOLEDÌ 19 NOVEMBRE 2008 ORE 14,00	TAVOLO ANZIANI	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL' AREA
MERCOLEDÌ 19 NOVEMBRE 2008 ORE 16,30	TAVOLO DISABILITÀ, INVALIDITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA IN ETÀ ADULTA	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL' AREA
GIOVEDÌ 20 NOVEMBRE 2008 ORE 14,30	TAVOLO TECNICO SERVIZI SOCIALI COMUNALI	INTERVENTI DI SOSTEGNO AL DOMICILIO (DGR 1206/2007)
MARTEDÌ 25 NOVEMBRE 2008 ORE 15,30	COMITATO DI DISTRETTO	APPROVAZIONE DEL PIANO DISTRETTUALE PER LO SVILUPPO DELLA RETE DEI SERVIZI PER DISABILI E DELLE PRIORITÀ DISTRETTUALI TRA LE PROPOSTE DI INTERVENTO FINANZIABILI CON CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE
GIOVEDÌ 27 NOVEMBRE 2008 ORE 14,30	TAVOLO TECNICO SERVIZI SOCIALI COMUNALI	INTERVENTI DI SOSTEGNO AL DOMICILIO (DGR 1206/2007)
LUNEDÌ 1 DICEMBRE 2008 ORE 15,00	TAVOLO DISABILITÀ, INVALIDITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA IN ETÀ ADULTA	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL' AREA
MARTEDÌ 16 DICEMBRE 2008 ORE 14,00	TAVOLO RESPONSABILITÀ FAMILIARI, INFANZIA E ADOLESCENZA	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL' AREA

Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

MARTEDÌ 16 DICEMBRE 2008 ORE 16,30	TAVOLO POLITICHE DI CONTRASTO ALL'ESCLUSIONE SOCIALE	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL'AREA
MERCOLEDÌ 4 FEBBRAIO 2009 ORE 15,00	TAVOLO RESPONSABILITÀ FAMILIARI, INFANZIA E ADOLESCENZA	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL'AREA
GIOVEDÌ 5 FEBBRAIO 2009 ORE 14,30	TAVOLO POLITICHE GIOVANILI	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL'AREA
MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 ORE 14,00	TAVOLO DISABILITÀ, INVALIDITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA IN ETÀ ADULTA	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL'AREA
MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 ORE 16,00	TAVOLO POLITICHE DI CONTRASTO ALL'ESCLUSIONE SOCIALE	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL'AREA
MARTEDÌ 17 FEBBRAIO 2009 ORE 14,30	TAVOLO DI CONCERTAZIONE CON LE OOSS	CONCERTAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE STRATEGICA E DELLA PROGRAMMAZIONE ANNUALE OPERATIVA
MARTEDÌ 17 FEBBRAIO 2009 ORE 16,30	TAVOLO ANZIANI	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL'AREA
MERCOLEDÌ 18 FEBBRAIO 2009 ORE 9,00	TAVOLO TECNICO SERVIZI SOCIALI COMUNALI	INTERVENTI DI SOSTEGNO AL DOMICILIO (DGR 1206/2007)
LUNEDÌ 23 FEBBRAIO 2009 ORE 9,00	TAVOLO INTERISTITUZIONALE BUONE PRASSI INSERIMENTO LAVORATIVO	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL'AREA
LUNEDÌ 23 FEBBRAIO 2009 ORE 11,00	TAVOLO DISABILITÀ, INVALIDITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA IN ETÀ ADULTA	MONITORAGGIO, VALUTAZIONI, PROPOSTE E PROGETTI DELL'AREA
VENERDÌ 20 MARZO 2009 ORE 11,00	TAVOLO DI CONCERTAZIONE CON LE OOSS	CONCERTAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE STRATEGICA E DELLA PROGRAMMAZIONE ANNUALE OPERATIVA
VENERDÌ 20 MARZO 2009 ORE 15,00	COMITATO DI DISTRETTO	APPROVAZIONE DEL PIANO DI ZONA DISTRETTUALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2009-2011 E DEL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE 2009
LUNEDÌ 30 MARZO 2009 ORE 15,00	TAVOLO DEL WELFARE CONFERENZA CONCLUSIVA	SOTTOSCRIZIONE DEL PIANO DI ZONA DISTRETTUALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2009-2011 E DEL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE 2009

CAPITOLO 2 PROFILo DI COMUNITÀ: I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE E I SERVIZI DISPONIBILI

PARTE I: La comunità in cui viviamo

1. Profilo demografico del territorio

A livello provinciale le tendenze demografiche evidenziano: un aumento, dopo anni di stagnazione, della fascia 0-14 anni, una crescita della popolazione ultrasettancinquenne, un aumento della presenza di cittadini stranieri. Il rapporto tra i due sessi è ormai paritario.

Sempre a livello provinciale si rileva un aumento di maternità in età sempre più adulta e di donne straniere; in costante diminuzione la mortalità neonatale anche se aumentano i nati fortemente sottopeso (<1500 gr.), i parti prematuri e i cesarei. In diminuzione le Interruzioni Volontarie di Gravidanza solo nella popolazione italiana.

Complessivamente, si vive sempre più a lungo: le donne continuano a vivere più degli uomini, ma il gap sta riducendosi.

1. Profilo demografico del Distretto di Porretta Terme

oggetto	dato	confronto con dato provinciale
<i>Variazione popolazione < 14 anni 2003-2007</i>	2003 – 6.263 2007 – 6.632 +5,9%	Inferiore al dato provinciale (+10,0%)
<i>Variazione popolazione > 74 anni 2003-2007</i>	2003 – 5.533 2007 – 5.972 +7,9%	Superiore al dato provinciale (+7,4%)
<i>Nuclei familiari monoparentali con minori sul totale dei nuclei familiari 2001</i>	4,4%	Inferiore al dato provinciale (4,7%)
	Maschi 3,6%	Superiore al dato provinciale (2,6%)
<i>Famiglie unipersonali composte da anziani soli (>74 anni) sul totale dei nuclei familiari 2001</i>	Femmine 12,0%	Superiore al dato provinciale (10,7%)
<i>Popolazione straniera sulla popolazione totale 2007</i>	8,1%	Superiore al dato provinciale (6,9%)
<i>Variazione incidenza popolazione immigrata sulla popolazione totale 2005-2007</i>	+0,5%	Inferiore al dato provinciale (1,0%)
<i>Componente femminile della popolazione immigrata 2007</i>	48,7%	Inferiore al dato provinciale (50,1%)
<i>Minorenni della popolazione immigrata 2007</i>	28,0%	Superiore al dato provinciale (19,2%)

Fonte: Profilo di comunità

La tabella sopra riportata evidenzia gli scostamenti più significativi tra il dato provinciale quello rivelato a livello distrettuale, in relazione al profilo demografico.

2. Natalità, mortalità e speranza di vita

Nella Provincia di Bologna, la **mortalità**, indicatore significativo nella valutazione dello stato di salute della popolazione, nel periodo 2003-2006 è costantemente e continuamente diminuita.

L'analisi della mortalità per cause specifiche permette di misurare gli effetti di eventuali interventi di natura preventiva o curativa. I due gruppi di patologie che rappresentano oltre il 70%

delle cause di morte nella popolazione provinciale, sono le patologie cardiocircolatorie e quelle tumorali. Entrambi questi due sottogruppi di malattie presentano nel tempo una riduzione sistematica di tassi tuttavia esistono da una parte differenze nella velocità di riduzione e dall'altra differenze di natura territoriale.

Il Profilo di Comunità riporta un'approfondita sezione dedicata alla cosiddetta "**Mortalità evitabile nella Provincia di Bologna**", analizzata allo scopo di evidenziare le aree di intervento su cui agire tramite modelli ed interventi di prevenzione primaria, secondaria (diagnosi precoce e cura) e terziaria (Igiene ed Assistenza sanitaria).

Il Distretto di Porretta Terme, si conferma quello con il più alto tasso di mortalità generale presente in Provincia ed ancora più rispetto al dato regionale.

L'analisi dei tassi della **mortalità infantile** nel decennio considerato (1997-2006) nei Distretti della Provincia a Porretta il tasso raggiunge il valore più elevato.

Il Distretto di Porretta presenta sempre, lungo il periodo 2002-2006, tassi di mortalità più alti di quelli medi provinciale e regionale, come risulta dal Grafico 2.17 inserito nel Profilo di comunità, "*Andamento tassi standardizzati mortalità per malattie sist. cardiocircolatorio (ICD IX 410-459) Confronto Provincia di Bologna vs RER vs Distretto di Porretta*".

Il tasso di mortalità per il tumore dello stomaco, in costante diminuzione a livello regionale e soprattutto a livello provinciale, si presenta invece particolarmente elevato nel Distretto di Porretta Terme, con riferimento agli anni 1993-2006.

Per entrambi i sessi è il Distretto di Porretta a registrare valori di speranza di vita più bassi (77,94 per i maschi e 82,63 per le femmine) all'interno del territorio provinciale.

3. Ambiente e territorio

A livello provinciale l'impatto dell'inquinamento da polveri PM10 sulla mortalità totale è cresciuto al 2,3% (2006) contro l'1,9% del 2005 ovvero si sono stimati oltre 200 decessi in più. Ed è soprattutto il traffico urbano privato ad incidere negativamente e in modo preoccupante sulla salute e sul benessere complessivo della popolazione (ad es. disincentivando all'uso della bicicletta o a svolgere attività fisica all'aperto); alcuni soggetti ne risultano inoltre maggiormente colpiti (bambini in primis).

Nel territorio del Distretto di Porretta Terme, secondo il Profilo di comunità, non sono presenti attività industriali a rischio di incidente chimico e/o grave contaminazione ambientale.

Il Comune di Gaggio Montano risulta essere l'unico Comune del Distretto di Porretta Terme a figurare all'interno dell'"Elenco completo dei Comuni con raccolta pro-capite % raccolta differenziata - Anno 2007", con una percentuale di raccolta differenziata (recupero e smaltimento) del 31,1%.

4. Sicurezza e sicurezza percepita

Criminalità in Provincia di Bologna

In linea con quanto emerge per il livello nazionale, i dati sugli eventi delittuosi in Emilia-Romagna e nella provincia bolognese appaiono in crescita, sul breve come sul lungo periodo, in particolare

nell'area urbana di Bologna. Sono soprattutto i reati contro il patrimonio ad aggravare il bilancio sulla criminalità, sebbene si possa evidenziare anche una crescita dei reati contro la persona. Complessivamente, il totale dei delitti nella provincia di Bologna è cresciuto, tra il 2004 ed il 2005, del 12,2%, attestandosi sul valore assoluto di 74.756.

Tra il 2005 ed il 2006, il numero di chi percepisce un aumento della criminalità nel proprio comune diminuisce considerevolmente, sia nella città di Bologna che nella provincia pur se con notevoli differenze: se a Bologna città le persone che considerano la criminalità in crescita nel 2006 sono circa il 48%, in Provincia il dato non raggiunge il 20%. La dimensione territoriale è uno dei fattori che influiscono sulla senso di insicurezza, insieme all'insicurezza economica e al ruolo dei media.

Incidenti stradali

In provincia di Bologna il 52% delle cause di morte dei giovani tra i 15 e i 24 anni è per incidente stradale. Gli incidenti sono più frequenti in provincia che in città in connessione ad un uso maggiore dell'automobile, alle caratteristiche della rete stradale, ecc.

Infortuni sul lavoro

Tra il 2000 ed 2006, i dati sul rapporto percentuale tra numero di infortuni e numero di lavoratori (tassi di incidenza) registrati in Emilia Romagna indicano un trend in lieve calo in tutta la Regione (da 5,68 a 4,76) ed evidenziano come l'area bolognese presenti gli indici più bassi (da 4,61 a 4,19). Aumentano gli incidenti sul lavoro che coinvolgono gli stranieri. Un'indagine condotta in Regione nel comparto metalmeccanico evidenzia come il rischio di infortunio per un lavoratore extracomunitario è più che doppio rispetto a quello di un lavoratore italiano dello stesso comparto. Tra le possibili motivazioni del più elevato rischio degli immigrati si possono individuare: la diversa distribuzione delle mansioni a rischio, le condizioni di lavoro, il più rapido turn over, la difficoltà linguistica, la scarsa formazione specifica, la diversa percezione del rischio.

5. Salute e stili di vita

A livello provinciale si registra un aumento delle malattie cosiddette da benessere tra le quali in primis obesità e problematiche psicologiche, ma anche le malattie croniche quali il diabete, le malattie respiratorie e le neoplasie; le malattie cardiovascolari diminuiscono, sebbene siano ancora la prima causa di morte in entrambi i sessi. Preoccupante la tendenza al consumo elevato di alcool e fumo soprattutto tra i giovani.

Risulta rilevante anche la quota di popolazione che non svolge alcuna attività motoria e che non adotta sane scelte alimentari. Ciò comporta la necessità di potenziare interventi integrati socio-sanitari per prevenire queste problematiche secondo metodologie di provata efficacia.

6. Profilo socio-economico del territorio

6.1 Imprese

Nella Provincia di Bologna, con riferimento all'ultimo aggiornamento diffuso dall'Istat per il 2005, gli addetti sono impiegati per il 37,3% nel terziario, per il 30,7% nel settore dell'industria in senso stretto, per il 18,2% nel commercio, per l'8,1% nelle costruzioni e per il 5,7% nel settore alberghiero/della ristorazione.

I cittadini extracomunitari titolari d'impresa sono complessivamente 3833 sul territorio provinciale, in base ai dati di Infocamere-Camera di Commercio sul 2007. Di questi 244 imprese attive con titolari di nazionalità extracomunitaria sono presenti sul territorio dei Comuni del Distretto di Porretta.

6.2 Forze lavoro

Il più recente **Rapporto sul Mercato del Lavoro in provincia di Bologna**, relativo al secondo semestre, mostra dati relativamente recenti, che vanno sino alla fine del 2008 (dunque sino a soli due mesi or sono). Esso tuttavia, pur evidenziando la dinamica in atto, con parametri in deterioramento (come nel caso dei lavoratori in cassa integrazione straordinaria che passano dai 1.200 a dicembre 2007 ai 1.800 nel dicembre 2008), non dà ancora conto della involuzione che si è presentata nei due mesi successivi (già a gennaio 2009 i lavoratori in cassa straordinaria sono passati a quasi 2.500). In sintesi, il Rapporto provinciale evidenzia:

- a. un **incremento**, come non si era mai verificato, **nel numero degli iscritti ai sette Centri per l'Impiego della Provincia alla ricerca di un lavoro**, cresciuti in soli sei mesi del 9%, pari a 3.800 donne e uomini e raggiungendo un totale di 46.800 persone (di cui il 58% donne);
- b. l'incremento è dovuto prevalentemente a chi ha perso un lavoro (più stranieri che Italiani), di tutte le fasce di età, ma con **prevalenza dei più giovani e con un forte incremento dei disoccupati di lunga durata, più in montagna che in pianura**;
- c. in sei mesi si sono aggiunte 2.000 persone nelle liste di mobilità (gli uomini poco più delle donne) che all'inizio di gennaio 2009 contavano così 6.300 persone (3.300 donne e 3.000 uomini);
- d. negli ultimi sei mesi del 2008 sono stati registrati dai Centri per l'Impiego 101.600 contratti di lavoro (54% donne), poco meno di quanto avvenuto nel semestre precedente;
- e. la **quota di contratti a tempo indeterminato è scesa al livello più basso mai verificatosi** (meno del 20%, che scende al 17% per le donne). Di converso superano l'80% i contratti a termine (il 49% i contratti a tempo determinato; il 13% interinali; l'11% a progetto e occasionali; il 4% apprendisti; il 2% intermittenti).
- f. metà degli avviamenti sono avvenuto a Bologna, seguono Imola, Minerbio, Zola Predosa, San Giovanni in Persiceto, San Lazzaro;
- g. **i lavoratori in cassa integrazione straordinaria al 31 dicembre 2008 erano 1.800, il 50% in più rispetto al dato del 31 dicembre 2007. Ma già nel gennaio di quest'anno il dato è salito a 2.500 lavoratori;**
- h. quanto alle ore autorizzate, è la cassa integrazione ordinaria a registrare un forte incremento (+ 79%), in modo particolare l'industria (+ 148%);
- i. le procedure attivate dalle imprese per riduzione di personale hanno per tutto il 2008 e ancora in questi primi due mesi del 2009 trovato soluzioni consensuali tra le parti, spesso grazie alla presenza ai **tavoli di crisi di Regione, Provincia, Comuni**, che hanno congiuntamente, insieme alle OOSS, e con l'accordo finale delle imprese, tenuta ferma la barra sulla esigenza di valutare per ogni misura individuata le ricadute sociali ed economiche per i lavoratori e per la Comunità e la sostenibilità per l'impresa, chiamata a esercitare un ruolo di responsabilità sociale attraverso l'utilizzo di ammortizzatori sociali spesso integrati da ulteriori sostegni al reddito e a partecipare, nei casi più gravi, ai progetti di reinustrializzazione per la salvaguardia dell'occupazione e per lo sviluppo del territorio;

A **livello distrettuale**, il più recente **Rapporto del Centro per l'Impiego di Porretta Terme** evidenzia che:

- j. le **persone in cerca di lavoro** al 31.12.08 erano 3.299, l' 8,5% della popolazione in età lavorativa. Di queste, le **donne** erano 2.074 (63%) e 1.225 (37%) gli uomini;
- k. la **variazione rispetto al semestre precedente (+11,8%) è la più elevata tra quelle registrate nei diversi bacini territoriali, di particolare significato in quanto una crescita analoga era già stata registrata nel semestre precedente.** Le **principali caratteristiche della disoccupazione nel territorio del Distretto di Porretta Terme vedono:**

- **il rapporto disoccupati iscritti / popolazione attiva più elevato di oltre 1 punto percentuale rispetto al dato provinciale;**
 - **una percentuale di donne disoccupate sul totale maggiore (63%);**
 - **una presenza di cittadini stranieri in cerca di lavoro più marcata** (oltre il 30% del totale degli iscritti in cerca di lavoro), che tra l'altro registra un aumento **più sensibile rispetto alla media provinciale;**
 - **una percentuale di giovani tra i 16 e i 24 anni tra gli iscritti (14,7%) maggiore** (e anche in questo caso l'incremento registrato è **più sensibile rispetto alla provincia**);
 - dei 401 disoccupati iscritti alle liste di mobilità (il 12% del totale dei disoccupati nel territorio) ben il 64,1% è iscritto da meno di 12 mesi (ricordiamo che il dato provinciale è del 50%); inoltre le donne sono in numero decisamente inferiore (42,6%) rispetto agli uomini, contrariamente a quanto avviene tra i disoccupati nel complesso;
1. gli avviamenti registrati sono 3.463, il 3,4% del totale provinciale. La maggior parte di essi ha riguardato donne (55,8%);
 - m. come già riscontrato in altri ambiti territoriali, anche in questa area le tipologie contrattuali utilizzate si concentrano prevalentemente sulle modalità del tempo determinato (con una quota del 57%) e del tempo indeterminato (20%);
 - n. nettamente inferiore rispetto al dato provinciale è l'utilizzo di contratti di somministrazione (8,3%), mentre risulta più elevato il ricorso all'apprendistato (5,5%) e al lavoro intermittente (5,2%, la percentuale di utilizzo più elevata a livello provinciale), dovuto forse alla presenza del settore turistico. Pressoché irrilevante è invece l'utilizzo dei contratti a progetto;
 - o. tra i settori, il primo per avviamenti nel semestre è l'istruzione (oltre il 25%). Seguono poi le attività manifatturiere con 17,9% di nuovi rapporti, (valore nettamente superiore alla media provinciale), le costruzioni (che con il 14,5% risulta uno dei settori chiave per l'occupazione di quest'area) e i servizi di alloggio e ristorazione (14%). Inferiore ai valori provinciali è invece la dinamica occupazionale registrata nel settore del commercio (4,6% del totale degli avviamenti), così come per i servizi alle imprese (1,9%);
 - p. al 31/12/08, a fronte di 2 procedure di crisi attivate da aziende del territorio (una nel settore gomma/plastica, l'altra nel cartario) il numero di lavoratori coinvolti da procedure di CIGS è di 80 (il 4,4% del totale provinciale), poi ridotto a zero alla fine di gennaio 2009;

6.3 Analisi del reddito imponibile ai fini dell'addizionale IRPEF

A livello provinciale si evidenzia, con particolare riferimento all'area metropolitana, la tendenza al concentrarsi della ricchezza complessivamente dichiarata in un numero decrescente di percettori tra gli anni 2004 e 2005.

6.4 Indice di posizione socio-economica a livello aggregato per la provincia di Bologna

Il Profilo di comunità cita la seguente definizione del concetto elaborato da P. Townsend di *deprivazione*, quale "[...] stato di svantaggio dimostrabile e osservabile, relativo alla comunità locale o ad una più ampia parte della società o nazione a cui un individuo, una famiglia o un gruppo appartengono".

Il gruppo di lavoro che ha curato la stesura del Profilo di comunità ha costruito un indicatore di deprivazione su scala provinciale per caratterizzare la popolazione residente nella provincia di Bologna in abitazione private, censita nel 2001.

L'indicatore finale o composito di deprivazione, determinato a sua volta da diversi indicatori o dimensioni quali l'istruzione, occupazione, condizione abitativa, composizione familiare, risulta suddiviso in cinque classi: da "molto ricco" a "molto deprivato".

La mappatura dell'indice evidenzia come le zone montane ed territori periferici di pianura presentino una situazione sociale ed economica più svantaggiata.

Il distretto di Porretta presenta una predominanza rispetto all'atteso di aree svantaggiate (popolazione in classe di deprivazione "deprivato" o "molto deprivato").

Nello stesso tempo il Distretto di Porretta Terme si caratterizza per la particolare distribuzione interna della deprivazione sociale, tale per cui i due estremi (molto deprivato e molto ricco) pesano percentualmente di più.

7. Mobilità

Potendo prendere in considerazione esclusivamente l'accessibilità mediante mezzi pubblici su gomma delle strutture sanitarie e sociosanitarie (ambulatori, presidi ospedalieri, consultori pediatrici o familiari, di medicina di comunità o scolastica, strutture ospedaliere private o accreditate) presenti in provincia di Bologna, la situazione del Distretto di Porretta è la seguente:

% Strutture sanitarie Distretto (sul totale prov.)	Fermate per struttura	Linee per struttura	Corse struttura
12,5	2,6	5,8	61,5

Il dato medio provinciale è di **3,4** fermate per struttura, di **6,2** linee e di **267,8** corse giornaliere in ciascuna fermata: il dato distrettuale è inferiore alla media provinciale per ciascuna delle tre grandezze.

PARTE II: Servizi, risorse informali, domanda espressa e domanda soddisfatta

1. Ambito sanitario

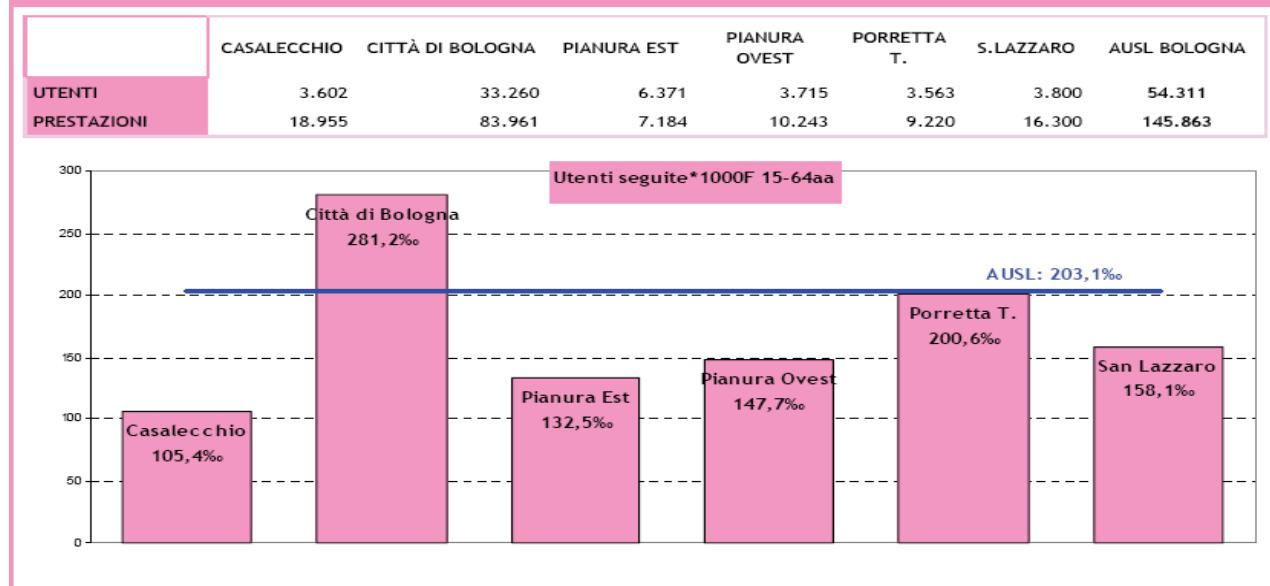
1.1. Tossicodipendenza e alcolismo nel Distretto di Porretta Terme

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	Note
<i>Tossicodipendenti in carico sul totale provinciale 2007</i>	95 su 3.503 2,7%		Utenti in carico al ser.T di Vergato
<i>Variazione tossicodipendenti in carico dal 2004-2007</i>	2004 – 73 2007 – 95 +30,1%	Superiore al dato provinciale (+12,6%)	
<i>Alcolisti in carico sul totale provinciale 2007</i>	105 su 1.130 9,3%		Utenti in carico al ser.T di Vergato
<i>Variazione alcolisti in carico 2004-2007</i>	2004 – 102 2007 – 105 +2,9%	Inferiore al dato provinciale (+18,4%)	

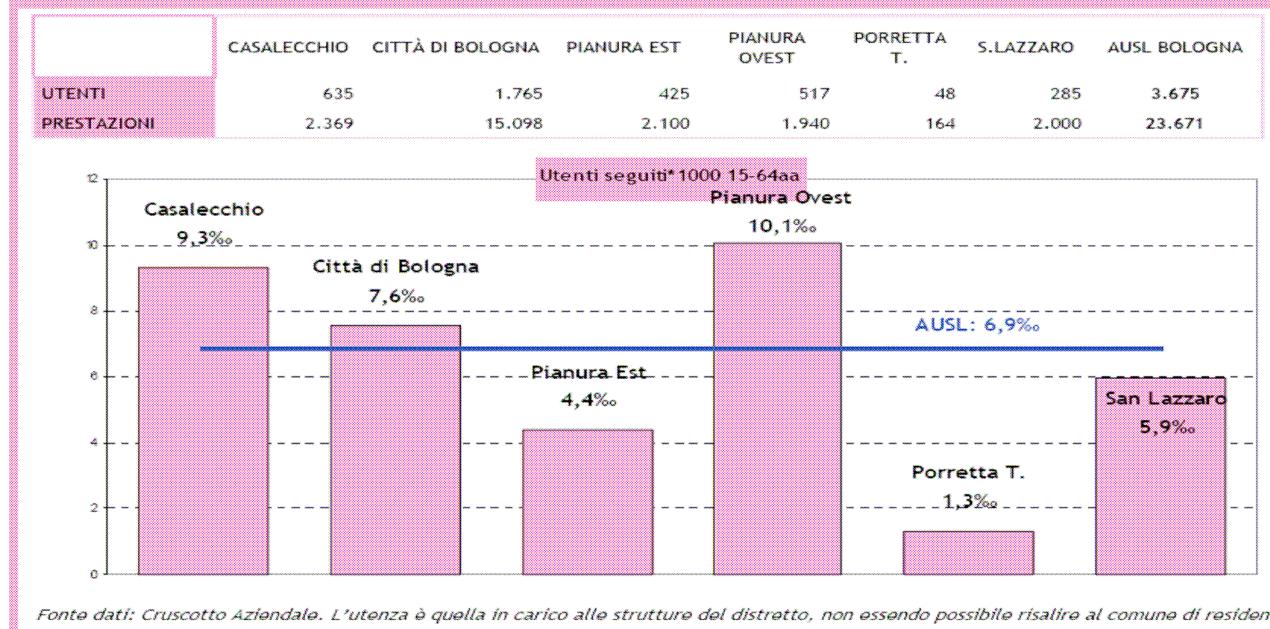
Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

1.2. Attività dei consultori familiari

AREA OSTETRICA GINECOLOGIA. Anno 2007



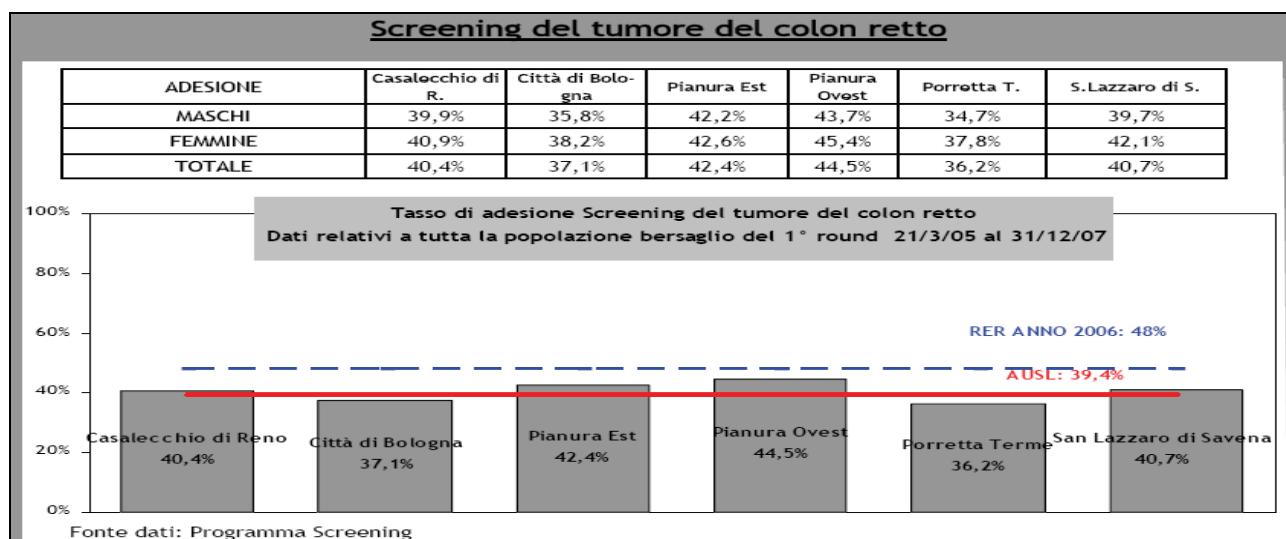
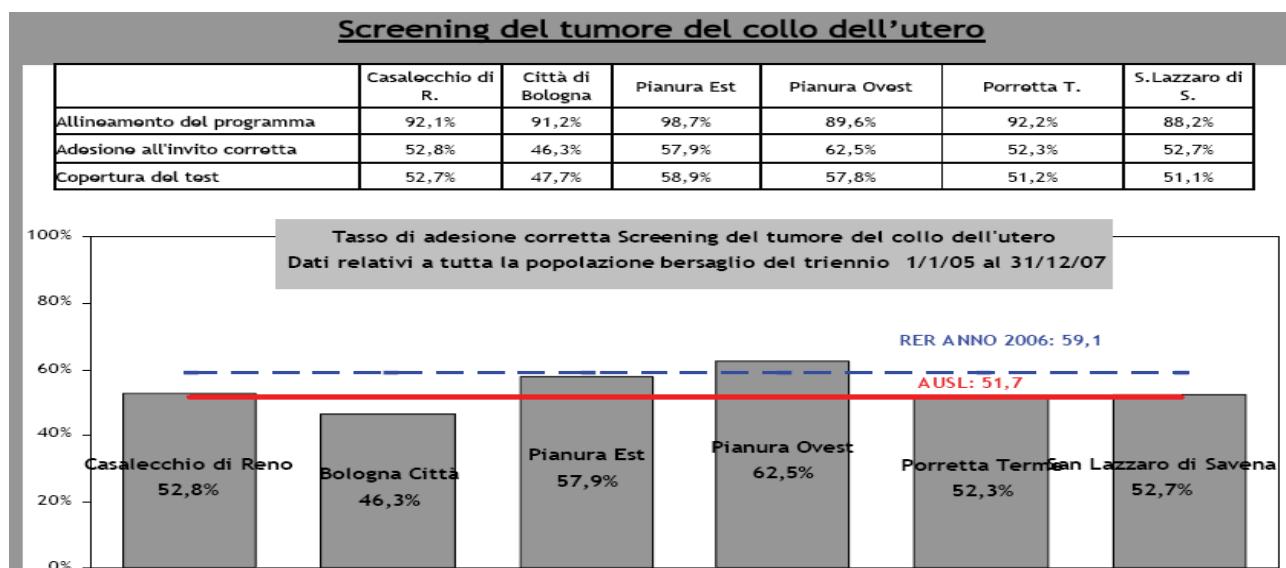
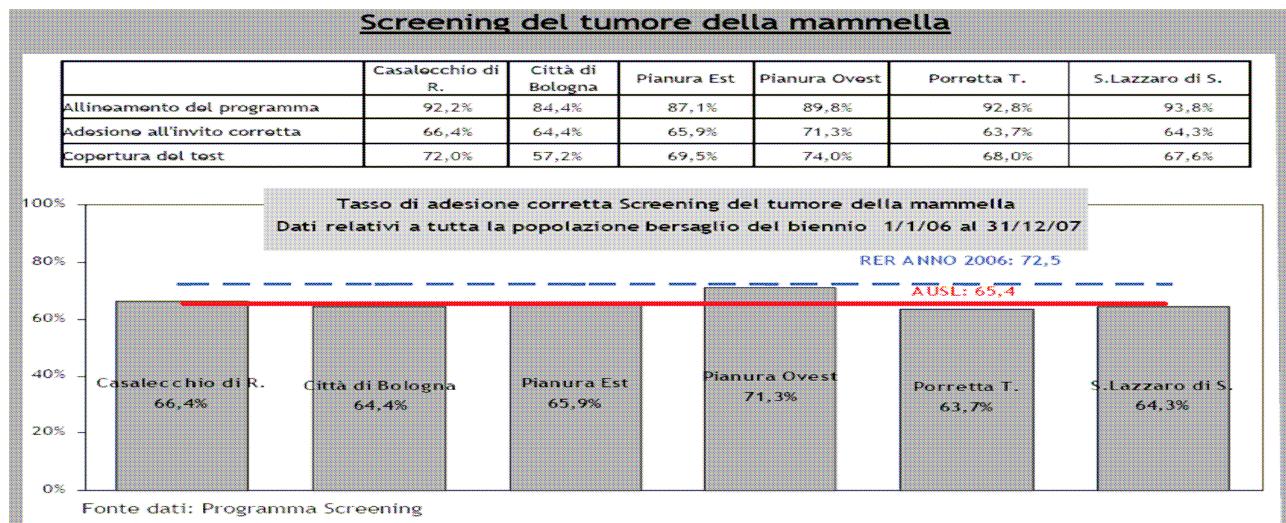
AREA PSICOLOGICA. Anno 2007



Fonte dati: Cruscotto Aziendale. L'utenza è quella in carico alle strutture del distretto, non essendo possibile risalire al comune di residenza.

Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

1.3. Screening tumori



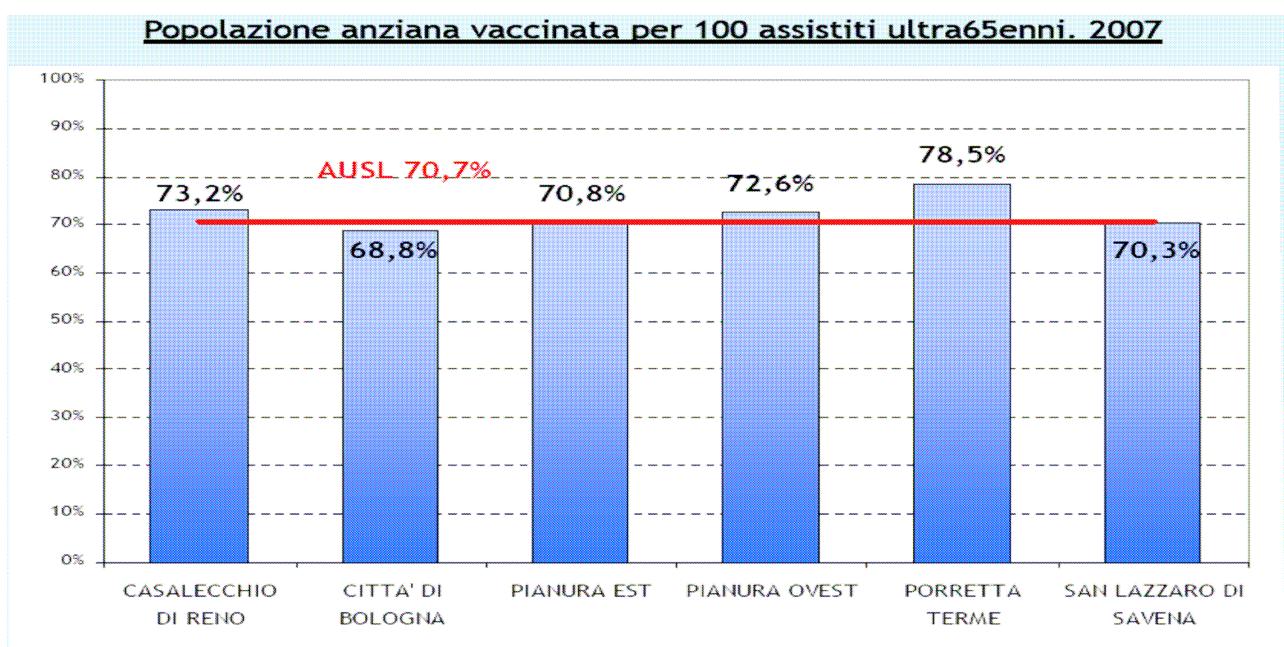
1.4. Vaccinazioni

L'obiettivo indicato dal Piano Nazionale Vaccini è di raggiungere coperture superiori al 95% per le vaccinazioni obbligatorie dei nuovi nati contro difterite, tetano, poliomielite, epatite B.

Nella provincia di Bologna, nel 2007 i dati di copertura all'età di 24 mesi per le vaccinazioni obbligatorie in tutti i territori dell'area provinciale mostrano valori superiori al 95%, con valori massimi (circa il 99%) a Imola e Porretta.

Nel Distretto di Porretta Terme, e nei Distretti di Imola e Pianura Ovest, si registra la massima copertura per le vaccinazioni di più recente introduzione, contro il meningococco e pneumococco.

Il Distretto di Porretta Terme presenta la percentuale più alta dell'Azienda USL relativamente alla popolazione anziana vaccinata con antinfluenzale.



1.5. Pronto Soccorso

Accessi al Pronto Soccorso non seguiti da ricovero per 1.000 residenti – 2007

Codice di accesso		CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE ROSSO	TOTALE
PORRETTA TERME	0-14	131,93	235,44	10,49	.	377,86
	15-64	124,64	213,41	10,42	0,46	348,93
	65-74	96,65	166,82	8,05	.	271,53
	75-84	109,43	183,61	14,55	0,2	307,79
	85++	97,97	184,69	21,95	0,54	305,14
	totale	120,24	207,46	10,89	0,33	338,92
BOLOGNA	0-14	135,53	365	41,21	0,06	541,8
	15-64	113,7	284	41,72	0,65	440,08
	65-74	97,43	218,81	62,06	1,27	379,56
	75-84	95,33	260,94	107,29	2,2	465,77
	85++	71,78	285,58	146,11	2,65	506,13
	totale	111,39	284,21	53,4	0,86	449,86
REGIONE	0-14	107,53	306,64	15,27	0,13	429,57
	15-64	62,55	246,48	15,03	0,35	324,41
	65-74	50,7	229,49	24,85	0,95	305,99
	75-84	51,69	299,03	39,75	1,75	392,21
	85++	41,46	336,15	54,99	3,43	436,03
	totale	65,42	259,45	19,47	0,6	344,93

Fonte: Banca dati Regionale ASA (assistenza specialistica ambulatoriale) - anno 2007

Nota: Questa tabella riporta il numero di accessi, non seguiti da ricovero, al Pronto Soccorso da parte dei residenti; gli accessi sono ripartiti per codice di accesso attribuito al paziente. Anche in questo caso l'indice esprime genericamente il livello di utilizzo del Pronto Soccorso da parte della popolazione. I codici rossi si riferiscono a pazienti deceduti in pronto soccorso o trasferiti ad altro ospedale.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Tabella 5 - Indice di consumo per categoria aggregata per 1.000 residenti – anno 2007

Azienda e distretto di residenza		Diagnostica	Laboratorio	Riabilitaz.	Prestazioni Terapeutiche	Visite	TOTALE
PORRETTA TERME	00-14	710	3.844	88	200	924	5.767
	15-64	1.243	9.438	345	333	1.108	12.468
	65-74	2.550	20.391	1.028	909	3.072	27.951
	75-84	2.471	22.580	937	1.033	3.943	30.964
	85++	1.460	19.219	372	558	2.837	24.447
	Tasso specifico	1.435	11.406	441	448	1.605	15.335
	Tasso standardizzato	1.427	11.375	438	439	1.586	15.265
di cui Mobilità Passiva extra-regionale	00-14	7	31	0	2	18	58
	15-64	32	123	0	13	24	192
	65-74	53	237	6	13	28	338
	75-84	33	246	2	5	22	308
	85++	19	289	0	5	22	335
	Tasso specifico	31	140	1	10	24	206
	Tasso standardizzato	31	144	1	11	24	211
BOLOGNA	00-14	773	3.270	110	124	869	5.146
	15-64	1.352	9.572	543	312	1.098	12.877
	65-74	3.059	19.455	1.846	1.026	3.093	28.479
	75-84	3.039	22.146	1.874	1.166	3.928	32.153
	85++	1.738	18.643	805	636	2.576	24.397
	Tasso specifico	1.644	11.386	770	460	1.605	15.865
	Tasso standardizzato	1.616	11.180	751	450	1.568	15.564
REGIONE	00-14	605	2.841	162	104	749	4.460
	15-64	1.172	8.950	373	303	1.019	11.817
	65-74	2.658	19.151	1.061	1.030	2.742	26.642
	75-84	2.477	21.128	951	1.198	3.336	29.089
	85++	1.316	16.823	425	747	2.142	21.453
	Tasso specifico	1.378	10.568	473	447	1.405	14.271
	Tasso standardizzato	1.383	10.616	475	448	1.407	14.328

Fonte: Banca dati Regionale ASA (assistenza specialistica ambulatoriale)- anno 2007

Nota: Sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale 2007. La Tabella riporta l'indice di consumo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale aggregate in 5 categorie. L'indice di consumo (IC) è il rapporto tra il numero delle prestazioni ambulatoriali consumate dai residenti di una data area (regione, Azienda Usl, distretto) e la popolazione residente nella medesima area per 1.000 abitanti. Questo indice esprime genericamente il numero di prestazioni consumate per unità di popolazione e misura pertanto il livello di utilizzo delle strutture ambulatoriali da parte della popolazione. Le prestazioni sono quelle erogate, a carico SSN, a favore della popolazione in tutte le strutture pubbliche e private italiane nel 2007. Nel totale sono riportati un tasso specifico e un tasso standardizzato che permette la confrontabilità distretto-Azienda-Regione.

Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

Assistenza al parto

Tabella 6 - Numero di parti e percentuale parti cesarei per punto nascita – 2007

PUNTO NASCITA	Residenti distretto: n°parti	Residenti distretto: % cesarei	Residenti AUSL: n°parti	Residenti AUSL: % cesarei	Residenti Regione E.R.: n°parti	Residenti Regione E.R.: % cesarei
MAGGIORE - BO	245	31,8	2.619	28,8	2.763	28,7
PORRETTA TERME	135	6,7	149	7,4	153	7,2
S.ORSOLA-MALPIIGHI-BO	114	28,9	2.846	31,7	3.254	33,2
BENTIVOGLIO	2	0	873	30,1	986	30,6
S.MARIA NUOVA-RE	2	100	8	50	2.362	30,5
SCANDIANO	1	0	2	0	705	30,8
CARPI	1	0	12	16,7	1.568	19,9
IMOLA	1	0	60	18,3	1.118	29,5
CENTO	1	0	210	18,6	705	19,6
FAENZA	1	100	22	31,8	866	23
CESENA	1	100	9	66,7	2.111	20,5
OSPEDALI RIUNITI-PR	1	100	3	66,7	2.361	37,8
POLICLINICO-MO	1	0	45	44,4	3.113	32,5
ARCISPEDALE S.ANNA-FE	1	100	45	51,1	1.260	35,4
PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	1	0	24	0	57	0
PIACENZA	0 .	.	.	.	1.208	36
FIORENZUOLA D'ARDA	0 .	.	1	100	754	33,2
FIDENZA	0 .	.	.	.	660	24,7
BORGO VAL DI TARO	0 .	.	.	.	217	31,3
GUASTALLA	0 .	.	1	100	679	30,8
MONTECCHIO EMILIA	0 .	.	1	0	841	30
CASTELNOVO NE' MONTI	0 .	.	1	100	258	39,5
MIRANDOLA	0 .	.	6	50	583	28,6
PAVULLO NEL FRIGNANO	0 .	.	1	0	481	22,9
OSPEDALE DEL DELTA	0 .	.	2	50	528	24,1
RAVENNA	0 .	.	10	30	1.288	31,9
LUGO	0 .	.	5	40	1.045	21,6
FORLI'	0 .	.	3	66,7	1.461	29,7
RIMINI	0 .	.	7	42,9	2.341	30,2
NUOVO OSP. SASSUOLO	0 .	.	3	33,3	1.045	31,1
CITTA' DI PARMA	0 .	.	1	100	345	57,4
VILLA REGINA	0 .	.	8	87,5	11	90,9
TOTALE	508	24,8	6.977	29,7	37.127	29,8

Fonte: Banca dati Regionale CEDAP (Certificato d'assistenza al parto) - anno 2007

La tabella riporta il numero di parti presso i punti nascita della Regione, per le residenti nel Distretto, nell'Azienda o nella Regione. Viene inoltre riportata la quota percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti. Si riportano per completezza tutte le % di parti cesarei per distretto, anche se calcolate su piccoli numeri

2. Ambito sociale e socio-sanitario (area minori, anziani, disabili, immigrazione, esclusione sociale)

2.1. Area minori (di 18 anni) del Distretto di Porretta Terme

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	Note
<i>Minori in carico sulla popolazione minore 2006</i>	836 su 8.413 9,9% Di cui il 49,0% stranieri	Superiore al dato provinciale (8,5%)	
<i>Minori in affido familiare sul totale provinciale 2007</i>	8 su 292 2,7%		
<i>Minori in comunità sul totale provinciale 2006</i>	16 su 390 4,1% Di cui il 1 straniero (6,3%)		
<i>Minori in comunità: variazione % 2003-2006</i>	2003 – 18 2006 – 16 -11,1%	Inferiore al dato provinciale (+90,2%)	

Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

Offerta distrettuale di servizi educativi*

Sede territoriale	N. Servizi	Tipologia del servizio	N. Totale posti	Di cui part-time	Retta		Retta		Domande in lista d'attesa al 31/12/08	
					Tempo Pieno		Part time			
					(onnicomprensiva all'utente)	(onnicomprensiva all'utente)	Retta min	Retta max		
Servizi educativi (*) a gestione pubblica										
Grizzana Morandi	1	Nido d'infanzia	21	0	€ 160,00	€ 410,00	€ 136,00	€ 348,50	0	
Marzabotto	1	Nido d'infanzia	54	0	€ 86,00	€ 396,00	€ 73,10	€ 336,60	13	
Monzuno	1	Nido d'infanzia	34	0	€ 63,00	€ 429,00	€ 56,70	€ 386,10	0	
Porretta Terme	1	Nido d'infanzia	32	12	€ 154,50	€ 405,00	€ 134,50	€ 385,00	0	
Vergato	1	Nido d'infanzia	36	0	€ 160,00	€ 410,00	€ 136,00	€ 348,50	11	
TOTALE	5		177	12					24	
Servizi educativi (*) a gestione privata convenzionati										
Castiglione dei Pepoli	1	Nido d'infanzia	14	0						
Gaggio Montano	1	Nido d'infanzia	35	0						
Grizzana Morandi	1	Micronido	8	0						
Grizzana Morandi	1	Micronido	2	0						
Grizzana Morandi	1	Educatrice domiciliare	4	0						
Vergato	1	Micronido	4	0						
TOTALE	6		67	8						
Servizi educativi (*) a gestione privata non convenzionati										
Castiglione dei Pepoli	1	Nido d'infanzia	26	0	€ 42000		€ 320,00			
Grizzana Morandi	1	Micronido	2	0	€ 600,00					
Grizzana Morandi	1	Micronido	10	0	€ 600,00					
Grizzana Morandi	1	Educatrice domiciliare	1	0	€ 500,00					
Vergato	1	Micronido	9		€ 721,14					
Vergato	1	Piccolo gruppo educativo	5	0	€ 650,00					
TOTALE	6		53	0						

* Nidi, Micronidi, Educatrice domiciliare(Piccolo Gruppo Educativo), Sezioni di nido aggregate (Sezioni Primavera), Nidi aziendali, Nidi part time, di cui alla direttiva regionale n. 646/2005

Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

Tipologia servizi educativi	N. Servizi	N. Totale posti	Di cui part-time	Retta Tempo Pieno (onnicomprensiva all'utente)		Retta Part time (onnicomprensiva all'utente)	
				Retta min	Retta max	Retta min	Retta max
Servizi educativi (*) a gestione pubblica	5	177	12	63,00	429,00	56,70	386,10
Servizi educativi (*) a gestione privata convenzionati	6	67	8	160,00	721,14	136,00	556,92
Servizi educativi (*) a gestione privata non convenzionati	6	53	0	650,00	650,00	552,5	552,5
Totale	17	297	20				

* Nidi, Micronidi, Educatrice domiciliare(Piccolo Gruppo Educativo), Sezioni di nido aggregate (Sezioni Primavera),

Nidi aziendali, Nidi part time, di cui alla direttiva regionale n. 646/2005

2.2. Area anziani

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	Note
<i>Area domiciliarità</i>			
Anziani con assegni di cura sul totale provinciale 2006	393 su 4.940 7,9%		
Anziani con assegno di cura sul totale pop >75 2006	5,9%	Superiore al dato provinciale (4,3%)	
Anziani assistiti in SAD sul totale pop > 75 2006	3,2%	In linea con il dato provinciale (3,2%)	
Anziani assistiti in AD oneri adi sul totale provinciale 2006	35 su 941 (3,7%)		
Anziani > 75 assistiti in AD oneri adi 2006 sul totale pop > 75	0,5%	Inferiore al dato provinciale (0,8%)	
Anziani coinvolti in programmi di dimissioni protette sul totale provinciale 2007	16 su 1.343 1,2%		
<i>Area residenzialità</i>			
<i>Strutture convenzionate</i>			
Posti convenzionati in strutture residenziali per non autosufficienti su popolazione > 75 2006	2,1%	Inferiore al dato provinciale (2,6%)	
Soggetti in lista d'attesa per i posti residenziali sul totale provinciale 2006	80 su 1.803 (4,4%)		
Numero anziani inseriti su posto convenzionato 2006	98		
Posti convenzionati in strutture semiresidenziali per non autosufficienti su popolazione > 75 2006	0,2%	Inferiore al dato provinciale (0,5%)	
<i>Strutture autorizzate</i>			
Posti non convenzionati in strutture residenziali sul totale provinciale 2006	626 su 4.197 (14,9%)		
Posti non convenzionati in strutture semi residenziali sul totale provinciale 2006	23 su 359 (6,4%)		
Posti per accoglienza temporanea di sollievo sul totale provinciale 2006	3 su 73 (4,1%)		

Utenti del servizio di assistenza domiciliare comunale						
Utenti in carico al	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2006	31/12/2007	30/06/2008
Distretto di Porretta Terme	39	39	38	35	32	35

Fonte: Azienda USL Servizio Assistenza Anziani

Dati relativi ad assegni di cura, Case protette, Centri diurni, Assistenza domiciliare integrata				
	2005	2006	2007	2008
Assegni di cura				
Utenti totali	291	393	562	676
Utenti nuovi anno	110	184	306	255
Lista d'attesa	227	0	0	0
Case protette	2005	2006	2007	2008
Posti convenzionati	156	164	173	177
Utenti inseriti	278	250	246	334
Lista d'attesa	78	80	104	125
Centri diurni	2005	2006	2007	2008
Posti convenzionati	13	13	13	13
Utenti inseriti	5	4	5	2
Tot utenti fruitori del servizio	11	12	10	12

Fonte: Azienda USL Servizio Assistenza Anziani

Assistenza Domiciliare Integrata

Pazienti per 1.000 residenti per classe di età e livello di attività assistenziale anno 2007

Livello intensità assistenziale		Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità	Non definibile	TOTALE
PORRETTA TERME	0-14	0,28	0,55	.	.	0,83
	15-64	0,71	1,99	1,01	.	3,7
	65-74	8,21	18,74	8,67	0,15	35,78
	75-84	38,11	73,57	22,34	0,61	134,63
	85++	71,2	185,22	46,57	0,54	303,53
	totale	6,99	15,78	5,05	0,09	27,91
BOLOGNA SUD	0-14	0,3	0,64	0,4	0,01	1,35
	15-64	0,76	1,2	0,96	.	2,93
	65-74	7,42	13,04	6,87	0,02	27,36
	75-84	37,18	58,12	17,94	0,15	113,4
	85++	97,2	140,52	35,23	0,28	273,23
	totale	8	12,31	4,26	0,03	24,59
REGIONE	0-14	0,17	0,28	0,25	0,11	0,8
	15-64	0,77	0,67	0,72	0,67	2,83
	65-74	7,87	6,28	5,24	6,75	26,14
	75-84	38,02	24,9	12,02	31,22	106,16
	85++	103,44	64,54	22,98	84,77	275,74
	totale	7,81	5,27	2,8	6,45	22,33

Fonte: Banca dati Regionale ADI (assistenza domiciliare integrata) - anno 2007

Nota: la Tabella riporta il livello di utilizzo del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per i residenti. In

particolare viene indicato il numero di pazienti seguiti in ADI per mille residenti (rapporto tra il numero di pazienti seguiti nell'anno e popolazione residente) distinto per livelli di intensità assistenziale. I livelli di intensità misurano la complessità sanitaria e socio-assistenziale dei casi assistiti in regime di cure a domicilio. I livelli (bassa, media o alta intensità sanitaria) vengono assegnati ai pazienti durante gli episodi di cura a seconda delle caratteristiche individuate dalle Commissioni Professionali Domiciliari sulla base delle indicazioni regionali.

2.3. Area disabili

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	Note
<i>Disabili in carico sul totale provinciale 2006</i>	192 su 3.262 6,0%		
<i>Variazione adulti disabili in carico 2004-2006</i>	2004 – 142 2006 – 195 +37,3%	+9,1%	
<i>Posti e utenti in strutture residenziali 2006</i>	Posti – 19 Utenti – 25		
<i>Posti e utenti in strutture semiresidenziali 2006</i>	Posti – 61 Utenti – 58		
<i>Utenti assegni di cura per disabili gravi sul totale provinciale 2006</i>	22 su 225 9,8%		
<i>Utenti assegni di cura per disabili con gravissime disabilità acquisite sul totale provinciale 2006</i>	6 su 79 7,6%		
<i>Utenti disabili adulti in borsa lavoro sul totale degli utenti in carico 2006</i>	8,7%	Inferiore al dato provinciale (15,5%)	
<i>Utenti disabili adulti in assistenza domiciliare riab- educ sul totale degli utenti in carico 2006</i>	1,5%	Inferiore al dato provinciale (33,0%)	
<i>Utenti disabili adulti in assistenza domiciliare (SAD) sul totale degli utenti in carico 2006</i>	11,8%	Superiore al dato provinciale (9,7%)	
<i>Utenti disabili adulti in strutture residenziali sul totale degli utenti in carico 2006</i>	12,8%	Superiore al dato provinciale (13,2%)	
<i>Utenti disabili adulti in strutture semiresidenziali sul totale degli utenti in carico 2006</i>	29,7%	Superiore al dato provinciale (25,9%)	

2.4. Area Immigrazione

Sulla quasi totalità del territorio provinciale sono attivi sportelli informativi specializzati per immigrati.

Nel Distretto di Porretta Terme risultano attivo n. 10 sportelli informativi, che coprono, secondo una concordata organizzazione territoriale, cittadini di tutti i tredici comuni del Distretto.

In materia di "lavoro domestico" ovvero di assistenza familiare, secondo i dati disponibili presso l'INPS, nella Provincia di Bologna sono presenti al 31/12/2006, 10236 lavoratori domestici, in maggior parte donne straniere.

Nel Distretto di Porretta Terme, dal 2007 è attivo un servizio di rilevanza distrettuale, con funzioni di consulenza, informazione, formazione ed inclusione sociale, rivolto a questa categoria di lavoratori e di lavoratrici nonché alle famiglie che vivono a mante persone non autosufficienti.

2.5. Area Esclusione sociale

Nel campi nomadi esistenti in provincia di Bologna si stima la presenza di 696 persone Sinte o Rom, poco più della metà delle quali è nel Capoluogo. Il Distretto di Porretta Terme non è interessati da questo fenomeno.

Nel Distretto di Porretta Terme non si registrano senza fissa dimora in carico ai servizi: tale fenomeno è concentrato a Bologna-città.

3. Ambito educativo e socio-educativo

3.1 I servizi educativi 0-3 anni del Distretto di Porretta Terme

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Servizi educativi 0-3</i>			
<i>Bambini iscritti al nido a.s 2005/06</i>	155		
<i>Domande non soddisfatte sul totale delle domande presentate per il nido a.s. 2005/2006</i>	21,4%	Superiore al dato provinciale (12,6%)	
<i>Bambini frequentanti servizi integrativi, educatrici familiari, educatrici domiciliari sul totale dei bambini frequentanti i servizi 0-3 a.s. 2005/2006</i>	3,1%	Inferiore al dato provinciale (9,6%)	

3.2 La scuola d'infanzia, primaria e secondaria di primo grado del Distretto di Porretta Terme

<i>Scuola d'infanzia</i>		
<i>Strutture private sul totale delle strutture a.s. 2006/2007</i>	17,2%	Inferiore al dato provinciale (28,4%)
<i>Bambini disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	1,1%	Inferiore al dato provinciale (1,3%)
<i>Bambini disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	-16,7%	Inferiore al dato provinciale (+26,5%)
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	15,7%	Superiore al dato provinciale (10,1%)
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+34,0%	Inferiore al dato provinciale (+43,3%)
<i>Scuola primaria</i>		
<i>Bambini disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	2,4%	Inferiore al dato provinciale (2,7%)
<i>Bambini disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+40,0%	Superiore al dato provinciale (25,4%)
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	16,4%	Superiore al dato provinciale (11,8%)
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+49,2%	Inferiore al dato provinciale (+57,6%)
<i>Scuola secondaria di I grado</i>		
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	2,9%	Inferiore al dato provinciale (3,6%)
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+46,2%	Superiore al dato provinciale (+19,2%)
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti</i>	16,1%	Superiore al dato provinciale

Distretto di Porretta Terme
Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009 - 2011

<i>a.s. 2006/2007</i>		(11,1%)
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti:</i>	+75,6%	Superiore al dato provinciale (+51,4%)
<i>variazione % 2003-2006</i>		
<i>Ripetenti: variazione % 2003-2006</i>		
	-13,3%	Inferiore dal dato provinciale (-6,2%)
<i>Scuola secondaria di II grado</i>		
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	1,8%	Inferiore al dato provinciale (2,0%)
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti:</i>	+30,0%	Superiore al dato provinciale (+23,8%)
<i>variazione % 2003-2006</i>		
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	8,4%	Superiore al dato provinciale (7,2%)
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti:</i>	+45,8%	Inferiore al dato provinciale (+79,4%)
<i>variazione % 2003-2006</i>		
<i>Ripetenti: variazione % 2003-2006</i>	-8,5%	Inferiore al dato provinciale (+9,0%)
<i>Ritirati: variazione % 2003-2006</i>	-7,0%	Superiore al dato provinciale (-10,2%)

4. Ambito formativo e lavoristico

4.1 Utenti inseriti in cooperative sociali di tipo "b" o in percorsi socio-occupazionali nel Distretto di Porretta Terme

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Utenti in cooperative sociali di tipo b sul totale provinciale 2005</i>	3 su 386 0,8%		
<i>Utenti in percorsi socio-occupazionali sul totale provinciale 2005</i>	133 su 1.169 11,4%		

5. Ambito abitativo

A livello provinciale, le azioni messe in campo dal pubblico appaiono in questo settore ancora insufficienti (emblematico il numero di domande ERP insoddisfatte); si tratta di un ambito da tutti riconosciuto come problematico non solo per le fasce di popolazione svantaggiate ma sempre più anche per il cosiddetto ceto medio. Il dato che vede quasi il 70% delle famiglie abitare in case di proprietà (dato inferiore del 10% rispetto a quello indicato dall'Istat per il livello nazionale) non deve soddisfare. Occorre inoltre evidenziare la possibile connessione tra le condizioni abitative e le condizioni di salute.

5.1 Fondo sociale per l'affitto e alloggi ERP

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Domande valide di Fondo sociale affitto: variazione % 2003-2006</i>	+26,4%	Inferiore al dato provinciale (+29,3%)	
<i>Richiedenti alloggi ERP sul totale provinciale 2006</i>	0		
<i>Alloggi occupati sul totale degli alloggi 2006</i>	87,2%	Inferiore al dato provinciale (92,2%)	
<i>Minori sul totale utenti ERP 2006</i>	22,6%	Superiore al dato provinciale (17,4%)	
<i>Stranieri extra UE Assegnatari ERP sul totale assegnatari 2006</i>	9,3%	Superiore al dato provinciale (7,5%)	

6. Capitale sociale

Le indagini sul capitale sociale, inteso come insieme delle risorse solidaristiche e fiduciarie di cui dispone il territorio, mostrano risultati molto positivi per la provincia di Bologna: le ‘reti’ formali ed informali tra i cittadini, antidoto a molti tipi di disagio che possono avere effetti negativi anche sulla salute psico-fisica dei cittadini, appaiono solide. Le forme partecipative individuali, tuttavia, stanno cambiando.

L'incrocio tra l'indice del cosiddetto "capitale culturale individuale" e quello della partecipazione ha consentito al MeDec di sintetizzare 4 profili che descrivono stili diversi di partecipazione civile. L'analisi mostra che il 30% dei cittadini è costituito dai "Partecipativi moderni" (alto capitale culturale; partecipazione significativa); il 20% è rappresentato dai "Partecipativi tradizionalisti" (basso capitale culturale; alta partecipazione); poco più del 20% sono gli "Individualisti" (alto capitale culturale ma poco partecipativi); quasi il 20% è costituito dagli "Estraniati" (basso livello culturale; scarsa partecipazione).

CAPITOLO 3 OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI PER TARGET DI POPOLAZIONE

Legenda

Target*: corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

Obiettivi di integrazione con altre politiche:** fanno riferimento, in modo prioritario ma non esclusivo, a quelle individuate nell'Allegato A) alla DGR 1682/2008 "Prima attuazione del Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010: approvazione delle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011, di linee guida per la partecipazione del Terzo Settore, del programma di formazione e accompagnamento degli operatori", e cioè: politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale.

TABELLA 1 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani X	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X	Prevenzione			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>				

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE (accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>
<ul style="list-style-type: none"> La popolazione anziana autosufficiente ha bisogno di fruire di proposte di incontro, socializzazione, anche nella convinzione che le persone anziane possono essere una risorsa per le comunità locali. Le persone anziane necessitano del trasporto non solo per le visite sanitarie ma anche per il tempo libero. Dal Profilo di comunità emerge come il dato distrettuale relativo all'accessibilità ai servizi mediante mezzi pubblici sia di molto inferiore alla media provinciale. I dati del Profilo di comunità, che raccolgono le risultanze della ricerca del MEDEC (Progetto Città sicure – Regione Emilia-Romagna), evidenziano, nella popolazione anziana, un forte e diffuso bisogno di sicurezza. La <i>paura</i>, in particolare della criminalità e del diverso, ostacola tra l'altro la partecipazione alla vita pubblica e culturale, e contribuisce a creare isolamento sociale.

<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>
<p style="text-align: center;"><i>Partecipazione alla vita pubblica e culturale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sviluppo di proposte culturali innovative e adeguate alle nuove generazioni di anziani, per promuoverne la vita di relazione e la partecipazione attiva Sperimentazione di forme di residenzialità innovativa, tali da favorire la vita di relazione e lo scambio intergenerazionale (es. condomini solidali, cohousing ...) Implementazione di politiche dei trasporti e della mobilità attente allo sviluppo di percorsi protetti per la mobilità cittadina e allo sviluppo di alternative al mezzo privato più adeguate alle esigenze e alle condizioni degli anziani Integrare, a livello di ogni Comune, le politiche dei trasporti e della mobilità tramite Progetti di Taxi sociale, rivolti a gruppi omogenei di destinatari Sostenere Progetti di Servizio Civile che operano nell'ambito dell'integrazione intergenerazionale

TABELLA 2 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani X	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>	Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>				

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE <input type="checkbox"/>
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ I dati demografici evidenziano nel Distretto una particolare rilevanza dell'incidenza della popolazione di età superiore ai 75 anni e di famiglie unipersonali, composte da anziani soli ▪ I dati di accesso alla rete dei servizi del Distretto mostrano un incremento di anziani che accedono ai servizi della non autosufficienza, superiore alla dinamica dell'andamento demografico ▪ Mancano sufficienti proposte capaci di rappresentare validamente alternative leggere agli interventi <i>hard</i> dedicati alla non autosufficienza

OBIETTIVO/I PRIORITY/RI IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI
<p style="text-align: center;"><i>Prevenzione della non autosufficienza</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrire un sostegno agli anziani che vivono in condizione di solitudine, anche nella collaborazione con il terzo settore e valorizzando le esperienze consolidate; ▪ Consolidare ed estendere il sistema di prevenzione già delineato, e in particolare consolidare i progetti di mappatura e monitoraggio della fragilità già avviati (e-Care, telesoccorso, la mia casa sicura, progetto PRI-ER, emergenza caldo) ▪ Coinvolgere i nuclei di cure primarie, migliorando l'informazione sui progetti e sulle attività della rete dei servizi distrettuali ▪ Sostenere i progetti locali a favore di nuclei omogenei promossi dai Comuni, dalle organizzazioni del Terzo settore e dai gestori privati

TABELLA 3 a - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*																
Respons.tà Familiari <input checked="" type="checkbox"/>	Infanzia e adolescenza <input checked="" type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input checked="" type="checkbox"/>	Disabili <input checked="" type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input checked="" type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input checked="" type="checkbox"/>	Salute mentale <input checked="" type="checkbox"/>	Dipendenze <input checked="" type="checkbox"/>								
FINALITÀ																
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione			Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>												
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE X □ <i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>																
<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>																
Il Profilo di comunità offre ancora pochi dati (o nessuno) relativamente alla fase dell'accesso alla rete dei servizi (PARTE II: Servizi, risorse informali, domanda espressa e domanda soddisfatta). Questa carenza indica chiaramente la necessità dell'ulteriore sviluppo di un sistema omogeneo e condiviso di strumenti di rilevazione del bisogno e di gestione a livello provinciale, e la creazione di una banca dati unica e condivisa																
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>																
<i>Sviluppo dell'accesso alla rete dei servizi</i>																
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizzare un sistema omogeneo e condividere strumenti di gestione a livello provinciale, al fine di garantire omogeneità di trattamento, attraverso l'utilizzo di un unico strumento e la creazione di una banca dati unica e condivisa ▪ Qualificare la rete distrettuale degli sportelli sociali, anche attraverso lo sviluppo e la piena copertura territoriale del sistema Garsia per l'accesso e la continuità assistenziale, al fine di ridurre le barriere (psicologiche, culturali, fisiche) nell'accesso ai servizi dovute alla complessità della rete dell'offerta, allo scarso coordinamento delle diverse agenzie, istituzioni, soggetti responsabili dell'offerta stessa, alla scarsa trasparenza dei criteri e procedure di accesso ▪ Favorire pari opportunità, omogeneità di trattamento ed equità nelle prestazioni, nonché promuovere e supportare l'integrazione sociosanitaria ▪ Assicurare che i cittadini che si rivolgono allo Sportello sociale o agli attuali punti di accesso distrettuali ai servizi - Sportello Unico e Punto Unico di Accesso - siano presi in carico in modo da poter usufruire sia dei servizi sociali che di quelli sanitari in base ai loro bisogni, senza dover cercare autonomamente le informazioni relative all'uno o all'altro sistema. 																

TABELLA 3 b - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*														
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	Infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani X	Disabili <input checked="" type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input checked="" type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>						
FINALITÀ														
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>	Prevenzione X			Cura/Assistenza X										
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE X <input type="checkbox"/>														
<p>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</p>														
<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>														
<ul style="list-style-type: none"> - Bisogno di riequilibrare il sistema distrettuale degli interventi a sostegno della domiciliarità per la popolazione anziana (assegni di cura, assistenza domiciliare, centro diurno e dimissioni protette) - Bisogno di rinnovamento dell'offerta per la popolazione disabile adulta. In particolare, si segnala ancora una rete disegnata sui bisogni dell'utenza storica, sbilanciata verso interventi educativi e riabilitativi pensati per una popolazione in età evolutiva, e a volte poco adeguata ai bisogni di riabilitazione o di conservazione dell'autonomia propri di utenti divenuti adulti o avviati verso la terza età, e ancor meno adeguata ai bisogni di persone divenute disabili in età adulta per cause traumatiche o patologiche. 														
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>														
<p style="text-align: center;">Sviluppo dell'offerta di servizi domiciliari in base a modelli di assistenza più efficienti, più capaci di sostenere l'autonomia residua e più vicini ai bisogni delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie</p> <p>Realizzare un sistema integrato di risposta alla cronicità per garantire sostegno alla permanenza al proprio domicilio dell'anziano non autosufficiente dando piena attuazione ai modelli di domiciliarità, così come indicato dalla delibera regionale 1206/2007. Avviare un lavoro di approfondimento su:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assistenza domiciliare: qualificazione ed incremento dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata, affrontando le criticità relative a tempestività di attivazione dell'AD e della rete dei servizi, continuità dei percorsi di cura e assistenza, competitività, efficacia ed efficienza del servizio, modifica dei modelli organizzativi ▪ assegni di cura, compresa l'integrazione ex allegato 3 DGR 1206/2007 ▪ centri diurni: con l'obiettivo di incrementare l'offerta di posti disponibili e di definire un modello maggiormente flessibile, fruibile (es. orari di apertura) e integrato, consolidamento e riqualificazione degli interventi socio-educativi ed assistenziali in centro diurno per disabili adulti (Centri socio-riabilitativi diurni e Centri socio-occupazionali) ▪ assistenti familiari, con l'obiettivo di un loro progressivo inserimento nella rete dei servizi aggiornando le proposte e le analisi già elaborate nel 2008 (Progetto Sportello assistenti familiari). ▪ dimissioni protette, con l'obiettivo di giungere ad un'effettiva operatività del Programma di dimissioni protette, che assicuri alle persone non autosufficienti dimesse dall'ospedale la continuità assistenziale e l'adeguatezza dei percorsi assistenziali ▪ accoglienza temporanea di sollievo, con l'obiettivo di garantire una adeguata assistenza personale in situazioni di emergenza; garantire un periodo di sollievo per coloro che assistono persone non autosufficienti; assicurare l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale. ▪ promozione della tutela e strumenti di protezione giuridica ▪ percorsi di autonomia e "dopo di noi" 														

TABELLA 3 c - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*									
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	Infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani X	Disabili X	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>	
FINALITÀ									
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>	Prevenzione				Cura/Assistenza X				

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	X <input type="checkbox"/>
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>	

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>	
Bisogno di riequilibrare il sistema distrettuale degli interventi a sostegno della residenzialità per la popolazione non autosufficiente	
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>	
<i>Creare una offerta di servizi residenziali adeguata e sostenibile per rispondere ai bisogni delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rispondere al mutamento della struttura familiare e dei bisogni della popolazione non autosufficiente, in riferimento alla specificità del territorio distrettuale ▪ Realizzare un sistema integrato di risposta alla cronicità ▪ Completare la rimodulazione della rete distrettuale di assistenza residenziale e prevedere un adeguamento dell'offerta residenziale in grado di garantire risposte a diversi bisogni con diverse intensità di cure, per dare risposte articolate e flessibili sia per la temporaneità che per la permanenza prolungata 	
<i>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **</i>	
Sviluppo dell'integrazione professionale e della comunicazione organizzativa tra Servizio Assistenza Anziani e Sportelli Sociali.	

TABELLA 4 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*									
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili X	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>	
FINALITÀ									
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X				Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)	

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>	
Necessità di migliorare l'accessibilità delle persone con disabilità a tutti gli ambiti di vita e alle opportunità presenti nel territorio	
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>	
<p style="text-align: center;"><i>Accesso e integrazione dei disabili</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorire l'integrazione sportiva delle persone disabili ▪ Mettere a sistema gli strumenti informativi sui servizi disponibili, l'utenza, ecc. 	
<i>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **</i>	
Dare piena attuazione a quanto previsto nei Piani strutturali comunali in merito all'urbanistica e all'accessibilità dei disabili, anche in relazione al tema trasporti pubblici.	

TABELLA 5 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*																
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza X	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili X	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>								
FINALITÀ																
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X	Prevenzione			Cura/Assistenza X												
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE X <i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>																
<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>																
<p>In aumento il numero di persone con disabilità, in particolare minori, per i quali è necessario attivare servizi a sostegno dell'integrazione scolastica ed extra-scolastica. In aumento anche gli alunni stranieri con disabilità: la condizione disabile complica ulteriormente il processo di integrazione tra i pari. Il tempo libero delle persone disabili, anche minori, talvolta è trattato in maniera un po' sfuggente e trasversale, come se si trattasse di qualcosa di marginale nella vita delle persone, mentre invece è strettamente connesso alla qualità della vita.</p>																
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>																
<i>Evoluzione dei servizi</i>																
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impegno a definire entro il termine di 6 mesi dall'Atto di indirizzo criteri omogenei per la valutazione dei bisogni e per la definizione di percorsi personalizzati in relazione ai bisogni ▪ Valorizzare e rafforzare lo strumento del PAI e sviluppare la collaborazione e l'integrazione istituzionale attorno ai bisogni individuali e rafforzare la partecipazione degli utenti, delle loro famiglie e delle loro forme associative, ciascuno al proprio livello alla definizione dei progetti assistenziali; ▪ Garantire la qualità dell'intervento e rafforzare la rete tra i soggetti del territorio, istituzionali e non; ▪ Favorire i percorsi di autonomia e vita indipendente, garantire la continuità della presa in carico in tutte le fasi della vita e sostenere la permanenza al domicilio; ▪ Valorizzare il ruolo e l'impegno del Gruppo Operativo distrettuale; ▪ Costruire ed approvare l'Accordo di programma territoriale L. 104. 																
<i>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **</i>																
<p>Attivazione di servizi a sostegno dell'integrazione scolastica e dell'integrazione nel tempo libero.</p>																

TABELLA 6 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili X	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>	Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>				

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>	

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>	
Difficoltà di accesso al mondo del lavoro e a percorsi di vita indipendente dei giovani con disabilità	
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>	
<i>Promozione della vita indipendente</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualificazione dei processi volti all'inserimento e manutenzione dell'inserimento lavorativo, che deve partire da percorsi di formazione qualificanti per il lavoro e prevedere per alcuni anni un accompagnamento della persona inserita, guardando nel suo complesso alla fascia di età 16/25 ▪ Sostegno alle coop. B dando seguito alle disposizioni legislative nazionali e regionali, operando per una loro sempre maggiore qualificazione. ▪ Aumentare l'offerta di appartamenti di sostegno all'indipendenza 	
<i>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrazione con le Politiche occupazionali ▪ Integrazione con le Politiche abitative 	

TABELLA 7 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input checked="" type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input checked="" type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input checked="" type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input checked="" type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>	Prevenzione <input type="checkbox"/> X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>				

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	X
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>	

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>	
Crescono le situazioni di precarietà e difficoltà economia tra le famiglie con figli minori. Gli attuali strumenti di accesso (es. regolamenti Erp, regolamenti contributi) non risultano adeguati (spesso sono ‘datati’) a leggere le attuali situazioni di bisogno, più o meno urgente, e quindi a rispondere con opportuni interventi. Rilevanti anche le differenze tra i comuni del distretto. Le difficoltà economiche delle famiglie rendono talvolta inaccessibile l’attività sportiva, ambito di prevenzione di estrema importanza.	

<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>	
<i>Sostegno alle famiglie in difficoltà</i>	
<p>Attivare, a livello distrettuale, un piano di Sostegno alle famiglie in situazione di difficoltà economica e precarietà attraverso interventi in particolare sull’area abitativa, lavorativa, fiscale e tariffaria dei servizi e contributiva. Realizzando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Progetti di microcredito ▪ Accordi per sostenere l’acquisto della prima casa ▪ Protocolli per l’attivazione di misure anti-crisi (borse lavoro/contributi/percorsi formativi per cassaintegrati e capofamiglia che hanno perso il lavoro) 	

TABELLA 8 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*														
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza X	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili X	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>						
FINALITÀ														
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione X			Cura/Assistenza X								
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE														
<p>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</p>														
<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>														
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento delle domande di servizi per la prima infanzia (soprattutto nidi) da parte delle famiglie. ▪ Bisogno di potenziare i servizi di prevenzione a sostegno della genitorialità (Centri per le famiglie, Consultori e Servizi di neuropsichiatria) ▪ Bisogno di potenziare i programmi di supporto ai genitori, con particolare riferimento all'adolescenza ▪ Bisogno di luoghi di incontro informale tra le famiglie 														
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>														
<p style="text-align: center;"><i>Sostegno alle famiglie nelle funzioni di cura e agli interventi educativi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potenziamento e l'ampliamento dei servizi di nido e dei centri per bambini e genitori; ▪ Sostegno ai centri per le famiglie e potenziamento del raccordo con i consultori; ▪ Offrire attività rivolte al sostegno della genitorialità in tutte le fasi di crescita dei figli o di difficoltà della coppia; ▪ Valorizzazione del ruolo dei consultori e dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza nel realizzare efficaci forme di prevenzione; ▪ Realizzare azioni rispetto all'adolescenza, periodo di "passaggio" durante il quale possono manifestarsi forme varie di disagio e di difficoltà personale ed intrafamiliare; ▪ Costruire e rafforzare le reti di fiducia tra le persone, potenziando non solo l'erogazione di servizi ma anche le possibilità di incontro informale tra famiglie (mutuo-aiuto, scambi di tempo e solidarietà tra famiglie). 														

TABELLA 9 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza X	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/> X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	X	<input type="checkbox"/>
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>		

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>
In aumento il numero dei minori in carico e inseriti in comunità di accoglienza (spesso anche con la madre); molto problematico si conferma l'affidamento di adolescenti presso famiglie. Forte complessità nella gestione dei casi che riguardano minori stranieri non accompagnati. La complessità dei casi sui quali intervenire richiede il coinvolgimento di diverse figure professionali e servizi, da cui la necessità di una forte collaborazione e integrazione.
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>

Sostegno a famiglie e minori in difficoltà e prevenzione del disagio

- Potenziamento dei servizi per realizzare azioni di prevenzione del disagio e di sostegno/recupero delle competenze genitoriali attraverso la valutazione e una presa in carico multidisciplinare (sociale, sanitaria, educativa); il rafforzamento dei servizi territoriali, il mantenimento di servizi/equipe specializzate di ambito sovraterritoriale su temi specifici (affidamento familiare, accoglienza in comunità, adozione; Centro provinciale multiprofessionale contro l'abuso e il maltrattamento); la prosecuzione del lavoro dei Tavoli provinciali, il potenziamento del rapporto tra Tribunale Minori/servizi (buone prassi, intese, protocolli...).
- Attivazione di progetti o risposte sovradistrettuali per specifiche tematiche (pronto intervento e pronta accoglienza, minori stranieri non accompagnati, comunità educativo-terapeutiche).
- Ampliamento del numero, specializzazione, qualificazione delle comunità di accoglienza e delle famiglie affidatarie e avvio delle azioni previste nella direttiva regionale sull'accoglienza.
- Mantenimento delle azioni di formazione e valutazione delle famiglie disponibili all'adozione e sostegno delle famiglie adottive nel post-adozione e attenzione al limitare le liste d'attesa.
- Consolidamento del raccordo tra i servizi sociali e sanitari e il Centro multiprofessionale "Il Faro" per le azioni contro il maltrattamento e l'abuso, nonché il raccordo con la scuola e i servizi educativi.

TABELLA 10 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza X	Giovani X	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>	Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>				

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	X
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>	

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>	
Dalla scuola proviene una richiesta di supporto e collaborazione con i servizi del territorio: a fronte delle tante situazioni di disagio e difficoltà degli alunni (immigrati, disabili, ma non solo) talvolta le competenze degli insegnanti devono essere supportate, da cui la necessità di poter disporre di operatori specializzati, come mediatori interculturali, alfabetizzatori, educatori che possano intervenire sugli alunni ma anche sulla famiglia per prevenire anche il disagio dovuto alle difficoltà dei genitori, alla mancanza di strumenti culturali, alla povertà, ecc.	

<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>	
<i>Prevenire il disagio scolastico</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuazione di strategie e di linee guida per contrastare l'evasione dall'obbligo scolastico e formativo; ▪ Sostegno agli adolescenti e giovani inseriti nel percorso scolastico, della formazione professionale e apprendistato e attenzione all'entrata nel lavoro, anche attraverso il potenziamento di attività quali il servizio di tutoring, offerto presso i Centri per l'Impiego in collaborazione nel territorio con scuola, FP, Servizi sociali, contesti aggregativi presenti sul territorio; ▪ A livello provinciale consolidamento dei luoghi di programmazione e coordinamento (Conferenza Provinciale allargata e Gruppo interistituzionale: progettazione condivisa delle risorse; promozione di accordi e protocolli; valorizzazione e diffusione delle iniziative; promozione e sostegno ai centri risorse a livello provinciale); a livello territoriale, consolidamento dei luoghi di programmazione e coordinamento attraverso i tavoli tematici e le conferenze territoriali per il miglioramento dell'offerta formativa, per la promozione e attivazione di accordi, protocolli, convenzioni tra le scuole, gli enti locali; per la definizione delle modalità di intervento, degli impegni e delle opportunità che consentano di ottimizzare le risorse. 	

TABELLA 11 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani X	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani	Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>				

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)	<input type="checkbox"/>

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>
Per contrastare e prevenire le situazioni di disagio vissute da adolescenti e giovani del territorio i servizi ravvisano la necessità di costruire e rafforzare i luoghi di confronto e programmazione congiunta tra diverse figure professionali (non solo sociali) che operano sul territorio e di continuare a proporre le opportunità/attività più vicine al mondo dei giovani (es. musica, internet...).
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>
<p style="text-align: center;"><i>Valorizzare la partecipazione attiva dei giovani</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizzazione di un portafoglio delle politiche giovanili; ▪ Rafforzamento del rapporto tra istituzioni, associazionismo e scuola a favore della famiglia e dei giovani; ▪ Consolidamento del Tavolo tematico sulle politiche giovanili distrettuale, con la partecipazione di tutte le professionalità e le organizzazioni del terzo settore che si occupano di politiche giovanili, e mantenimento della relazione organizzativa con il Coordinamento provinciale e con il Focus permanente delle politiche giovanili quali interlocutori privilegiati in materia di politiche giovanili ▪ Mantenimento delle azioni di prossimità; ▪ Sviluppo degli interventi in raccordo con la scuola sulla promozione della salute e prevenzione; ▪ Potenziamento dei centri di aggregazione.

TABELLA 12 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*									
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili X	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>	
FINALITÀ									
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani			Prevenzione X				Cura/Assistenza X		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)	<input type="checkbox"/>

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>	
Necessità di rafforzare e migliorare la costruzione di progetti di vita dentro e fuori la scuola.	
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>	
<p style="text-align: center;"><i>Attuazione Accordo quadro L. 104/92, per l'integrazione dei Minori disabili</i></p> <p>Piena attuazione della L. 104/92 in particolare attraverso la realizzazione di quanto contenuto nell'Accordo di programma provinciale per l'integrazione scolastica e formativa dei bambini e alunni disabili che ridefinisce i luoghi e gli strumenti di programmazione e di verifica, i tempi e le responsabilità di ciascuno ed introduce la definizione dei "Criteri diagnostici" per la certificazione. L'Accordo Quadro andrà declinato ed articolato nell'Accordo Territoriali di ambito distrettuale, per migliorare il coordinamento tra servizi scolastici, territoriali ed extrascolastici, in particolare individuando i tavoli tematici e le Conferenze territoriali come luoghi di programmazione per una efficace integrazione delle risorse.</p>	

TABELLA 13 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani	Disabili X	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	X <input type="checkbox"/>
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>	

BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE	
<p>Crescono le difficoltà di accesso alla casa attraverso i tradizionali accessi al mercato privato, da cui derivano le domande di sostegno e aiuto ai servizi. Emerge quindi la necessità di ripensare gli strumenti di accesso, anche in termini di maggiore omogeneità a livello distrettuale (in particolare i regolamenti) per poter cogliere meglio il bisogno e le situazioni dei nuclei familiari. Il Profilo di comunità fa emergere uno scarso utilizzo, tanto nel nostro distretto quanto a livello provinciale di strumenti quali i contratti a canone concordato, che costituiscono solo il 10,4% dei contratti stipulati nel corso del 2004 in provincia di Bologna: anche lo sviluppo di tale "pratica" può essere di supporto alle famiglie con i redditi più bassi, che non riescono ad accedere al mercato ma nemmeno possono aspirare all'alloggio "popolare". È evidente la connessione tra le condizioni abitative e le condizioni di salute. La carenza di risorse disponibili impedisce ai Comuni di compensare la pressione crescente della domanda abitativa rendendo disponibile una maggior percentuale di alloggi di ERP non occupati. Emerge, in negativo, la necessità di evidenziare che, diversamente da molte condizioni diffuse, i cittadini stranieri assegnatari di un alloggio ERP non costituiscono più del 7,5% sul totale degli assegnatari nella provincia di Bologna (dati ACER 2006)</p>	

OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI	
<i>Difficoltà di accesso alla casa</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rivedere i criteri di accesso degli interventi pubblici a favore della casa (Erp, fondo sociale affitto, appartamenti per l'emergenza); ▪ Rafforzare il raccordo e il coordinamento di tutti i comuni del distretto sul tema, anche per agire sui livelli provinciale e regionale; ▪ Rafforzare le sinergie dei Comuni con il privato; ▪ Favorire l'accesso ai contributi e alla consulenza qualificata e multiprofessionale per l'adattamento dell'ambiente domestico. 	

TABELLA 14 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale X	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE

(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE

Crescono le problematiche di accesso al lavoro, data la situazione generale di crisi economica: emerge la necessità di ripensare gli interventi in essere. La situazione del mercato del lavoro suggerisce di prestare attenzione alla combinazione far fattori lavorativi e fattori sia familiari che istituzionali. Emerge la necessità d approfondire le ragioni delle differenze territoriali riscontrabili nella Provincia di Bologna delle connotazioni assunte dal fenomeno degli incidenti sul lavoro

OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

Lavoro

- Valorizzare le esperienze in essere, in particolare le cooperative sociali di tipo B;
- Mettere in maggiore risalto i temi dell'ambiente e del lavoro e integrare con una riflessione sulle ricadute che questi temi hanno sia sulla salute che sul sociale;
- Realizzare un protocollo d'intesa sulle misure straordinarie a favore delle famiglie per contrastare l'attuale crisi economica;
- Potenziare le misure per l'inserimento al lavoro delle categorie svantaggiate, nell'ottica di un ampliamento delle tipologie di utenti destinatari, della personalizzazione dell'intervento, della unitarietà e continuità dei servizi che accompagnano la vita delle persone dall'adolescenza all'età adulta: servizi educativi e sociali, centri per l'impiego;
- Aumentare l'efficacia degli interventi attraverso l'integrazione tra Sportelli sociali e Centri per l'impiego e rafforzare gli interventi di formazione, orientamento, supporto a favore di quelle categorie di lavoratori e lavoratrici più esposti al rischio della disoccupazione perché con contratti caratterizzati da forte precarietà e destrutturazione.

*OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE ***

Sviluppare l'integrazione professionale e la comunicazione organizzativa (GARSIA) tra gli Sportelli sociali ed il Centro per l'Impiego.

TABELLA 15 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani X	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>	Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>				

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE

(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE

I giovani rappresentano una risorsa poco valorizzata in ambito lavorativo e sociale e come tali necessitano di maggiori opportunità, anche di protagonismo. Tra questi in particolare i giovani immigrati costituiscono una fascia di popolazione che incontra difficoltà ancora maggiori dei loro coetanei italiani ad accedere alle opportunità (es. lavorative, formative) loro rivolte. In alcuni casi si tratta di giovani molto consapevoli dei loro diritti e delle difficoltà culturali e di identità (connesse al percorso migratorio loro o dei genitori), che necessitano di opportunità che consentano loro di esprimere le loro potenzialità. Emerge quindi il bisogno di costruire percorsi di integrazione e di prevenire forme di esclusione, di disagio e di devianza.

OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

Accesso dei giovani al mondo del lavoro

- Rafforzare il riferimento al lavoro sociale in favore dei giovani;
- Recepire la legge regionale sui giovani, che consente un più significativo collegamento dei temi di agio e disagio;
- Intervenire in favore delle seconde generazioni di immigrati come potenziale capitale sociale;
- Contribuire alla creazione di una "comunità competente" capace di riflettere ed utilizzare strumenti culturali di approfondimento e confronto su temi e problemi rilevanti per il proprio contesto e la società più complessivamente intesa.

TABELLA 16 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>
<p>Le persone immigrate hanno necessità di accedere maggiormente ai servizi e alle opportunità del territorio, ciò anche per una loro più complessiva integrazione nei contesti sociali.</p> <p>Data la dimensione, sempre più di tipo familiare dell'immigrazione, i servizi devono attrezzarsi con adeguate competenze interculturali.</p> <p>Emerge la dimensione non solo problematica dell'immigrazione (immigrati in condizioni di marginalità o coinvolti in percorsi di illegalità) ovvero la necessità di valorizzare l'aspetto della normalità (presenza di alunni stranieri nelle scuole di ogni ordine e grado, stranieri titolari d'impresa, numero di matrimoni misti, presenza di associazioni interculturali) della ricchezza collegata all'immigrazione.</p>

<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>
<p style="text-align: center;"><i>Immigrati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuare nell'offerta di percorsi di alfabetizzazione e apprendimento della lingua italiana; ▪ Promuovere forme di integrazione sociale e partecipazione, anche attraverso forme nuove di coinvolgimento; ▪ Valorizzare il ruolo e le attività del Centro interculturale di Monzuno, quale servizio a rilevanza distrettuale; ▪ Garantire la continuità dei servizi di mediazione linguistico-culturale; ▪ Sperimentare nuove forme d'intervento, culturalmente sensibili; ▪ Sostenere l'associazionismo tra i giovani delle seconde generazioni di immigrati; ▪ Favorire l'ingresso delle seconde generazioni di immigrati tra il personale dei servizi pubblici e del privato sociale.

TABELLA 17 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>
Necessità di contrastare le crescenti situazioni di isolamento sociale anche con un rafforzamento delle reti sociali e dell'auto aiuto.
Necessità di compensare o attenuare il divario creato dal cosiddetto "digital divide", ovvero della disparità esistente tra chi è in grado di usufruire di tecnologie e chi non lo è.
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>
<i>Isolamento sociale</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rilanciare i valori sociali della convivenza; ▪ Far emergere ed intervenire sui problemi di isolamento sociale e culturale.

TABELLA 18 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>
Aumento delle situazioni di disagio e di povertà anche economica che richiedono un forte raccordo tra ambiti di intervento differenti (sociale, casa, lavoro, sanità).
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>
<p style="text-align: center;"><i>Nuove povertà</i></p> <p>Analizzare dal punto di vista quali-quantitativo il fenomeno nella sua declinazione distrettuale: chi sono i "nuovi poveri"? Quanti sono i poveri e gli esclusi?</p> <p>Valorizzare la capacità di solidarietà/accoglienza del contesto sociale, espressa sia dai singoli cittadini che da loro organizzazioni.</p>

TABELLA 19 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>
Necessità di informare maggiormente sul tema della violenza (intra familiare in primis), di far conoscere i servizi e gli interventi ai quali rivolgersi in caso di bisogno (in primis la Casa delle Donne). Bisogni formativi per gli operatori che si occupano di seguire persone che hanno subito violenza.
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>
<i>Contrasto alla violenza sulle donne</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accoglienza e attività di ascolto e sostegno alle donne adulte che contattano il centro antiviolenza a causa di problematiche personali legate al maltrattamento subito, prevalentemente da parte di uomini che, nella maggior parte dei casi, sono i loro partner, o lo sono stati; ▪ Aumentare la consapevolezza sociale della drammaticità della diffusione della violenza alle donne che, in ogni parte del mondo, sta aumentando; ▪ Aumentare la consapevolezza che non si tratta solo di un grave problema personale delle donne a cui capita, ma che è un drammatico e diffuso problema sociale e culturale che riguarda tutte le donne e tutti gli uomini. Non solo, quindi, le donne maltrattate o gli uomini violenti che ne sono i principali autori.

TABELLA 20 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>
Individuazione di linee strategiche comuni di intervento a livello distrettuale e provinciale per affrontare il fenomeno dello sfruttamento della prostituzione.
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>
<i>Contrasto allo sfruttamento della prostituzione</i>
Studiare una strategia distrettuale in raccordo con la Provincia di contrasto allo sfruttamento della prostituzione, stabilendo un collegamento provinciale o interdistrettuale e rafforzando il collegamento con quanto realizzato dalla Casa delle donne a Bologna e nel Distretto.

TABELLA 21 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani X	Anziani X	Disabili X	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X	Prevenzione			Cura/Assistenza X				

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	X
(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)	

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>	
Bisogno di più servizi a sostegno dello sviluppo del territorio e del benessere dei cittadini. Le donne avvertono ed esprimono prima e con più forza il bisogno di potenziare tanto le infrastrutture materiali, come le reti per la mobilità e i trasporti, quanto i servizi sociali, sanitari o educativi.	
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>	
<p style="text-align: center;"><i>Promuovere un'ottica di genere in tutte le politiche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conciliazione dei tempi di vita, di cura e di lavoro; ▪ Sostegno alla maternità e alla qualità delle relazioni familiari; ▪ Miglioramento dell'accesso delle donne immigrate ai servizi; ▪ Contrasto alle condizioni di isolamento sociale delle donne straniere impegnate in lavori di cura; ▪ Attenzione alle particolari condizioni di occupabilità delle giovani donne istruite, occupate più dei loro compagni in lavori atipici e con reti di sicurezza spesso insufficienti a consentire una maternità, anche quando desiderata; ▪ Attenzione all'utilizzo degli spazi pubblici da parte dei cittadini di ogni età per stimolare il superamento della solitudine e dell'isolamento in favore di una coesione ed integrazione sociale allargata ed aperta; ▪ Maggiore partecipazione delle donne, e in particolare della fascia debole rappresentata dalle donne immigrate, agli screening per la salute della popolazione. 	

TABELLA 22 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET*																
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza X	Giovani X	Anziani X	Disabili X	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale X	Dipendenze X								
FINALITÀ																
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X	Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>												
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE																
<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p><i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i></p>																
BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE																
<p>Bisogno di valorizzare e sostenere il tessuto di relazioni formali e informali, le reti di collaborazione e le istituzioni sociali che favoriscono l'azione collettiva, il senso di solidarietà civile e dell'appartenenza, che costituiscono storicamente una caratteristica del nostro territorio, e ne costituiscono la principale ricchezza, vera e propria infrastruttura sociale che ha avuto un ruolo determinante per il benessere e lo sviluppo della nostra regione.</p>																
OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI																
<p style="text-align: center;"><i>Riconoscere e rafforzare la Partecipazione dell'associazionismo, del volontariato, della cooperazione sociale, dei sindacati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Riconoscere e valorizzare la partecipazione dell'associazionismo e del volontariato, del terzo settore, della cooperazione sociale e dei sindacati di categoria; ▪ Riconoscere il valore del lavoro sociale come bene di tutta la comunità, e aderire appieno alle priorità e ai contenuti del Patto per la qualità e lo sviluppo del lavoro sociale sottoscritto dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria il 13 giugno 2008, in continuità con quanto condiviso nel Protocollo d'accordo tra Cooperazione sociale, Sindaci, Provincia di Bologna, Organizzazioni Sindacali del 2005; ▪ Promuovere azioni e attività a sostegno della cooperazione sociale di tipo B, finalizzata all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, e a sostenere iniziative di formazione e qualificazione delle competenze imprenditoriali e manageriali nel mondo cooperativo. 																

TABELLA 23 - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:

TARGET*								
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza X	Giovani X	Anziani X	Disabili X	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale X	Salute mentale X	Dipendenze X
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza X		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	X
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>	

<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</i>	
<u>Fra benessere e malessere.</u>	L'analisi del sistema complessivo dell'offerta non di rado propone un certo 'affaticamento' dei servizi nel continuare a dare risposta ai bisogni dei cittadini che sono effettivamente in aumento, ma anche sempre più diversificati. Ciò non può essere sconnesso dal dato delle dinamiche demografiche, che evidenziano una crescita delle popolazioni potenzialmente bisognosa di cura, educazione, ecc. (anziani, disabili, minori in particolare), ma anche all'aumento delle cosiddette malattie del benessere (obesità), nonché dall'aumento di situazioni di disagio ed estraneità sociale che si concretizzano in problematiche di dipendenza (da fumo, da alcool, e da sostanze, anche se con trend diversi) e di disagio psichico. Cattivi stili di vita incidono fortemente sull'aumento del bisogno di cura, espresso e non.
<u>Sfide e risorse di una società oggi multietnica.</u>	Una società sempre più multiculturale porta con sé ricchezze, ma anche problematiche diverse, non di rado di emergenza, da affrontare nel quotidiano. L'esigenza di costruire efficaci percorsi di accoglienza e di integrazione per i cittadini stranieri rappresenta per i servizi (educativi, sociali, sanitari, lavorativi/formativi) una sfida impegnativa. I dati sui risultati scolastici negativi degli studenti stranieri, l'inserimento lavorativo delle donne immigrate quasi esclusivamente in attività di cura o pulizia, l'aumento degli episodi discriminatori rappresentano segnali di una 'fatica' di questi cittadini ad inserirsi nella società italiana/bolognese. L'immigrazione straniera, sempre più di tipo familiare, porta con sé, per i servizi, problematiche 'vecchie' (quali, ad esempio, la precarietà economica o il problema dell'accesso ad un'abitazione), ma anche questioni 'nuove' da connettere alla specifica condizione di migrante (dai ricongiungimenti familiari, al tema delle cosiddette seconde generazioni solo per fare alcuni esempi), che richiedono ai servizi medesimi di attrezzarsi con adeguate competenze interculturali. Per quanto riguarda la dimensione di genere, per alcuni nazionalità, è in gioco il cammino verso una più solida identità individuale e sociale in relazione ad un rapporto che le donne intrattengono con il mercato del lavoro e alla loro partecipazione alla vita della comunità locale. Di certo va rimarcato come l'immigrazione rappresenti una risorsa importante per il mercato del lavoro in alcuni settori e mestieri (emblematico il caso delle assistenti familiari) e, più in generale, attraverso prelievi fiscali e contributi previdenziali; da non dimenticare, anche nel contesto bolognese, la presenza di situazioni di riduzione e mantenimento in schiavitù che portano i percorsi migratori a connettersi alla criminalità o a situazioni di illegalità.
<u>Un ambito territoriale con il capoluogo</u>	Le peculiarità dell'area territoriale della Provincia di Bologna sono bene evidenziate dai dati proposti

nel Profilo di comunità: il capoluogo, città di media dimensione, ma con caratteristiche di area metropolitana, raccoglie fasce significative di disagio più o meno conclamato, grave, ed in ogni caso sfaccettato. Emblematico il dato dei minori stranieri non accompagnati comunque raddoppiati in pochi anni a Bologna-città. Il tema della concentrazione del disagio estremo nel capoluogo non è certo nuovo, come testimonia l'elevata presenza di situazioni di disagio adulto e povertà estrema (ad esempio, senza fissa dimora) che confluiscono in carico ai servizi bolognesi. Inoltre, il mutare continuo delle problematiche relative all'esclusione sociale in senso lato, il modificarsi del bisogno che arriva ai servizi (nella percezione degli operatori) rendono ancora più complesso offrire risposte armoniche e tempestive, in particolare riguardo alle 'nuove' povertà.

Occuparsi di famiglia: fra agio e disagio, fra cura e assistenza, fra auto e non autosufficienza.

Gran parte del sistema di offerta cerca di rispondere ai bisogni mutevoli delle famiglie che sono in misura sempre maggiore composte da soli anziani. Si vive di più, aumentano le possibilità di non vivere bene, di non essere autosufficienti. Anziani, disabili presentano bisogni vecchi e nuovi cui fare fronte. La rete di servizi per anziani si presenta oggi significativamente potenziata (in tutte le tipologie di servizi) e qualitativamente diversificata. I presupposti del Fondo regionale della non autosufficienza (FRNA), il sostegno alla domiciliarità e l'integrazione socio-sanitaria sembrano trovare significative applicazioni nel territorio bolognese. Il sistema generalmente non sembra in affanno, anche se non mancano in questo settore fasce di bisogno nuove cui si cerca di dare risposta. Ma non si può rinunciare a valutare i servizi, rivederne le vocazioni (emblematici casi del centro diurno, dell'assistenza domiciliare, ad esempio) proprio per utilizzare al meglio le significative risorse, frutto di una precisa scelta politica e della corresponsabilizzazione dei cittadini. Per quanto riguarda i disabili, appare evidente l'aumento del carico per i servizi, dovuto al complessificarsi delle patologie legate all'universo disabili. Da diversi anni viene implementata la rete di servizi residenziali, domiciliari, di prossimità. E tale implementazione comporta la stretta connessione fra politiche sociali, sanitarie, scolastiche, di inserimento lavorativo, adattamento ambientale e domestico, ecc. Anche per questo comparto delle politiche sarà dirimente l'impulso innovativo che può provenire dall'utilizzo del FRNA per la parte di competenza. Pur con differenziazioni fondamentali fra i due target di popolazione, il sistema dell'offerta presenta alcuni tratti comuni. In generale, si assiste ad una differenziazione dell'accesso alla rete dei servizi (soprattutto fra residenzialità e domiciliarità) a livello distrettuale, sia per gli anziani che per i disabili. Questo dato induce possibilità di confronti fra politiche dei servizi per verificare se e quali scelte risultano maggiormente efficaci. Ma le famiglie sono anche le famiglie con figli minori. In risposta alle complesse ed articolate esigenze dei minori in difficoltà a causa dell'inadeguatezza (o assenza) genitoriale esiste un sistema anche diversificato di servizi territoriali e di comunità di accoglienza MA alcuni dati suggeriscono quanto sia ancora opportuno riflettere su efficacia e impatto di tali servizi. L'arginare o il risolvere tali situazioni implica un enorme lavoro degli operatori, competenze sempre da aggiornare, necessità di un sostegno psicologico ed organizzativo data la gravosità delle situazioni che si incontrano. Quindi: non mancano elementi positivi già citati (generale diversificazione dell'offerta, aumento delle situazioni di affido in seguito a tutela, implementazione del personale per l'adozione, ecc.) che però scontano un problema di fondo, dovuto anche alla inevitabile attrazione esercitata dal polo bolognese: l'offerta sembra non bastare!

Analogo discorso vale per il sostegno alla genitorialità nelle sue molteplici forme. L'implementazione ed il rafforzamento dei servizi educativi, integrativi, innovativi ha dato sicuramente buoni frutti. Anche perché si è avuta una buona valorizzazione delle sinergie pubblico-privato, e una buona differenziazione dell'offerta, in taluni casi un'armonizzazione delle politiche a livello distrettuale.

Famiglie, significa anche famiglie immigrate: quelle che hanno bambini hanno forse qualche "carta in più" a favore della più complessiva integrazione. I dati significativi di presenza di bimbi immigrati nelle scuole (dall'infanzia, alle primarie di primo e secondo grado) sono il segnale di una convivenza già esistente nel quotidiano. Anche il "sistema scuola" risente di qualche fatica testimoniata dai non trascurabili indicatori di insuccesso scolastico, irregolarità/ritardo. La complessità e l'intrecciarsi delle

politiche per la famiglie e per i minori con altre politiche (migratorie, del lavoro, abitative, ecc.) suggeriscono la valorizzazione, in ultima istanza, di interventi più strutturati di integrazione del comparto sociale con tali politiche: un'integrazione gestionale ed operativa, giocata nel quotidiano lavoro degli operatori entro un sistema più complesso di politiche welfare regionali che fa di questa integrazione la bandiera principale (leggi Piano sociale sanitario regionale).

OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

Programmazione, regolazione e committenza nell'ambito dei servizi sociali, sanitari, socio-sanitari e sanitari del territorio distrettuale

Il funzionamento e la manutenzione delle reti richiede quindi una precisa responsabilità tecnica di gestione delle Reti, identificabile in una struttura collocata in ambito distrettuale, unitariamente individuata da Comuni e Azienda USL nell'Ufficio di piano, capace di monitorare, presidiare, stimolare tutti i processi operativi. Questa, peculiare responsabilità tecnica si colloca in una struttura che, in sede distrettuale, ha il compito, più generale e ampio, di garantire l'analisi, la valutazione, la revisione di tutti i principali processi di integrazione socio sanitaria, che devono trovare attuazione, consolidamento e sviluppo nell'ambito della offerta assistenziale prodotta dai servizi socio sanitari di distretto.

OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE

Il superamento della programmazione settoriale verso una decisa ottica di integrazione, in primo luogo tra l'area sociale e sanitaria, ma anche con l'area educativa, della formazione, del lavoro, culturale, dell'abitare ed urbanistica, così come peraltro, esplicitamente previsto dall'art. 19 della L.R. n. 2/2003. Soltanto un approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, può rispondere in maniera adeguata alla complessità dei problemi oggi in campo.

INDICATORI DI RISULTATO

Si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro (composto da referenti degli Uffici di piano dei distretti e dell'Ufficio di supporto alla CTSS) che avvii una riflessione per la predisposizione di specifici strumenti per il monitoraggio e la valutazione

Obiettivi strategici della programmazione sanitaria

Area Programmazione Sanitaria

Il Distretto di Porretta Terme fa parte di una grande Azienda Unità Sanitaria Locale che, proprio in questi mesi, ha intrapreso un ampio percorso di approfondimento e condivisione in merito agli orientamenti ed alle strategie di intervento valide per il prossimo triennio; strategie che coinvolgeranno ed influenzano l'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari che insistono nel suo territorio. Le ricadute del piano strategico aziendale sul Distretto rappresentano la partenza irrinunciabile per delineare un giusto punto di incontro con il contesto locale, con la sua storia ed il suo grado di evoluzione.

Le aree di interesse strategico che l'Azienda USL di Bologna ha preso in considerazione e sulle quali intende investire riguardano: **la rete Ospedaliera della Provincia di Bologna ed i nuovi modelli di assistenza ospedaliera, la nuova governance del territorio; l'approccio diffuso della prevenzione, l'innovazione e la gestione del percorso dei pazienti fragili e cronici, i sistemi di accesso e partecipazione dei cittadini**, e non per ultimo in termini di importanza, **lo sviluppo del capitale umano, la ricerca e l'innovazione**.

Nel trattare le aree di maggior interesse strategico è utile sottolineare alcuni elementi di notevole importanza che si devono considerare patrimonio e valore per tutto il territorio aziendale compreso il Distretto di Porretta Terme.

Prima di tutto va evidenziata come linea di raccordo tra le varie aree una sensibilità ed attenzione costante ai bisogni dei nostri cittadini; tale elemento va collegato, in termini di risposta, ad un approccio sistematico non limitato a settori specifici di intervento. Al di là della necessaria analisi della vocazione della rete dell'offerta sanitaria bolognese, rispetto al contesto nazionale, regionale e locale, si impone una riflessione sulle modalità di integrazione di tutta la filiera: servizi di prevenzione primaria e secondaria, di cura, sia ospedaliera (hub specialistico, ospedale generale, ospedale di prossimità), sia territoriale (attività ambulatoriale specialistica, strutture intermedie - RSA, residenze protette, cure primarie), e di riabilitazione (sia ospedaliera che territoriale).

Nel nuovo quadro epidemiologico e sociale risulta particolarmente importante sostituire la medicina d'attesa con quella di iniziativa, la cura della malattia con la tutela della salute, secondo un approccio proattivo, che cerchi di classificare i cittadini in base a categorie di rischio e di intervenire laddove vi siano più fragilità e incertezza.

Un approccio che cerchi di colmare le disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, andando a sollecitare la trasformazione del bisogno in domanda laddove vi siano meno risorse sociali. Occorre, quindi, consolidare strumenti organizzativi e gestionali che coinvolgano tutti i soggetti impegnati nel percorso di salute dei cittadini e che individui un modello che sviluppi e valorizzi nuove competenze e responsabilità delle diverse figure professionali. Questo per far sì che l'intervento clinico assistenziale venga percepito dal cittadino come una reale presa in carico e, contemporaneamente, realizzi una maggior appropriatezza nell'uso delle risorse.

La governance del territorio nel Distretto di Porretta Terme: il distretto, l'assistenza primaria, la presa in carico e l'accesso.

Il **Distretto** sempre più deve diventare il luogo delle relazioni interistituzionali ponendo l'enfasi su un ruolo di **committenza**, di **garanzia dell'accesso** alle prestazioni/servizi e di capacità di rendicontazione nei confronti dei propri cittadini. L'intercettazione e la lettura dei bisogni attraverso lo sviluppo di **strumenti di valutazione multidimensionale** così come l'individuazione del case

manager appropriato per ogni assistito sono ulteriori elementi di rilievo strategico. Accanto alla ridefinizione ed alla crescita del distretto va associata in modo coerente la riorganizzazione delle Cure Primarie che deve consolidare una modalità di lavoro integrato tra i professionisti per rispondere al meglio ai primi bisogni di salute Le linee strategiche di rilievo per il Distretto di Porretta Terme sono di seguito esplicitate:

- Consolidare l'assetto strutturale ed organizzativo dei **Nuclei di Cure Primarie** coinvolgendo tutti i professionisti che operano nei loro territori (MMG, PLS, medici di CA, Infermieri, Assistenti sociali etc...) e ridefinendone i ruoli. In particolare si concluderà entro il 2009 la progettazione del NCP Avanzato della Valle del Setta e, con l'apertura dei due nuovi Ospedali, sarà possibile a Porretta avviare un ambulatorio di medicina generale gestito dai MMG del Nucleo ed indirizzato a tutti i residenti. A Vergato, invece, si avrà la disponibilità di locali per inserire all'interno degli spazi dedicati all'attività ambulatoriale un gruppo di MMG.
- Con ogni probabilità la linea strategica di maggiore rilevanza per il territorio, è rappresentata dall'impulso costante che si intende imprimere **all'assistenza infermieristica** enfatizzandone il ruolo di soggetto che si prende cura a livello territoriale del paziente cronico favorendo l'integrazione tra i vari professionisti nella presa in carico condivisa. Il prossimo triennio si preannuncia come decisivo nello sperimentare e verificare l'efficacia di progettualità specifiche nei confronti dei pazienti dimessi dall'ospedale, di quelli che accedono frequentemente ai pronto soccorso o di quelli ripetutamente ricoverati. Le prime esperienze di infermiere come **case manager** del territorio sono incoraggianti e da promuovere in collaborazione con i medici di medicina generale, in collegamento con l'ospedale e con la rete dei servizi socio-sanitari nella sua accezione più ampia.
- A sostegno di una miglior **continuità** delle cure, oltre agli ambulatori gestiti dai medici di continuità assistenziale e di medicina generale si realizzerà una "rete" orizzontale tra sedi di C.A. e ambulatori dei MMG e dei PLS. Tale rete permetterà lo scambio di informazioni cliniche relative a pazienti critici assistiti al domicilio o in strutture protette, così da mantenere l'intensità assistenziale anche nei periodi notturni e festivi riducendo il ricorso non necessario al ricovero ospedaliero.
- L'accesso alla **specialistica** continua a perseguire due direttive fondamentali: il governo dei tempi di attesa e la ricerca dell'appropriatezza attraverso il lavoro dei gruppi professionali. La messa in pratica dei Programmi Attuativi Aziendali elaborati dal Programma Aziendale sul Governo della Specialistica, oltre agli interventi ormai consolidati, prevede di dare impulso ad alcune particolari linee di lavoro. La prima riguarda la progettazione di agende di garanzia per alcune e definite prestazioni specialistiche; le agende consentono di avere un punto sul territorio dove il cittadino può essere inviato per ottenere la prestazione entro i termini previsti. La seconda riguarda le agende di prestazioni dedicate agli assistiti dei Medici di Medicina Generale di un determinato Nucleo di Cure Primarie. Il distretto ha iniziato una sperimentazione; ora si tratta di valutare attentamente se e come passare da un intervento settoriale ad uno diffuso su tutto il territorio. Infine, il lavoro integrato dei gruppi di professionisti sulla specialistica finalizzato alla stesura di percorsi assistenziali appropriati continuerà con l'elaborazione di nuovi percorsi per singola branca da applicare poi concretamente sul campo.
- Non ultimo per importanza il supporto ai percorsi di accesso da parte dei **sistemi informatici** rappresenta una priorità strategica che va perseguita costantemente. L'informatizzazione verticale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta attraverso una ulteriore implementazione del progetto SOLE, l'integrazione di Cup con il sistema GESI della

specialistica, lo sviluppo di GARSIA nell’ambito dell’integrazione socio-sanitaria ed un utilizzo degli strumenti informatici finalizzato a collegare lo sportello sociale con lo sportello unico distrettuale sono le prossime linee di lavoro.

L'integrazione

con la rete ospedaliera, con i Dipartimenti e la gestione del percorso dei pazienti fragili e cronici.

Nella logica di sistema richiamata in premessa la gestione del paziente cronico attraverso la filiera assistenziale diventa una priorità strategica.

- In primo luogo si dovrà perseguire una linea di miglioramento quali-quantitativo del percorso di dimissione protetta dall’ospedale al territorio favorendo la crescita delle **Centrali di Continuità Ospedale Territorio** (CCOT). La centrale coordina e favorisce il percorso di dimissione dall’ospedale verso il territorio di un paziente in cui permangono bisogni sanitari e/o socio-assistenziali tali da rendere necessario organizzare, prima della dimissione, una fase di integrazione e coinvolgimento di più e diversi professionisti. L’allargamento a tutti i reparti ospedalieri del percorso di dimissione protetta, l’utilizzo di software adeguati, la centrale come riferimento dei percorsi assistenziali integrati tra più macrogestioni sono le sfide che ci attendono nei prossimi anni.
- L’integrazione con l’Ospedale si esplica per il Distretto di Porretta, in particolare con i percorsi assistenziali condivisi attraverso le procedure per la **gestione del paziente stomizzato** con il l’U.O. di Chirurgia e con il **percorso integrato per le puerpere** con il Punto Nascita dell’Ospedale di Porretta.
- Collegato al tema della dimissione protetta vi è quello delle modalità di accesso dei pazienti in dimissione verso la rete per le **cure intermedie**: ricoveri temporanei e definitivi in Casa Protetta, Lungodegenza, Riabilitazione estensiva.
- Il distretto partecipa e si pone come elemento di garanzia nel promuovere e favorire le **integrazioni con diversi Dipartimenti** aziendali. Alcune aree di lavoro da sviluppare e perfezionare nel corso del triennio sono: la rete cardiologia da integrare con la rete degli specialisti territoriali ed i MMG, anche per la gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco o post infartuati, la rete pneumologica finalizzata a pazienti affetti da BPCO ed in ossigenoterapia domiciliare, la rete delle Cure Palliative per le ricadute nell’ assistenza domiciliare integrata dei pazienti oncologici, il Programma “G. Leggieri” gestito tra Area delle Cure Primarie e Dipartimento di Salute Mentale che vedrà un ampliamento del percorso alla fascia dei minori con il coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta. Di rilievo, e non meno importante, la collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile per un concreto collegamento con le attività del consultorio familiare al fine di agevolare e migliorare i percorsi assistenziali integrati quali, per fare un esempio significativo, il percorso nascita.

La prevenzione come funzione diffusa.

La prevenzione sempre più deve essere considerata come funzione diffusa non più in capo ad un solo dipartimento se pur competente e molto articolato. Le esigenze crescenti di prevenzione sono evidenti e riconosciute in molti settori della programmazione o di intervento: l’approccio preventivo deve coinvolgere a 360 gradi l’intero sistema. Da una prevenzione collettiva e diffusa verso i soggetti sani finalizzata a **promuovere corretti stili di vita**, ad una prevenzione individuale per i cittadini a rischio di malattie acute a una prevenzione per gruppi specifici di cittadini.

Alcuni importanti percorsi sono già in atto ma vanno mantenuti e perfezionati ricordiamo ad esempio gli **screening** dei tumori femminili e del colon retto per cui ci si prefigge di migliorare il tasso di adesione per aumentarne l'efficacia. L'attuazione delle politiche di prevenzione si concretizza in progetti nell'ambito delle patologie cardiovascolari (carta del rischio cardiovascolare), nella prevenzione dell'obesità e delle malattie metaboliche, nell'incidentalità stradale o sul lavoro trovando integrazioni e sinergie in più parti di questo Piano distrettuale della Salute e del Benessere Sociale.

Tabella 1 S – Area Programmazione Sanitaria

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani X	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri X	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE X

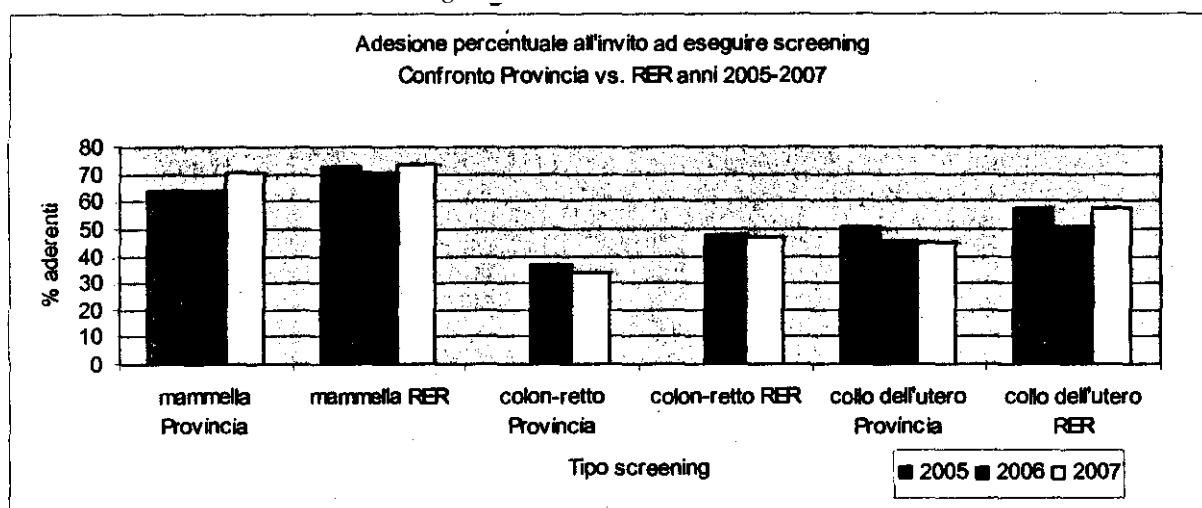
Utilizzo di strumenti organizzativi

BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE:

Screening tumori

In Provincia sono attivi tre screening: per il carcinoma della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto. I primi due screening sono da più tempo attivi. Lo screening per il carcinoma della mammella negli ultimi ha registrato un costante aumento dell'adesione da parte della popolazione target. Tuttavia resta ancora a livelli inferiori rispetto al valore medio regionali.

Lo screening per il carcinoma del collo dell'utero invece pur mantenendo livelli accettabili di adesione ha avuto un calo della stessa nel corso degli ultimi tre anni



Probabilmente la minore adesione va imputata in parte al maggior ricorso dell'assistenza a strutture private. Lo screening per il carcinoma del colon-retto, organizzato da poco, risulta ancora a livelli di adesione bassa owoero attorno al 36,2%.

OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

Sensibilizzare le popolazioni target per promuovere le adesioni agli screening mammografico, al collo dell'utero e del colon retto

OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **

Politiche della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale.

INDICATORI DI RISULTATO***

Aumento delle adesioni agli inviti per 4i screening in atto

TABELLA 2 S – AREA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

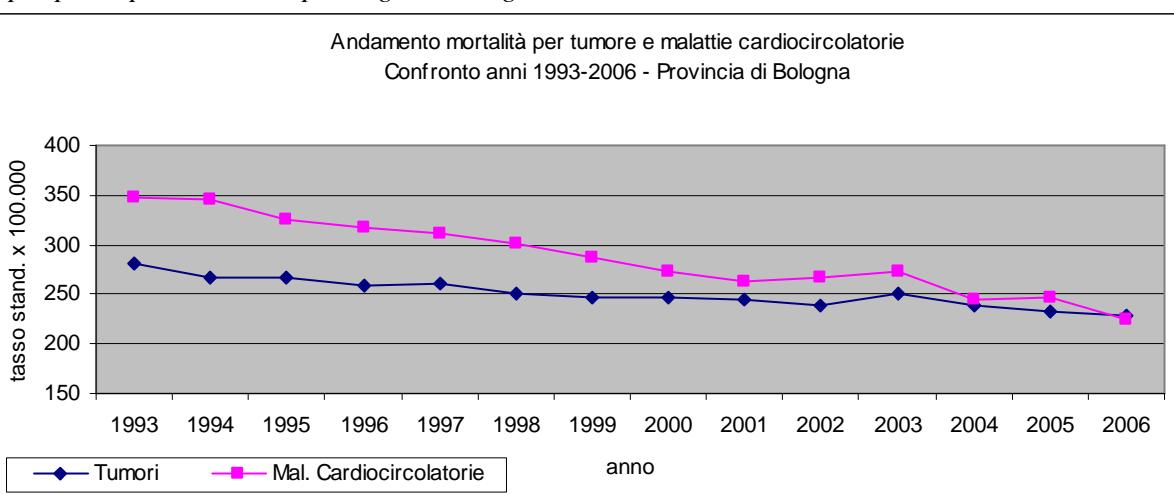
TARGET*																																																					
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani X	Anziani X	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>																																													
FINALITÀ																																																					
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X	Prevenzione			Cura/Assistenza			<input type="checkbox"/>																																														
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE																																																					
<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE:</i>																																																					
<i>Malattie cardiovascolari</i>																																																					
<p><i>Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte per entrambi i sessi, in tutti gli ambiti della Provincia di Bologna. E' evidente come si stia osservando quanto già previsto in passato, ovvero il ruolo sempre più importante delle patologie oncologiche nella distribuzione della mortalità.</i></p>  <table border="1"> <caption>Data extracted from the graph: Mortality rates (per 100,000)</caption> <thead> <tr> <th>Anno</th> <th>Tumori (blu)</th> <th>Mal. Cardiocircolatorie (rosa)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1993</td><td>~280</td><td>~350</td></tr> <tr><td>1994</td><td>~265</td><td>~345</td></tr> <tr><td>1995</td><td>~260</td><td>~330</td></tr> <tr><td>1996</td><td>~255</td><td>~320</td></tr> <tr><td>1997</td><td>~255</td><td>~315</td></tr> <tr><td>1998</td><td>~250</td><td>~300</td></tr> <tr><td>1999</td><td>~245</td><td>~290</td></tr> <tr><td>2000</td><td>~245</td><td>~280</td></tr> <tr><td>2001</td><td>~245</td><td>~265</td></tr> <tr><td>2002</td><td>~240</td><td>~270</td></tr> <tr><td>2003</td><td>~250</td><td>~280</td></tr> <tr><td>2004</td><td>~240</td><td>~255</td></tr> <tr><td>2005</td><td>~235</td><td>~250</td></tr> <tr><td>2006</td><td>~225</td><td>~225</td></tr> </tbody> </table>									Anno	Tumori (blu)	Mal. Cardiocircolatorie (rosa)	1993	~280	~350	1994	~265	~345	1995	~260	~330	1996	~255	~320	1997	~255	~315	1998	~250	~300	1999	~245	~290	2000	~245	~280	2001	~245	~265	2002	~240	~270	2003	~250	~280	2004	~240	~255	2005	~235	~250	2006	~225	~225
Anno	Tumori (blu)	Mal. Cardiocircolatorie (rosa)																																																			
1993	~280	~350																																																			
1994	~265	~345																																																			
1995	~260	~330																																																			
1996	~255	~320																																																			
1997	~255	~315																																																			
1998	~250	~300																																																			
1999	~245	~290																																																			
2000	~245	~280																																																			
2001	~245	~265																																																			
2002	~240	~270																																																			
2003	~250	~280																																																			
2004	~240	~255																																																			
2005	~235	~250																																																			
2006	~225	~225																																																			
<p><i>La mortalità cardiovascolare (ICD IX 401-459) osservata in provincia di Bologna risulta negli ultimi 5 anni disponibili (2002-2006) sistematicamente a valori di tassi inferiori a quelli regionali, ma soltanto negli ultimi tre anni studiati (2004-2006)/a differenza tra i due tenitori è statisticamente significativa.</i></p> <p><i>Il Distretto di Porretta Terme, invece, presenta tassi di mortalità per malattie cardiovascolari più alti di quelli medi provinciali e regionali.</i></p>																																																					
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>																																																					
<p>Sensibilizzare e promuovere le azioni di “buoni stili di vita” di tipo alimentare e motorio.</p>																																																					
<i>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **</i>																																																					
<p><u><i>Politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità e della scuola.</i></u></p>																																																					
<i>INDICATORI DI RISULTATO***</i>																																																					
<p>Diminuzione progressiva nella triennalità della mortalità alla verifica annuale rispetto all'ultimo anno censito per morti dovute a patologie cardiovascolari</p>																																																					

TABELLA 3 S – AREA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

TARGET*									
Respons.tà Familiari X	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani X	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/> X	
FINALITÀ									
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X				Cura/Assistenza X		

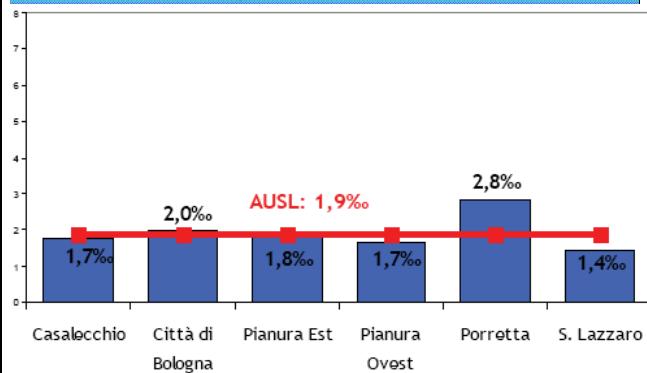
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	X <input type="checkbox"/>
UTILIZZO DI STRUMENTI ORGANIZZATIVI	
Riferiti all'integrazione gestionale e professionale sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche.	

BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE:

Dipendenza da alcool e droghe

Il Distretto di Porretta Terme presenta il più alto tasso di alcoolisti dell'Azienda USL e uno dei più bassi di tossicodipendenti.

Utenti ALCOOLISTI per 1.000 residenti 15-64aa. 2007



Utenti TOSSICODIPENDENTI per 1.000 residenti 15-54aa. 2007



*Popolazione alocoldipendente in carico: nel 2007 pari a 104 utenti
Popolazione tossicodipendente in carico nel 2007 pari a 96 utenti*

OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

Sensibilizzare e promuovere le azioni di contrasto alle dipendenze da alcool e fumo.

*OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE ***

Politiche della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale.

*INDICATORI DI RISULTATO****

Tendenziale stabilizzazione progressiva alla verifica annuale del numero dei nuovi utenti censiti da servizi (sociale e SerT) rispetto agli utenti in carico nel 2008

TABELLA 4 S – AREA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

TARGET*																																																					
Respons.tà Familiari □	infanzia e adolescenza □	Giovani X	Anziani □	Disabili □	Immigrati stranieri □	Povertà e Esclusione sociale □	Salute mentale □	Dipendenze □																																													
FINALITÀ																																																					
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani X			Prevenzione X			Cura/Assistenza □																																															
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE X																																																					
<i>sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche</i>																																																					
<i>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE:</i>																																																					
Prevenzione incidenti stradali																																																					
<i>Incremento di incidentalità in ambito stradale in special modo nel target giovani</i>																																																					
<table border="1"> <caption>Andamento tassi standardizzati decessi per incidente stradale (Provincia di Bologna anni 1993-2006)</caption> <thead> <tr> <th>Anno</th> <th>Femmine (tasso stand. x 100.000)</th> <th>Maschi (tasso stand. x 100.000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1993</td><td>9.5</td><td>30.5</td></tr> <tr><td>1994</td><td>11.5</td><td>31.0</td></tr> <tr><td>1995</td><td>13.5</td><td>30.0</td></tr> <tr><td>1996</td><td>9.5</td><td>29.5</td></tr> <tr><td>1997</td><td>10.5</td><td>31.5</td></tr> <tr><td>1998</td><td>9.5</td><td>30.5</td></tr> <tr><td>1999</td><td>7.5</td><td>25.0</td></tr> <tr><td>2000</td><td>8.5</td><td>28.5</td></tr> <tr><td>2001</td><td>11.0</td><td>25.0</td></tr> <tr><td>2002</td><td>5.5</td><td>24.0</td></tr> <tr><td>2003</td><td>8.0</td><td>24.5</td></tr> <tr><td>2004</td><td>6.5</td><td>19.0</td></tr> <tr><td>2005</td><td>7.0</td><td>16.0</td></tr> <tr><td>2006</td><td>7.5</td><td>21.0</td></tr> </tbody> </table>									Anno	Femmine (tasso stand. x 100.000)	Maschi (tasso stand. x 100.000)	1993	9.5	30.5	1994	11.5	31.0	1995	13.5	30.0	1996	9.5	29.5	1997	10.5	31.5	1998	9.5	30.5	1999	7.5	25.0	2000	8.5	28.5	2001	11.0	25.0	2002	5.5	24.0	2003	8.0	24.5	2004	6.5	19.0	2005	7.0	16.0	2006	7.5	21.0
Anno	Femmine (tasso stand. x 100.000)	Maschi (tasso stand. x 100.000)																																																			
1993	9.5	30.5																																																			
1994	11.5	31.0																																																			
1995	13.5	30.0																																																			
1996	9.5	29.5																																																			
1997	10.5	31.5																																																			
1998	9.5	30.5																																																			
1999	7.5	25.0																																																			
2000	8.5	28.5																																																			
2001	11.0	25.0																																																			
2002	5.5	24.0																																																			
2003	8.0	24.5																																																			
2004	6.5	19.0																																																			
2005	7.0	16.0																																																			
2006	7.5	21.0																																																			
<i>Esistono, comunque differenze territoriali significative; in effetti nel periodo 1993-2006 la mortalità per incidente stradale è stata significativamente più alta nei due distretti della pianura rispetto sia al valore medio provinciale che ai distretti di Bologna Città, Casalecchio di Reno e Porretta Terme.</i>																																																					
OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI																																																					
<i>Sensibilizzazione alla prevenzione dell'incidentalità in genere in particolar modo stradale.</i>																																																					
OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **																																																					
<i>Politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità.</i>																																																					
INDICATORI DI RISULTATO***																																																					
<i>Diminuzione progressiva del numero degli incidenti /anno nelle varie aree d'intervento:</i>																																																					
<i>Incidenti stradali</i>																																																					
<i>Incidenti domestici</i>																																																					
<i>Incidenti sul lavoro</i>																																																					

Obiettivi strategici triennali inerenti la salute mentale

La Cabina di regia regionale del 20 gennaio 2009 ha esaminato, esprimendo parere favorevole, la proposta di Piano Triennale sulla Salute mentale 2009-2011 (cfr comunicazione regionale del 09.02.2009, PG 32743) che contiene tra l'altro un piano di riorganizzazione della rete dei Servizi sociosanitari per la salute mentale. La proposta terminerà l'iter amministrativo di approvazione dopo la conclusione del confronto ancora in corso (20 febbraio 2009) con le parti sociali e le associazioni degli utenti e dei familiari.

Il Piano di cui sopra prevede che la politica di salute mentale regionale si articoli nella creazione di due sistemi tra loro coordinati, ad entrambi i quali partecipino tutti gli attori pubblici e privati:

- il sistema di comunità;
- il sistema di cura.

Il sistema di comunità sarà coordinato dagli Enti locali, in quanto titolari di tutte le politiche locali in grado di incidere sulla tutela del benessere sociale e mentale della popolazione di riferimento.

La scelta di affidare agli Enti locali, con il supporto dei Servizi sanitari, ed in particolare del Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche (DSM-DP), il coordinamento del sistema di comunità per la salute mentale è coerente con una visione secondo la quale la salute è un bene la cui tutela prevede, oltre ad azioni di cura e di riabilitazione, anche attività di prevenzione e promozione che devono trovare il coinvolgimento di altri Servizi (come ad esempio quelli afferenti le politiche sociali e del lavoro) e di tutta la collettività. La salute mentale è un'area che più di altre ha bisogno del supporto della sfera sociale e collettiva, essendo fortemente influenzata dalle modalità del vivere sociale, dai cicli economici e dall'attività delle istituzioni di un territorio.

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale ha previsto la creazione di un sistema integrato dei Servizi assegnando agli Enti locali compiti specifici nella realizzazione e nel coordinamento di un sistema di comunità che presidii prevenzione e promozione della salute, comunicazione sociale, interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria.

A livello distrettuale sarà necessario consolidare le modalità operative che già ora consentono l'integrazione e definirne anche di nuove a partire dalla presa in carico comune. Saranno dunque confermati gli spazi di discussione, programmazione e realizzazione che già hanno contribuito alla costruzione del presente Piano e ne saranno definiti nuovi laddove il Comitato di Distretto, in qualità di organo di governo distrettuale, ne riscontri la necessità.

Il Piano della Salute Mentale 2009-2011 conterrà disposizioni inerenti il livello territoriale ed il livello residenziale.

Il livello territoriale comprenderà le attività di sostegno al reddito, le politiche abitative, le politiche di accesso al mondo del lavoro, l'assistenza domiciliare, la promozione della salute mentale, la prevenzione e le attività di sussidiarietà orizzontale.

Il livello residenziale verrà ridefinito suddividendolo in due settori: sanitario e sociosanitario.

Il segmento sanitario è costituito da tutte le residenze autorizzate ed accreditate ai sensi della DGR 327/04 (Trattamento Intensivo, Protratto e Socio-Riabilitative). Queste tre tipologie di residenze, nel pieno rispetto delle norme vigenti che regolano i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), saranno poste interamente a carico del Fondo Sanitario e gestite direttamente dal Servizio sanitario regionale o dal privato accreditato. Viene precisato che per tali residenze non è prevista la contribuzione a carico del cittadino e gli interventi sono integralmente a carico del Fondo Sanitario regionale.

Per il segmento sociosanitario, costituito dalle utenze attualmente inserite dai DSM-DP in strutture psichiatriche non accreditate ai sensi della DGR 327/04, il Piano Attuativo Salute mentale si

propone di ridisegnare un sistema organico indirizzato all'appropriatezza, equità ed uniformità dei livelli di offerta e garanzia sul territorio regionale.

Per quanto riguarda il finanziamento di tale segmento sociosanitario è previsto il consolidamento delle risorse oggi garantite dal Fondo Sanitario regionale e la definizione di criteri condivisi che, nell'ambito di un triennio, si auspica consentiranno di pervenire ad una equa distribuzione delle risorse.

Obiettivi generali della politica di salute mentale in Emilia-Romagna sono:

- la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel proprio territorio;
- la tutela del diritto alla salute, dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali e dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità, in ogni età della vita.

Successivamente all'approvazione del Piano Attuativo Regionale Salute Mentale 2009-2011, sarà necessario a livello distrettuale condividere e definire modalità e tempi per una concreta integrazione della programmazione degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi che tenga conto dei bisogni e delle buone pratiche rilevati nella comunità locale e delle indicazioni regionali.

CAPITOLO 4 A PROPOSITO DI INTEGRAZIONE CON LE ALTRE POLITICHE

L'integrazione delle politiche viene proposta come imperativo dall'Unione Europea, che ritiene che solo politiche integrate possano raggiungere obiettivi complessi specie nel campo delle politiche per il welfare. Nel nostro paese e nel territorio della Provincia di Bologna si è assistito a processi di differenziazione e di specializzazione nell'ambito delle politiche di welfare, accompagnati da un tentativo di decentramento e da un profondo riassetto delle competenze istituzionali. Dagli anni '80 gli attori istituzionali e sociali che esercitano responsabilità nel campo delle politiche per il benessere si sono moltiplicati e così pure si sono qualificati e migliorati gli interventi e le metodologie. La differenziazione, lo specialismo ed il decentramento delle responsabilità hanno prodotto risultati positivi, limitati però da latenti criticità in tema di frammentazione, sovrapposizioni e disuguaglianze, come anche diseconomicità nel sistema. Parallelamente, dal 2002, nella funzione pubblica di programmazione e di gestione delle politiche si sono aggiunti nuovi interlocutori: privati, del privato sociale, dell'associazionismo, della società civile, che hanno partecipato attivamente sia alla programmazione, sia alla realizzazione della rete dei servizi e delle opportunità.

Nel 2008, a livello regionale, il primo Piano sociale e sanitario propone al sistema degli Enti locali e all'insieme dei soggetti pubblici e privati che agiscono sul territorio un approccio integrato per lo sviluppo di politiche per il benessere sociale e la salute dei cittadini e delle cittadine. Salute e benessere non sono "questioni" che riguardano in modo esclusivo la politica sanitaria e neppure, solo, le tradizionali politiche assistenziali. La necessità di integrazione deriva essenzialmente dalla natura complessa e multidimensionale dei bisogni di salute e di sicurezza sociale della popolazione. La salute e lo stare bene di una comunità dipendono sempre di più dalle condizioni sociali ed economiche di un territorio, dai livelli di istruzione, dalle possibilità di accesso alla casa e al lavoro, alla mobilità, e all'insieme delle opportunità culturali, ricreative, associative che offre il contesto. Attraverso un approccio integrato alle politiche di welfare è possibile affermare una visione "attiva" e promozionale, anziché curativa dei mali sociali, che si concretizza in processi di rafforzamento delle competenze e delle capacità dei singoli e della comunità di accedere alle risorse di un territorio e di attivarle. Politiche attive ridisegnano in modo sostanziale la domanda e l'offerta di servizi di un territorio. La coesione sociale come obiettivo guida delle politiche porta e ridefinire la domanda come diritto alla cura che le istituzioni sono chiamate a interpretare in chiave di standard di qualità di vita da garantire a tutti i cittadini, superando gli squilibri territoriali, le disuguaglianze sociali, le differenze di genere.

La Provincia di Bologna in questi stessi anni ha consolidato le proprie funzioni di programmazione delle politiche di Area vasta, finalizzate alla costruzione, con tutti i Comuni del territorio, di un nuovo "network" per regolare e integrare competenze e risorse senza però perdere specificità e qualità, con l'obiettivo di realizzare un sistema di welfare equo, accessibile e sostenibile sul territorio. La costituzione, nel 1994, della Conferenza metropolitana ha consentito l'adozione in forma condivisa dei principali strumenti della pianificazione territoriale e sociale sul nostro territorio, valorizzando le competenze dei Comuni anche attraverso la promozione di forme associative tra gli stessi per l'esercizio di funzioni e l'erogazione di servizi su scala sovra comunale. La concertazione istituzionale ha altresì favorito la promozione di processi di partecipazione della società civile alla programmazione territoriale che si è concretizzata attraverso la formalizzazione di tavoli, accordi, patti, che hanno accompagnato tutti i processi più importanti di pianificazione e hanno determinato visioni strategiche comuni dell'intera comunità sui principali obiettivi di sviluppo e benessere per il nostro territorio.

Ora, con i primi Piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale, tutti i Distretti della provincia partecipano agli obiettivi indicati, per il prossimo triennio, nell'Atto di indirizzo dalla CTSS:

- **Raccordo tra le sedi della Governance.** La pre-condizione per l’armonizzazione e integrazione dei principali strumenti di programmazione per lo sviluppo economico e sociale del territorio è che si realizzzi un reale raccordo strategico e operativo tra le sedi della governance a cui sono affidati i diversi processi di pianificazione. La normativa regionale da una parte e la prassi concertativa propria del nostro territorio dall’altra hanno infatti consolidato luoghi e processi interistituzionali specifici finalizzati alla definizione di scelte strategiche e Atti di programmazione. Occorre dunque che sedi e processi si intersechino, dando luogo a una lettura condivisa dello “stato” del nostro territorio, dei bisogni e delle risorse esistenti e coordinando in un disegno strategico comune le scelte prioritarie. Il raccordo deve avvenire su scala provinciale tra la Conferenza metropolitana dei sindaci, la CTSS, la Conferenza provinciale di coordinamento per le politiche di istruzione, formazione e lavoro, ma anche su scala subprovinciale tra i Comitati di distretto, le Conferenze territoriali per il miglioramento dell’offerta formativa, i Tavoli del Welfare e i tavoli tematici dei Piani di Zona, le Conferenze territoriali per la pianificazione territoriale, urbanistica e della mobilità. Contestualmente occorre promuovere un processo di consolidamento e di semplificazione dei luoghi della partecipazione (che integrino i diversi strumenti esistenti) dando vita a tavoli permanenti di confronto con le organizzazioni sindacali ed economiche, il terzo settore, le associazioni, le rappresentanze degli utenti, proponendosi agende di lavoro integrate che producano orientamenti condivisi da porre alla base di tutti i processi di pianificazione che attengono allo sviluppo economico ed al benessere del territorio.
- **Raccordo tra gli strumenti di lettura e analisi delle situazione socio-economica del territorio.** La seconda precondizione per l’integrazione è la realizzazione di un sistema condiviso di lettura dei principali dati relativi alla situazione demografica, sociale, economica del nostro territorio, all’offerta dei servizi, la localizzazione delle infrastrutture, l’analisi dei bisogni e della domanda. La costruzione di basi conoscitive comuni e chiavi di lettura condivise è essenziale per determinare scelte strategiche integrate in grado di “accumulare” e moltiplicare l’impatto delle singole politiche sull’intera comunità. La realizzazione di un primo “Profilo di comunità” che sta alla base di questi Indirizzi triennali e che raccoglie contributi informativi diversi e presenta un primo “quadro interpretativo” dello stato di benessere del nostro territorio è un punto di arrivo molto importante. Nel prossimo triennio ci proponiamo di aggiornare e integrare ulteriormente questo strumento promuovendo il raccordo con altre banche dati e una lettura più ampia e condivisa dei fenomeni più rilevanti.
- **Raccordo tra le politiche.** Si individuano in questa sede gli snodi strategici dell’integrazione tra politiche sociali, sanitarie e altre politiche territoriali che dovranno vedere impegnata prioritariamente la governance provinciale.

CAPITOLO 5 STRUMENTI E AZIONI PER L'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE

Integrazione socio-sanitaria

Il nuovo Piano per la salute ed il benessere sociale procede dall'assunto che la necessità di integrazione derivi essenzialmente dalla natura complessa e multidimensionale dei bisogni di salute e di sicurezza sociale della popolazione. La salute e lo stare bene di una comunità dipendono sempre di più dalle condizioni sociali ed economiche di un territorio, dai livelli di istruzione, dalle possibilità di accesso alla casa e al lavoro, alla mobilità, e all'insieme delle opportunità culturali, ricreative, associative che offre il contesto territoriale e comunitario. L'attenzione dedicata dalla nuova programmazione triennale del Distretto al tema dell'integrazione socio sanitaria trova terreno fertile nella sperimentazione dei Piani di Zona e della Salute, dove l'integrazione ha agito come fattore fondamentale di qualificazione della offerta dei servizi e prestazioni socio sanitarie, per un triplice ordine di obiettivi:

- **maggior efficacia assistenziale**, in quanto l'integrazione consente di affrontare e dare risposta a bisogni multiformi e complessi attraverso la costruzione di processi assistenziali connotati da interdisciplinarietà e multiprofessionalità;
- **uso più efficiente delle risorse**, in quanto l'integrazione favorisce, in particolare, un approccio più rispettoso delle risorse umane;
- **riduzione del disagio dei cittadini**, in quanto l'integrazione consente di operare attraverso un "gruppo" di operatori che agiscono, concordemente, in una logica di erogazione unitaria e coordinata, rappresentati – nel rapporto con l'utente – da un'unica figura esponenziale (il case-manager, normalmente l'Assistente Sociale), il cui accesso è facilitato attraverso la realizzazione di "sportelli unici integrati socio-sanitari e sociali".

Date le caratteristiche istituzionali del territorio distrettuale e le peculiarità del modello di gestione della rete dei servizi distrettuali, che non ha risentito, nel nostro Distretto, delle recenti innovazioni, può essere utile ripercorrere quanto indicato dalla Regione che, nel Piano sociale e sanitario 2008-2010 individua le forme della integrazione socio-sanitaria, qualificandola come un valore primario e, al contempo, obiettivo strategico del Sistema regionale di Welfare, da perseguire a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale:

- **L'integrazione istituzionale**, che identifica, nell'ambito di una visione condivisa di forte cooperazione, le responsabilità coordinate o unitarie dei vari soggetti istituzionali presenti sul territorio. L'integrazione istituzionale non realizza di per sé, attività ed interventi assistenziali integrati, ma ne costituisce la premessa, in termini di volontà politica e ne formalizza le condizioni attuative attraverso la codificazione degli impegni che devono essere assunti dalle amministrazioni coinvolte sia nella elaborazione e approvazione dei contenuti programmati sia nella loro successiva realizzazione;
- **L'integrazione comunitaria**, che consente la stretta e peculiare combinazione fra politiche generali che incidono sulla qualità della vita quotidiana e condizionano la effettiva fruibilità dei servizi, quali ad esempio l'integrazione fra politiche sanitarie e sociali, di inserimento scolastico e lavorativo, urbanistiche e della casa, dei trasporti... Questo comporta la necessità di realizzare l'attivazione dell'intera comunità locale (soggetti istituzionali, economici e sociali, a partire dal terzo settore) attorno alle politiche sociali, assumendo più puntuali e distinte responsabilità nelle distinte fasi della programmazione, nella organizzazione e nella produzione di servizi;
- **L'integrazione gestionale**, che si realizza nelle modalità di interazione dei soggetti presenti in ambito distrettuale coordinati per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse che assicurano la produzione dei servizi socio-sanitari e la costituzione e la regolazione del funzionamento delle Reti dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali, che afferiscono ad una

pluralità di aree assistenziali, di norma coincidenti con le “prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria” dell’art. 3, septies del D.Leg.vo 229/99.

Accesso al sistema

Accesso al sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari: si espleta attraverso attività di informazione e orientamento rivolte alla cittadinanza e costituisce un aspetto centrale, nella normativa nazionale e regionale di settore per garantire **equità** di trattamento ai cittadini in conformità con la logica universalista che sottende il nostro sistema di welfare.

La L.R. 2/2003, individuando negli **sportelli sociali** territoriali lo strumento garante e facilitatore dell’accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete, per l’informazione e l’orientamento ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi disponibili, ha aperto una prospettiva di forte revisione di ulteriori tematiche strettamente connesse al tema dell’equità di trattamento, quali:

- l’omogenea distribuzione territoriale dei servizi;
- la chiarezza tariffaria e dei regolamenti e la loro progressiva omogeneizzazione, anche in riferimento alla partecipazione degli utenti,
- la qualità dei servizi che le diverse realtà territoriali offrono.

La finalità di superare le disuguaglianze, perseguitando un principio di equità, comporta la necessità di una gestione più integrata, coerente ed efficace delle risorse disponibili, mantenendo nel contempo l’obiettivo di perseguire una sempre più elevata dimensione qualitativa delle prestazioni e di soddisfare la crescente richiesta di flessibilità e personalizzazione degli interventi.

La Regione Emilia-Romagna ha finanziato tramite bando la sperimentazione degli sportelli sociali quali “porta unitaria di accesso” al sistema locale dei servizi sociali (Del. C.R. 514/2003), al fine di giungere ad una migliore definizione delle caratteristiche essenziali di organizzazione degli sportelli. La sperimentazione regionale, dopo tre anni, ha portato a questi risultati:

- i Comuni afferenti alla provincia di Bologna hanno optato per la condivisione del medesimo sistema informativo (sistema GARSIA), già sperimentato positivamente ed attivo nell’Azienda USL ex Bologna nord, fortemente orientato alla integrazione;
- la Provincia di Bologna ha promosso un coordinamento del progetto, al fine di permettere la realizzazione di una **Rete di sportelli sociali** a livello provinciale, in grado di essere sistemi dialoganti in comunicazione tra loro, pur nel rispetto di differenziazioni di carattere organizzativo-gestionale;
- l’utilizzo di un sistema omogeneo e la condivisione di strumenti di gestione a livello provinciale consente la possibilità di garantire, ai cittadini-utenti, omogeneità di trattamento, attraverso l’utilizzo di un unico strumento e, agli organi di programmazione, gli elementi di studio e comprensione derivanti dalla creazione di una banca dati unica e condivisa;
- una rete di sportelli sociali, dove già attiva, permette di affrontare e ridurre le barriere (psicologiche, culturali, fisiche) nell’accesso ai servizi dovute alla complessità della rete dell’offerta, allo scarso coordinamento delle diverse agenzie, istituzioni, soggetti responsabili dell’offerta stessa, alla scarsa trasparenza dei criteri e procedure di accesso.

La realizzazione degli sportelli sociali nei Comuni del Distretto di Porretta Terme ha dovuto affrontare diverse difficoltà, ma è attualmente in fase di implementazione avanzata e la rete dei soggetti coinvolti nello sviluppo di questo sistema si è notevolmente ampliata e prevede forti interconnessioni tra Comuni, Distretti, AUSL, Provincia e Ospedali, in linea con le recenti indicazioni regionali.

Al fine di garantire maggiore omogeneità nello sviluppo del progetto a livello provinciale si prevede di:

- realizzare un protocollo di intesa tra Enti che preveda la condivisione di modalità omogenee di utilizzo dello strumento sportello sociale;
- sviluppare una visione strategica del sistema GARSIA, al fine di omogeneizzare ed integrare, laddove possibile, i percorsi perseguito e promuovendo la realizzazione di un reale sistema integrato al servizio del cittadino.

La logica di rete che connota fortemente il modello organizzativo degli sportelli sociali trova un analogo corrispettivo in ambito sanitario dove gli attuali punti di accesso distrettuali ai servizi, Sportello Unico (per l'accesso amministrativo-sanitario) e Punto Unico di Accesso (per gli aspetti prevalentemente sanitari) devono consolidare ulteriormente i meccanismi operativi che sostengono l'integrazione al loro interno per realizzare un concreto collegamento con l'intero ambito sociale. L'obiettivo strategico è quello di assicurare che i cittadini che si rivolgono all'una o all'altra porta di accesso siano presi in carico in modo da poter usufruire sia dei servizi sociali che di quelli sanitari in base ai loro bisogni, senza dover cercare autonomamente le informazioni relative all'uno o all'altro sistema.

Terzo settore

L'innovazione del welfare regionale deve superare la sfida della complessità. Il Piano regionale la affronta coniugando una strategia organizzativa – *lavorare ad una rete integrata* – con un obiettivo primario – *una rete integrata che metta al centro la persona* – ed un obiettivo strategico: *lavorare ad una rete integrata che metta al centro la persona e chiami all'impegno nuovi soggetti e nuovi protagonisti capaci di dare risposte ai bisogni sociali*. Dal punto di vista del modello a rete il Piano percorre il processo di attribuzione di potere agli individui, alle organizzazioni, alle istituzioni e alla comunità (empowerment), riconoscendoli appieno come *nuovi soggetti e nuovi protagonisti* del nuovo modello di welfare. Conseguentemente le Linee guida per la partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale delineano un percorso di partecipazione del terzo settore, che prevede la costituzione di alcuni organismi collegiali e la valorizzazione e l'autonoma costituzione di Forum del Terzo Settore per ogni ambito territoriale di Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Questo sistema di relazioni prefigura un percorso di lavoro da costruire nel tempo insieme al Terzo Settore, e assegna alle Province il compito di promuovere gli interventi orientati a riconoscere la autonoma costituzione dei Forum ed i processi di partecipazione congiunta del Terzo Settore al sistema dei servizi, sostenendo tali processi con adeguati supporti organizzativi e logistici.

A livello distrettuale, dove, anche nel Distretto di Porretta Terme, questo processo di attribuzione di potere ai soggetti della realtà sociale territoriale si è effettivamente implementata nel percorso di costruzione dei Piani sociali di Zona per il triennio 2005-2007, il mantenimento dei tempi e dei luoghi di confronto consolidati consente di avere un luogo ed una prassi di lavoro già sperimentati e condivisi fra la Pubblica Amministrazione e il privato sociale.

Il Comitato di Distretto di Porretta Terme, a questi fini, intende, con il supporto dell'Ufficio di Piano, recepire in toto quanto compreso nella 6° parte dell'Atto di indirizzo provinciale laddove indica gli *Strumenti di partecipazione e confronto: indicazioni per la regolamentazione dei rapporti con soggetti del Terzo settore*.

Risorse umane

La Legge Regionale n. 2/2003 definisce l'apporto professionale degli operatori quale *fattore determinante per la qualità dei servizi alla persona*. Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 della Regione individua nel *coinvolgimento degli operatori dei servizi sociali e sanitari nel processo di integrazione organizzativa territoriale* una risorsa indispensabile per cogliere appieno gli obiettivi di integrazione professionale e organizzativa. Lo stesso Piano regionale indica nella programmazione territoriale la dimensione più efficace per organizzare:

- il coinvolgimento strutturato delle diverse espressioni professionali ai processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi, che deve integrarsi alle forme già ampiamente praticate di confronto e di concertazione con le rappresentanze sindacali collettive;
- le diverse forme con cui realizzare l'integrazione professionale nelle singole strutture e nelle relazioni fra diverse unità operative, privilegiando il lavoro di gruppo quale modalità organizzativa regolata e la formazione integrata di équipe;
- le modalità di organizzazione del lavoro e della formazione per piccoli gruppi multiprofessionali;
- i sistemi di verifica, per risultati e per prestazioni, della qualità dei processi;
- le forme organizzative che sostengano la comunicazione interna e l'innovazione (gruppi di miglioramento, équipe per l'integrazione, punti formalizzati di comunicazione e di ascolto, ecc);
- i percorsi di formazione volti a favorire le modalità operative orientate al risultato e al lavoro di gruppo.

L'Atto di indirizzo e coordinamento triennale della CTSS individua in particolare nella cura delle risorse umane l'elemento primario per il sostegno della rete dei servizi; cura che deve essere capace di:

- ridurre il turn over;
- determinare modelli organizzativi più stabili;
- qualificare il personale e la partecipazione.

Nella Provincia di Bologna, le recenti esperienze dei Piani di zona hanno posto in luce difficoltà ormai a tutti note: diversità di linguaggi, carenza di circolarità delle informazioni e di momenti di verifica, asimmetria tra gli individui ed i gruppi coinvolti nel processo di partecipazione, tempi diversi. In particolare, a livello di integrazione professionale, è spesso emersa disomogeneità nelle aspettative relativamente al senso della partecipazione al lavoro di gruppo.

Oggi, anche nel Distretto di Porretta Terme, la sostenibilità di questi obiettivi si trova di fronte a grandi difficoltà, in parte legate al turn over ed alla relativa precarietà del personale che comporta una difficoltà nella continuità degli interventi e nei rapporti con i soggetti destinatari degli interventi, in parte legate alla valorizzazione delle stesse risorse umane e delle altre risorse sia pubbliche che private, che dovrebbero comportare modelli organizzativi stabili, formazione di base qualificata, formazione in servizio continua e fornire momenti di un fattivo confronto.

La valorizzazione della nostra sperimentazione distrettuale, indica, a fronte di tali criticità di proseguire – e di rinforzare - l'esperienza dei tavoli tecnici interistituzionali realizzata, in particolare, su due linee: il tavolo tecnico interistituzionale delle *Buone prassi per l'inserimento lavorativo* ed il tavolo tecnico *Sportelli sociali*).

Monitoraggio e valutazione degli interventi

Di concerto con l’Ufficio di Piano, i Comuni del Distretto e l’Azienda USL adottano tutti gli strumenti previsti per la comunicazione organizzativa tra le diverse dimensioni territoriali della programmazione e degli interventi, a livello regionale, provinciale e distrettuale, per il monitoraggio dei servizi erogati, nonché (cfr cap. 6) un sistema di valutazione che misuri l’efficacia e l’efficienza degli interventi realizzati.

Tale sistema, che si struttura sull’adozione di un sistema informativo unico a livello distrettuale, in grado di dialogare con i sistemi informativi già esistenti nei Comuni, è finalizzato ad una lettura analitica dei bisogni e delle risposte garantite, anche sotto il profilo delle risorse impiegate (di personale e finanziarie), in grado di orientare costantemente la programmazione degli interventi.

Carta dei servizi e sistemi per il controllo ed il miglioramento della qualità

La Legge n. 328/2000 e la L.R. n. 2/2003 pongono attenzione al tema della tutela dei cittadini e della qualità dei servizi prevedendo in particolare la realizzazione di Carte dei servizi sociali, essenzialmente per due ragioni:

- l’utenza dei servizi sociali, spesso debole, necessita di tutela più di altre categorie di destinatari, e la Carta dei servizi si propone come uno strumento che attraverso l’informazione, la partecipazione dei cittadini e la valutazione della qualità esercita una azione essenzialmente di tutela;
- i servizi sociali, a forte valenza relazionale, necessitano di particolare attenzione alla qualità delle prestazioni erogate e la Carta dei servizi promuove una cultura della qualità.

Nel Piano sociale e sanitario 2008-2010 della Regione, la Carta dei servizi, in quanto requisito essenziale per l’autorizzazione al funzionamento, “*dovrà essere realizzata e diffusa a livello di Comuni associati anche tramite lo sportello sociale al fine di mettere in luce le procedure di accesso e gli standard di qualità*”.

Lo stesso Piano regionale prevede che essa sia costruita con orientamento a tre funzioni:

- di tutela (attraverso azioni informative, di conoscenza dei diritti e delle opportunità di rimborso),
- di sviluppo della partecipazione (attraverso forme di coinvolgimento dei cittadini utenti nella valutazione dei servizi),
- di miglioramento della qualità delle prestazioni (attraverso la realizzazione periodica e documentata di valutazioni della qualità dei servizi e attraverso la dichiarazione di standard di qualità e obiettivi di miglioramento).

La Regione Emilia-Romagna, nell’arco del biennio 2008-2010, prevede di avviare specifiche azioni di sostegno e accompagnamento a livello regionale, provinciale e di zona, per cogliere gli stimoli normativi che la Carta dei servizi fornisce, e, soprattutto, per farne una occasione di sviluppo culturale e operativo.

CAPITOLO 6 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il Piano sociale e sanitario regionale indica la necessità di affiancare alle attività di pianificazione sistemi adeguati per il monitoraggio e la valutazione.

Gli orientamenti dell’Atto di indirizzo e coordinamento triennale della CTSS di Bologna, individuato l’ambito tecnico del monitoraggio e della valutazione dei livelli intermedi e distrettuali della programmazione nell’Ufficio di supporto alla CTSS – per il supporto informativo, il monitoraggio e l’istruttoria ai fini dell’attività di indirizzo – e negli Uffici di piano distrettuali – per le azioni di impulso e di verifica delle attività attuative della programmazione sociale e socio sanitaria, con particolare riferimento all’utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del Piano annuale – indicano la necessità di procedere, seguendo il principio della integrazione e del confronto, alla costituzione di un gruppo di lavoro (composto da referenti degli Uffici di piano dei distretti e dell’Ufficio di supporto) che avvii una riflessione per la predisposizione di specifici strumenti per il monitoraggio e la valutazione.

CAPITOLO 7 ORIENTAMENTI FINANZIARI PER IL TRIENNIO

Coerentemente con quanto espresso, sia pure con differenti intensità, dagli altri territori distrettuali della Provincia di Bologna, occorre qui sottolineare quanto, in una situazione fortemente caratterizzata da incertezza di risorse, dal calo dei trasferimenti dallo Stato (anche a fronte del mancato introito dell'ICI per la prima casa), ma soprattutto dal drammatico crollo dell'occupazione (che si accompagna all'urgenza di affrontare bisogni che le politiche finora potevano considerare "naturalmente" soddisfatti), sia disagevole, per le Amministrazioni coinvolte, disegnare i dovuti orientamenti finanziari relativamente al prossimo triennio. Contemporaneamente si evidenzia la necessità e l'urgenza di definire e finanziare un programma di intervento distrettuale per attuare misure straordinarie a favore delle famiglie per contrastare l'attuale crisi economica, su cui far convergere le risorse disponibili.

Dato questo quadro di assoluta precarietà finanziaria e di emergenza sociale, anche il Distretto di Porretta Terme si impegna a garantire nel triennio la continuità di servizi ed interventi considerati basilari (sia pure in carenza di utili indicazioni sui livelli di assistenza), ricercando costantemente l'economia di scala e le ottimizzazioni possibili nella gestione della rete dei servizi distrettuali. Analogamente, nell'arco del triennio 2009-2011, verrà realizzata una programmazione concertata delle risorse finanziarie del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, al fine di garantire, attraverso il relativo Piano distrettuale annuale, tutti i principali interventi a favore della popolazione in condizione di non autosufficienza, anziana e disabile.